

3. MEJORAS EN LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN

En este apartado se incluyen una serie de iniciativas que inciden en la seguridad del paciente y en la accesibilidad de los usuarios a los servicios sanitarios, así como en la satisfacción del paciente y familiares, que en conjunto contribuyen a mejorar la gestión de la atención sanitaria prestada.

En total se proponen **164** iniciativas que se subdividen en las siguientes áreas:

Área asistencial	Seguridad	Accesibilidad	Satisfacción	Total iniciativas
Hospitalización	26	No aplica	24	50
Bloque quirúrgico	21	No aplica	No aplica	21
Ambulante	No Aplica	19	23	42
Urgencias	11	7	11	29
Radiodiagnóstico	14	8	No aplica	22
TOTAL	72	34	58	164

A continuación se enumeran estas iniciativas por área asistencial; un detalle mayor se explica más adelante, apoyándose también en documentación que se anexa a este epígrafe.

LISTADO DE MEJORAS EN LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN	
1- SEGURIDAD DEL PACIENTE	
a. HOSPITALIZACIÓN	
1.	Sistema de identificación inequívoca de a través de la impresión térmica de un brazalete con la información necesaria del paciente. Se contempla la integración con el resto de sistemas informáticos a través de lectores de códigos de barra o sistemas de radiofrecuencia.
2.	Sistema de alertas informatizado ante pruebas diagnósticas con valores críticos con confirmación de recepción y lectura del destinatario.
3.	Protocolo para la prevención de errores transfusionales y reacciones postransfusionales.
4.	Sistema de comunicación estandarizado con confirmación de lectura sobre el paciente y sus características y situación clínica para la atención del mismo entre diferentes profesionales, áreas, unidades y turnos en cada una de ellas.
5.	Máxima comunicación entre el personal asistencial mediante el registro obligatorio de todas las ordenes médicas, cuidados de enfermería y evolutivo en la historia clínica del paciente.
6.	Instauración de prácticas seguras en el uso de medicamentos en todo el proceso farmacoterapéutico y evaluación continua de su cumplimiento.
7.	Sistema de prescripción de medicamentos informatizada con alertas y especificaciones concretas en medicamentos de alto riesgo.
8.	Conciliación de la medicación en la transición asistencial: entre AP - AE, entre urgencias-hospitalización, entre ambulante-hospitalización.
9.	Implantación de las medidas para la eliminación de errores de conexión de catéteres y tubos por administración intravenosa de medicamentos orales líquidos.
10.	Programa de colaboración con Atención Primaria para reducir la probabilidad de daños al paciente anticoagulado.

LISTADO DE MEJORAS EN LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN

11. **Minimización de la infección nosocomial** a través del cumplimiento de la Guía de Higiene de Manos de la OMS o del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta para la.
12. **Sistema de vigilancia y control de la infección nosocomial**, mediante estudio de prevalencia e incidencia (Programa EPINE y Sistema RIHOS de la Comunidad de Madrid, respectivamente).
13. **Reducción de las bacteriemias** asociadas con catéter venoso central (BRC), según el modelo del proyecto "*Keystone ICU*" (proyecto Bacteriemia Zero).
14. **Desarrollo e implantación de Vías clínicas informatizadas** de patologías más frecuentes para reducir la variabilidad en la práctica clínica y aumentar la seguridad en los procesos.
15. **Implantación de procedimiento de Valoración nutricional completo.**
16. Protocolo de **prevención de riesgo de caídas** durante la hospitalización.
17. **Guía de actuación clínica para la prevención y tratamiento de úlceras** por presión, úlceras vasculares, úlceras en el pie diabético y lesiones de la piel perilesional.
18. Plan del paciente al alta: **envío de alerta al facultativo** responsable del paciente en **Atención Primaria** que tendrá acceso on-line a la Historia del paciente y la consulta de informes.
19. Implantación y uso de los **indicadores de seguridad de pacientes** de la *Agency of Healthcare Research and Quality* para detectar desviación y controlar la evolución del Hospital.
20. Plan de **formación y capacitación** continúa del personal destinado a **unidades de características especiales y alta complejidad.**
21. **Mejora de la adhesión** del paciente al **tratamiento farmacoterapéutico**, haciendo énfasis en los pacientes polimedicados mediante información detallada y estandarizada adaptada a cada caso concreto.
22. **Comisión de Uso Racional de Medicamentos** entre Atención Primaria, los hospitales existentes en el Area 6 y el Hospital de Collado Villalba.
23. **Sistema automatizado de etiquetado de muestras** de laboratorio evitando los errores manuales de etiquetado.
24. **Mejora de la seguridad** en el proceso de **gestión farmacológica de quimioterápicos** en el Hospital de Día Oncohematológico. Sistema tipo Oncofarm.

LISTADO DE MEJORAS EN LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN

25. **Protocolo de medidas especiales para Puntos Vulnerables en preparación y dispensación dosis y preparación de mezclas.** De especial aplicación en pediatría.
26. **Dotación de la instalación de climatización mediante torres de refrigeración** con agua que resultan altamente eficientes frente a otros sistemas. Estas torres llevan asociado un sistema de **prevención de legionelosis.**

LISTADO DE MEJORAS EN LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN

1- SEGURIDAD DEL PACIENTE

b. BLOQUE QUIRÚRGICO: Seguridad del paciente

1. **Implantación de sistema de identificación** de pacientes a través de la impresión de brazalete térmico.
2. **Protocolo de marcaje preoperatorio.**
3. **Protocolo de verificación del procedimiento quirúrgico** a la entrada del paciente en el área del preoperatorio, en las transferencias de pacientes entre profesionales, a la entrada del quirófano.
4. **Protocolo de adecuada preparación quirúrgica** del paciente mediante entrega previa de información detallada verbal y escrita.
5. **Cumplimentación del Consentimiento Informado en el 100%** de los casos con información completa previa a la intervención de forma clara y detallada.
6. **Información completa de indicaciones postoperatorias** por parte del facultativo y enfermería con soporte escrito tanto a paciente como familiares.
7. **Control de riesgos de daños debidos a la anestesia.** Valoración preoperatorio, vía área con escala Mallampati y revisión equipos y dispositivos anestesia.
8. Protocolo de **identificación de alergias a través de sistema informatizado de alertas.**
9. Protocolo de **reducción de riesgo de la infección quirúrgica.**
10. Procedimiento de **verificación del equipamiento y material anestésico.**
11. Garantía de **trazabilidad en el proceso de esterilización** de acuerdo al Manual interno de trazabilidad de productos estériles.
12. **Recuento doble del material quirúrgico** para impedir el abandono de cuerpos extraños en el lecho quirúrgico.
13. **Evaluación de pacientes** con antecedentes de cuadros de angor, hipertensión u otros para minimizar el riesgo de sufrir isquemia cardíaca.
14. Uso del **Check-list de Seguridad Quirúrgica** (sistema de verificación quirúrgica de la OMS).
15. **Parada previa a la intervención. Intercambio de información** tras la

anestesia y previo a la intervención quirúrgica entre el equipo completo de profesionales.

16. **Implantación y utilización de un sistema de medida de resultados** de las intervenciones quirúrgicas para **predecir el riesgo** de complicaciones (sistema de puntuación del Apgar quirúrgico, desarrollado en EE.UU.)
17. **Programación de la intervención quirúrgica en 15 días** desde la consulta de preanestesia
18. **Continuidad asistencial** a lo largo del proceso quirúrgico **por parte del especialista** que indica la intervención hasta el seguimiento y control posterior.
19. En CMA, **Procedimiento de seguimiento de pacientes** a través de llamada telefónica por parte del **equipo de anestesiología** el mismo día de la intervención si es de mañana y/o al día siguiente de la intervención.
20. En CMA, **disponibilidad de equipo sanitario para ofrecer la posibilidad de contactar telefónicamente** en todo momento en caso de duda/necesidad por parte del paciente intervenido.
21. **Programa de Cirugía Menor desplazamiento de especialistas** del Hospital a los Centros de Salud y viceversa para potenciar la seguridad de los procedimientos realizados.

LISTADO DE MEJORAS EN LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN

1- SEGURIDAD DEL PACIENTE

c. URGENCIAS

1. Desarrollo del **Mapa de Riesgos del servicio de Urgencias** mediante grupos focales para poder aplicar los programas preventivos y de mejora de seguridad que minimicen los errores y efectos adversos.
2. **Triaje** avanzado de pacientes con implantación de software acreditado e integrado con la Historia Clínica Electrónica del Paciente.
3. **Vigilancia sanitaria** por parte de enfermería designada a los pacientes que se encuentran a la espera de ser atendidos en consulta rápida (nivel bajo de gravedad).
4. Implantación de un **sistema de indicadores de gestión asistencial relacionados con la Seguridad del Paciente** en el área de Urgencias.
5. **Prevención de errores debidos a la fatiga** con limitación de presencia continuada a 12horas y distribución de turnos "antiestres".
6. Implantación de **procesos con alertas automáticas que eviten la acumulación** de pacientes en el Servicio de Urgencias. Protocolo para respuesta de servicios diagnósticos en resultado de pruebas.
7. **Identificación inequívoca del paciente** a través de brazaletes de impresión térmica integrado con la HCE del paciente.
8. **Visor web integrado con OMI y APMadrid implantado en atención primaria** con toda la información del paciente realizada en el hospital.
9. **Implantación de un sistema de gestión del personal por competencias.** Especialmente indicado en servicio de Urgencias.
10. Protocolo que garantiza la **funcionalidad de los carros de parada** para practicar la reanimación cardiopulmonar de forma segura y eficaz.
11. **Plan de formación continua y capacitación** del personal de urgencias.

LISTADO DE MEJORAS EN LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN**1- SEGURIDAD DEL PACIENTE****d. RADIODIAGNÓSTICO**

1. Existirá un **sistema de alarmas on-line para pruebas de radiodiagnóstico que recibirán los médicos peticionarios de Atención Primaria que podrán consultar on-line el resultado de la prueba.**
2. **Digitalización** de la imagen y disponibilidad de RIS evitando extravíos,
3. **Implantación de indicadores para controlar los tiempos de respuesta,**
4. **Identificación del paciente** a través de brazalete de impresión térmica para verificar la técnica con la HCE del mismo.
5. **Vigilancia** continuada en pacientes que lo requieran.
6. **Envío de alertas informáticas a médico peticionario de la prueba** con obligatoriedad de confirmación de lectura **en caso de diagnósticos de severidad.** Activación de envío automático de mensajes y alertas a responsables definidos en caso de no lectura.
7. **Prevención de la sobreexposición innecesaria a radiación** ionizante, especialmente en niños.
8. Aplicación de las normas contenidas en el **Plan de Calidad** en lo referente a la correcta indicación de pruebas.
9. **Minimización de los errores de falsos positivos** a través de revisión de muestra de informes realizados, sesiones clínicas periódicas, formación continuada.
10. **Minimización de los errores de falsos negativos** a través de revisión de muestra de informes realizados, técnica de lectura secuencial, fomento de la subespecialización, equipos de visualización de alta calidad y definición de la imagen.
11. **Implantación de protocolo para el uso seguro de los medios de contraste,** evitándose la presentación de reacciones alérgicas severas u otras complicaciones.
12. **Implantación de medidas para la prevención de eventos asociados a la Resonancia Magnética.** Efecto misil, pacientes con contraindicaciones, fuga de helio a través de la instalación de un tubo de Quench de suficiente capacidad.
13. **Protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de**

materiales y equipos, especialmente para enfermería.

- 14. Disposición adecuada de Centros de Transformación y cuadros de baja tensión.**

LISTADO DE MEJORAS EN LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN

2- ACCESIBILIDAD DEL PACIENTE

a. ÁREA AMBULANTE

1. **Tiempo máximo de espera 15 minutos** para entrar en consulta desde la hora de la cita.
2. Objetivo de **15 días como plazo máximo de atención en consulta** desde la indicación ya sea desde Primaria o desde el propio Hospital para una revisión o prueba complementaria.
3. **Revisión periódica de las agendas** para ajustarlas a la necesidad de tiempo dedicación médica por consulta.
4. Diseño de las agendas de acuerdo a las subespecialidades de cada servicio para tener una **oferta completa de prestaciones por patología** adecuada a la demanda.
5. **Sistema automatizado de gestión de pacientes en consultas y pruebas** (gestor informatizado de turnos y colas).
6. Disponibilidad para **citación y otros trámites on-line** (cambio de fecha, anulación ,..) a través de la web.
7. Disponibilidad de **citación y otros trámites a través de canal telefónico o presencial**.
8. **Portal web con información accesible a todos los ciudadanos.**
9. Posibilidad de **elección de médico especialista** dentro del Servicio (personalización de agendas de cada médico del servicio)
10. **Garantía de continuidad de la atención con el mismo facultativo** en todo el proceso asistencial. Desde la primera consulta, consulta de revisión de resultados, cirugía en caso de realización de la intervención, seguimiento postoperatorio hasta la consulta de revisión.
11. **Gestores de casos para la atención integral a pacientes** a lo largo de todo el proceso clínico.
12. **Programa de desplazamiento de especialistas** desde otros centros del Grupo Cadio al Hospital de Villalba, en servicios quirúrgicos no disponibles en cartera de servicios en régimen de hospitalización, evitando a los pacientes trasladarse a otro centro para la realización de las consultas.

13. **Extracciones de muestras para el laboratorio sin cita previa y con amplia cobertura horaria.**
14. **Catálogo ampliado para pruebas accesibles desde Atención Primaria,** sobre el actualmente vigente de 2006.
15. Elaboración de **acuerdos protocolizados de derivación con Atención Primaria.**
16. **Potenciación de las consultas de acto único / Alta Resolución** con el objetivo de que constituyan un 30% del total de primeras consultas.
17. **Potenciación de las consultas de revisión de resultados a distancia** (envío de informes y soporte telefónico).
18. Entrega de **trípticos informativos sobre los diferentes canales de solicitud y gestión de citas** (web, telefónico, presencial)
19. **Se propone la posibilidad de incluir carril y aparcamiento para bicicletas en la urbanización con cercanía de los accesos.**

LISTADO DE MEJORAS EN LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN**2- ACCESIBILIDAD DEL PACIENTE****b. URGENCIAS**

1. **Información en tiempo real a través de monitor de los tiempos de espera estimados en urgencias.**
2. **Control en tiempo real por parte del responsable de las esperas de los pacientes para la resolución de la urgencia.** Tiempo resultados pruebas, tiempo en consulta rápida, tiempo entre valoración médica.
3. **Información avanzada continua** a familiares sobre la evolución del paciente y la situación del proceso asistencial.
4. **Acompañamiento al paciente** por parte de un familiar en los **boxes de exploración y observación.**
5. **Información en tiempo real** al médico de Atención Primaria **al alta del paciente.**
6. **Dispensación de medicamentos al alta** desde el Servicio de Urgencias, cuando no sea posible acudir al Centro de Salud o a las oficinas de farmacia.
7. **Protocolo de acompañamiento para casos especiales en urgencias.**

LISTADO DE MEJORAS EN LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN

2- ACCESIBILIDAD DEL PACIENTE

c. RADIODIAGNÓSTICO

1. **Plazo objetivo** de realización de pruebas radiológicas: **15 días para pacientes normales, 2 días para preferentes, 12 horas para pacientes ingresados.**
2. Elaboración de **informes** en un plazo máximo de **2 días laborables.**
3. **Disponibilidad inmediata on line de las imágenes digitales** desde los Centros de Salud así como de los informes radiológicos.
4. **Formación presencial inicial y periódica según actualizaciones del sistema por parte de profesionales del propio hospital** para que los médicos de Atención Primaria puedan manejar con facilidad las imágenes digitales.
5. **Acceso de los ciudadanos a su Historia Clínica** a través de **Internet** cumpliendo con todos los requerimientos y legislación vigente relacionada con la seguridad y protección de datos.
6. **Incorporación de un equipo RM abierta de 0,4 Teslas** para pacientes en los que es preferible a la utilización de RM cerrada por sus propias características..
7. **Dotación de una Gammacámara de doble cabezal con SPECT** para el servicio de Medicina Nuclear evitando el desplazamiento de pacientes a otros hospitales.
8. **Realización de análisis y encuestas trimestrales** soportadas por métodos estadísticos fiables para evaluar entre otras cuestiones la accesibilidad al centro desde el punto de vista de las vías de comunicación, tiempos de espera en la atención.

LISTADO DE MEJORAS EN LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN

3- SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIARES

a. HOSPITALIZACIÓN

1. **Tramitación interna por personal del Hospital y entrega al alta del paciente de todas las citas necesarias** posteriores tanto de revisiones como de pruebas.
2. **Realización de análisis y encuestas internas trimestrales soportadas por métodos estadísticos fiables en el área de hospitalización** para medir la satisfacción en cuanto a aspectos relacionados con enfermería, limpieza y hostelería. Definición de las Acciones correctivas en Comisión para su implantación inmediata.
3. **Posibilidad de emitir sugerencias y propuestas de mejora** por parte de pacientes y familiares a través de impresos estandarizados.
4. **Monitor individual en habitaciones con servicio TV, Acceso a Internet, acceso a la HHCC del paciente por parte de los profesionales.**
5. **Disponibilidad de Wifi en todo el hospital** incluido el área de hospitalización.
6. **Entrega al ingreso del paciente de bolsa completa de aseo.**
7. **Acompañamiento personalizado de los pacientes al ingreso.**
8. **Se establecerá un menú específico en el día de la fiesta patronal local.**
9. **Realización de visitas y envío de tarjetas de felicitación de cumpleaños** a los pacientes hospitalizados.
10. **Guías informativas para pacientes hospitalizados y familiares.**
11. **Servicio religioso** para pacientes y familiares **y culto multiconfesional.**
12. **Tiempo específico dedicado por los jefes de servicio para incidencias, resolución de casos y entrevistas con los pacientes.**
13. **Puertas abiertas 24h. los 365 días del año para las visitas a pacientes hospitalizados.**
14. **Unidad de puertas abiertas de Neonatología,** permitiendo la presencia permanente de uno de los progenitores del bebé.

15. **Voluntariado de acompañamiento a pacientes y familiares.**
16. **Entrega inmediata del recién nacido a su madre en el momento del alumbramiento.** Atención del neonato en el mismo paritorio/quirófano por parte del neonatólogo
17. Entrega de **guías de información sobre información del neonato al alta.**
18. **Programa educativo de lactancia tras el parto.** Proyecto "Hospital amigo de los niños" implantado en todos los hospitales del Grupo Capio.
19. **Mejora del aislamiento termoacústico en los forjados** mediante materiales de gran durabilidad que mantendrán sus cualidades a lo largo de la vida del edificio.
20. **Jardín de especies autóctonas y de sacrificio** de bajo consumo de agua para un mantenimiento económico y autónomo de los espacios ajardinados.
21. **Sistema de control y regulación de climatización mejorado con respecto al mínimo exigible.**
22. **Reducción de la contaminación lumínica exterior.** Se evitará la contaminación lumínica empleando farolas que cumplan todos los parámetros normativos redundando en un mejor descanso del paciente hospitalizado.
23. **Cuenta con Detectores de presencia en Hospitalización** que permitirá además del ahorro energético, un mayor descanso de los pacientes hospitalizados en sus horas de sueño.
24. **Existencia Fachada Ventilada.** Tiene la ventaja de originar que haya menor oscilación térmica redundando positivamente en el confort de los pacientes hospitalizados.

LISTADO DE MEJORAS EN LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN

3- SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIARES

b. ÁREA AMBULANTE

1. **Prescripción farmacéutica informatizada** en la consulta del especialista.
2. **"Circuito de sospecha oncológica con Atención primaria"**: cita con especialista en 24 horas para **tratamiento inmediato**.
3. **Control de embarazo** de bajo riesgo en Atención Primaria con protocolo conjunto entre AP y el hospital.
4. **Plazo de atención para primeras consultas y gabinetes con objetivo de 15 días. 5 días para consultas preferentes.**
5. **Información clínica sobre los pacientes, disponible para los médicos de Atención Primaria.**
6. **Programa de educación diabetológica** en niños y adolescentes.
7. **Implantación de la telemedicina:** teleconsulta / telediagnóstico y monitorización y vigilancia a distancia.
8. **Acceso de los ciudadanos a su HCE a través de internet.**
9. **Puntos de información,** habilitados para comunicar información de interés de forma personalizada con intimidad.
10. **Acceso WIFI** habilitado para todos los pacientes de las consultas externas.
11. **Personalización de las agendas,** para ofrecer al paciente un seguimiento de todo el proceso clínico por parte del mismo facultativo.
12. **Protocolo de seguimiento de embarazo** con la "Guía de visitas al hospital de la embarazada".
13. **Grupos de trabajo y colaboración entre enfermería y Atención primaria** mediante la "Comisión permanente de Continuidad Asistencial".
14. **Eliminación de los desplazamientos y colas para la citación de sucesivas,** se realizarán desde las propias consultas de los especialistas, disponiendo también de citación telefónica y a través de la web.
15. **Dotación de un densitómetro en el equipamiento del Hospital**

evitando desplazamiento de los pacientes a otros centros.

16. Implantación de un **manual de estilo para la comunicación** de información, trato y respeto a los pacientes y usuarios.
17. **Mejora de integración en el entorno natural y urbano.** Esta integración se refuerza por el tratamiento aterrazado de la parcela, el uso de los colores del entono, y el ajardinamiento con especies autóctonas.
18. **Mejora de la relación público-privado y exterior-interior** con una mejora en la interrelación de los espacios.
19. **Transporte alternativo: existencia de plazas de aparcamiento para vehículos de baja emisión tipo híbridos o eléctricos.**
20. **Se propone la posibilidad de dotar ciertas plazas con bases de recarga para vehículos eléctricos.**
21. **Cuenta con Luz Natural en 75%-90% de los espacios.** La luz natural servirá para eliminar el estrés y mejorar la sensación de confort de los pacientes en los desplazamientos por el hospital o en las habitaciones.
22. **Unidades asistenciales multidisciplinares específicas mono y multiespecialidad dotadas del equipamiento necesario para el abordaje de patologías y técnicas concretas.**
23. **Implantación de un call center** que facilite la interacción del paciente con el Hospital para citaciones, cambios de horarios de consultas programadas, etcétera.

LISTADO DE MEJORAS EN LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN

3- SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIARES

c. URGENCIAS

1. **Envío de SMS a los familiares** para facilitar información actualizada sobre el estado del paciente.
2. **Realización de encuestas internas de satisfacción sobre la limpieza y otros aspectos relacionados con las infraestructuras en el área de urgencias.**
3. **Incorporación sistema de gestión dinámica de pacientes,** permite la localización inmediata de los pacientes en el circuito de urgencias por parte de cualquier profesional.
4. **Servicio de teletraducción para el Área de Urgencias.**
5. **Sistema de información a familiares basado en la intimidad y confidencialidad.**
6. **Talleres periódicos con el personal de Urgencias para garantizar el mejor trato** a pacientes y familiares.
7. **Incorporación de salas específicas para la información a familiares.**
8. Elaboración de una **Guía de atención al duelo para familiares.**
9. Mejora de la comunicación entre el personal de urgencias a través de la **cumplimentación obligatoria en la historia clínica electrónica de las ordenes médicas y resto de información sobre la evolución del paciente**
10. **Mejora en la orientación y percepción del paciente en el interior del edificio.** Se presta especial atención al desarrollo de los espacios comunes (circulaciones y salas de espera) dimensionándolos de manera que se mejore la percepción del edificio punto de vista de los pacientes.
11. **Sistema de control y regulación en la instalación de electricidad y de iluminación mejorado con respecto al mínimo exigible.**

A continuación se detalla cada una de las medidas y acciones a implantar enunciadas en las tablas, en todo lo relativo a SEGURIDAD, ACCESIBILIDAD Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIARES propuestas para la implantación en el Hospital de Collado Villalba. Para cada una de las medidas se adjunta a modo de Anexo el procedimiento/protocolo completo para su correcta implantación. Dichos protocolos son revisados periódicamente y actualizados a través de las Comisiones que se configurarán a tal efecto.

1.- Seguridad

Los Servicios y Unidades asistenciales dispondrán de su Plan de Gestión de Riesgos clínicos, individualizado y específico, aunque incardinado en el Sistema de Gestión de Riesgos del Hospital. A estos efectos estará designada la **figura de Gestor de Riesgos de Servicio/Unidad**, cuya función es promover la identificación de riesgos, analizar los efectos adversos, incorporar y promover las prácticas de seguridad entre los componentes del servicio, y evaluar los indicadores y resultados de las acciones emprendidas.

SEGURIDAD EN HOSPITALIZACIÓN

Las principales acciones a implantar son:

- 1- Sistema de identificación inequívoca de pacientes.** Tras la verificación de la identidad del paciente se procederá a su identificación a través de la impresión térmica de un brazalete con la información necesaria de nombre y apellidos, fecha de nacimiento y número de HHCC, de tal manera que permita conocer su identidad en todo momento garantizando su seguridad clínica. Asimismo, se realizarán las comprobaciones previas a la administración de fármacos, transfusión y cualquier prueba o procedimiento terapéutico invasivo, según procedimiento incluido como **Anexo I**. También se contempla la integración con el resto de sistemas informáticos a través de lectores de códigos de barra o sistemas de radiofrecuencia.
- 2- Sistema de alerta clínica, ante pruebas con valores críticos:** se definen los valores de alerta en los test de resultados numéricos (fundamentalmente en las pruebas de laboratorio, o test positivos a determinados gérmenes, en Microbiología), y los informes con diagnósticos de malignidad (fundamentalmente radiología), generándose automáticamente mensajes al médico petionario o responsable del paciente. Mediante un segundo mecanismo de seguridad, si al tercer día no se ha confirmado la lectura del informe de resultados críticos, se envía automáticamente por el sistema un mensaje al móvil y al ordenador al responsable del servicio y a la Dirección Médica
- 3- Seguimiento de Protocolo para la prevención de errores transfusionales y Reacciones postransfusionales,** relativos a la comprobación durante el proceso de preparación y previo a la administración de hemoderivados del paciente y su tipo de sangre, mediante tecnología de identificación y una sistemática de seguimiento y chequeado por el personal de cada uno de los protocolos establecidos, diferenciados para adultos y pediatría, que van desde el CI, petición, preparación y envío hasta la recepción y administración. (**Anexo II**).
- 4- Estandarización del sistema de comunicación sobre el paciente con obligación de confirmar la lectura de la información,** que incluye sus características y situación clínica, en cada transferencia de servicio/unidad o turno de trabajo, incluyendo la posibilidad de pregunta/respuesta entre el que entrega al paciente y el que lo recibe, en las siguientes circunstancias (no limitativas):
 - Cambios de turno de enfermería

- Transferencia del paciente a otro médico, por cambio temporal, responsabilidad de la guardia...
- Manejo postanestésico del paciente
- Transferencia a otra unidad para diagnóstico o tratamiento

5- Completa comunicación entre el personal asistencial (Médicos y enfermeras), incluso en las órdenes verbales o telefónicas, mediante:

- Obligatoria cumplimentación y revisión de la Historia Clínica Electrónica, previa a los actos asistenciales de riesgo
- Transcripción inmediata de las instrucciones médicas verbales para evitar los errores debidos a un mal entendimiento en las posibles órdenes médicas transmitidas por razones de urgencia u otra necesidad de forma verbal

6- Uso Seguro de Medicamentos: la instauración de prácticas seguras en el uso de medicamentos se extienden a todo lo largo del proceso farmacoterapéutico: la prescripción, validación por el Servicio de Farmacia, dispensación y administración en las Unidades de Enfermería. El Hospital se evaluará periódicamente mediante el cuestionario de Autoevaluación de la Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos del Institute for Safe Medication Practices (ISPM) adaptado por la filial española del Instituto.

7- La herramienta básica de mejora de la seguridad es la utilización de un **Sistema de Prescripción informatizado**, con algunas características:

- El sistema de prescripción será asistido
- Existencia de alertas por interacciones, dosis inadecuadas
- Alertas por alergias a medicamentos
- Uso estandarizado de abreviaturas, acrónimos, símbolos y expresiones de dosis
- Revisión y validación de la prescripción por los Especialistas del Servicio de Farmacia
- Existe una lista consensuada de medicamentos de Alto Riesgo, y existen medidas específicas para su manejo seguro
- La dispensación de medicamentos se hace en dosis unitarias, incluyendo los inyectables, siempre que sea posible

- No habrá soluciones concentradas de electrolitos en las unidades de enfermería
- Periódicamente se revisan los nombres de los medicamentos similares para eliminarlos

8- Conciliación de la medicación en la transición asistencial: los Errores de Medicación (entendiendo como tales, de acuerdo con la definición de la American Society of Hospital Pharmacist en 1993,' los errores de prescripción, dispensación, administración y cumplimiento, que pueden ser prevenidos mediante efectivos sistemas de control por parte de los profesionales sanitarios, pacientes, industria farmacéutica y administración sanitaria): uno de lo sistemas más eficaces es disponer de listas completas y actualizadas de la medicación activa del paciente, a través de la interfase de los sistemas de información de Atención Primaria (AP-Madrid) y Especializada:

- Entre Atención Primaria y Especializada (en ambas direcciones)
- Entre la Urgencia hospitalaria y la hospitalización
- Entre las consultas de Especializada y la Hospitalización

9- Eliminación de errores de conexión de catéteres y tubos: la administración intravenosa de medicamentos orales líquidos es un error infrecuente pero de graves consecuencias. Las medidas a aplicar para prevenir este problema son:

- Uso de jeringas por vía oral que no puedan ser conectadas a catéteres intravenosas
- No utilizar nunca jeringas intravenosas para medir o administrar soluciones orales
- Los sistemas de alimentación enteral no contendrán puertos que puedan ser conectados a líneas intravenosas o parenterales
- Disponer de los materiales adecuados en las unidades de riesgo
- Los procedimientos de alimentación y medicación de soluciones orales identificarán los riesgos de administración de soluciones orales por vía equivocada

En todo momento se seguirán las Instrucciones de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria sobre esta materia.

10- Minimización de la probabilidad de daños al paciente anticoagulado: en pacientes con profilaxis de anticoagulación crónica, mediante un sistema colaborativo con Atención Primaria, con los siguientes elementos:

- Existencia de un programa de gestión de anticoagulación con individualización para cada paciente
- Reducción de errores de administración, usando productos en dosis unitarias, jeringas precargadas o bolsas de infusión premezcladas
- Protocolo de actuación prequirúrgica en pacientes anticoagulados
- Análisis y corrección de los Eventos Adversos relacionados con la anticoagulación

11- Minimización de Infección Nosocomial: cumplimiento de la guía de higiene de manos de la Organización Mundial de Salud o del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta:

- Se adjunta como **Anexo III** el modelo de Protocolo, adaptado a la Guía de la OMS.
- Disposición de sistemas de dispensación de solución hidroalcohólica en todas las habitaciones de pacientes, áreas de atención crítica, Neonatología, boxes de urgencias, área de Hospital de Día, etc.
- Campañas periódicas de concienciación
- Sistema de medición de cumplimiento, y discusión de resultados con las Unidades y Servicios

12- Implementación de un sistema de Vigilancia y Control de la Infección Nosocomial en el Hospital, mediante estudios de prevalencia (Programa EPINE) e incidencia (Sistema RIHOS de la Comunidad de Madrid), con, al menos, los siguientes indicadores y áreas de focalización de las actividades de control epidemiológico hospitalario

- Infección nosocomial global.
- Infección nosocomial por Servicios
- Infección de localización quirúrgica (ILQ): General
 - Cirugía ortopédica protésica.
 - Cirugía electiva de colon.
 - Cirugía de mama
 - Cirugía cardíaca

- Otras
- Cirugía limpia
- Infecciones en la UCI:
 - Bacteriemia asociada a los catéteres IV centrales.
 - Neumonía en enfermos ventilados.
 - ITU asociada a sondaje urinario
- Vigilancia de brotes epidémicos microorganismos multirresistentes.

13- Incorporación al proyecto de reducción de las bacteriemias asociadas con catéter venoso central (BRC), Bacteriemia Zero, según el modelo del proyecto "Keystone ICU" desarrollado por la Universidad Johns Hopkins, cuyos componentes son:

Parte clínica

- Implantación de las medidas clínicas de control de las BRC
- Utilización de las listas de comprobación de la inserción de los catéteres
- Análisis y registro de datos y obtención de indicadores de seguimiento

En el **Anexo IV** se describen los aspectos fundamentales del Proyecto

14- Utilización de Guías Clínicas, como método de reducción de la variabilidad asistencial, y mejora de la predictibilidad y seguridad de los procesos, en aquellos más frecuentes y con un curso clínico predecible:

- Cirugía de cataratas
- Agudización de EPOC
- Insuficiencia cardíaca
- Parto vaginal no complicado
- Prótesis total de cadera
- Prótesis total de rodilla

- Quimioterapia hematológica
- Tratamiento oncológico ambulatorio
- Cirugía hernia inguinal
- Resección transuretral de próstata
- Varices, fleboextracción
- Patología Vascular cerebral
- Cirugía de la patología mamaria
- Hernia discal lumbar
- Patología crónica de amígdalas
- Hemorragia digestiva no complicada
- Hemodiálisis
- Parada cardiorrespiratoria
- Shock
- Politraumatizados
- Traumatismo craneoencefálico

15- Evitar la malnutrición durante el ingreso hospitalario, en los pacientes de riesgo: determinados grupos de pacientes presentan un riesgo especial de malnutrición durante su ingreso, especialmente si éste es prolongado.

La malnutrición actúa como factor coadyuvante en la génesis de mayor morbimortalidad: una corta interrupción en el aporte de substratos energéticos y/o plásticos puede desencadenar alteraciones enzimáticas, metabólicas o en la homeostasis.

Los diferentes tipos de desnutrición deben ser identificados y corregidos, aplicando una metodología de mejora de la seguridad:

Tipos de desnutrición:

- Tipo marasmo o caquexia
- Tipo Kwasiorkor (aguda, con hipoalbuminemia)
- Mixta, o energético-proteica
- Estados carenciales

Práctica en el Hospital de Collado Villalba:

- Valoración del estado nutricional y del riesgo de desnutrición durante el ingreso, mediante historia clínica nutricional y dietética y exploración física
- Recomendaciones dietéticas y cálculo de de necesidades
 - Requerimientos energéticos
 - Requerimientos proteicos
 - Requerimientos de agua y electrolitos
- Indicación del soporte nutricional adecuado:
 - Dietas terapéuticas
 - Nutrición enteral
 - Oral
 - Por sonda nasogástrica
 - Por catéter de gastrostomía, duodenostomía...
 - Nutrición parenteral

El Procedimiento de Valoración Nutricional completo, figura en el **Anexo VI**

16- Prevención del riesgo de caídas durante la hospitalización: abarca desde la identificación de los factores de riesgo del paciente y del entorno, las medidas de prevención primaria y secundaria, la evaluación y las correcciones necesarias. El modelo de procedimiento figura como **Anexo VII**.

17- Prevención y manejo de las úlceras por presión (UPP): el Hospital dispone de una guía de actuación clínica la prevención y tratamiento de las siguientes lesiones: úlceras por presión (UPP), úlceras vasculares, úlceras en el pie diabético y lesiones de la piel perilesional que abarca:

- Etiología y factores de riesgo de cada tipo de lesión
- Valoración del riesgo
- Protocolo de cuidados
- Protocolo de tratamiento

La descripción de la sistemática de prevención y manejo de las úlceras está en el **Anexo VIII**

18- Plan del paciente al Alta: trata de asegurar el adecuado entendimiento por el paciente de las instrucciones y recomendaciones al alta, facilitar la incorporación a la vida cotidiana, continuando la recuperación, y la transferencia de la asistencia a otro prestador de salud (el médico de Familia), y que la información clínica llega hasta él. El Hospital garantizará el envío de una alerta al facultativo de AP, indicando el alta del paciente del que es titular, y facilitando el acceso a la Historia con los informes adecuados, entre los que están:

- El informe de alta médico
- Informe de alta de Enfermería
- Informe de Trabajo Social (sólo en caso de transferencia a un Centro de Apoyo o si se van a realizar y trámites para la solicitud de prestación de este tipo de servicios)
- Recomendaciones y Cuidados específicos
- Hoja de Medicación
- Recetas de medicamentos de nueva prescripción
- Citas para seguimiento sucesivo
- Prescripción de Transporte Sanitario, si existe indicación clínica
- Otros documentos de carácter sanitario o administrativo (reintegros, solicitudes de material...)

En el **Anexo IX** se recoge el Procedimiento de Despedida y Alta.

19- Uso de los indicadores de seguridad de pacientes de la Agency of Healthcare Research and Quality, que se extraen del tratamiento de los datos del CMBD, como medio de vigilancia para detectar posibles desviaciones de los estándares y de la evolución del propio Hospital. La relación de indicadores es:

- Complicaciones de la anestesia
- Mortalidad en GDRs de baja mortalidad
- Úlcera de decúbito
- Fracaso en el rescate
- Cuerpo extraño olvidado durante un procedimiento
- Neumotórax iatrogénico
- Determinadas infecciones causadas por la asistencia sanitaria
- Hematoma o hemorragia postoperatoria
- Fractura de cadera postoperatoria
- Desorden fisiológico y metabólico postoperatorio
- Embolismo pulmonar o trombosis venosa profunda postoperatorios
- Fallo respiratorio postoperatorio
- Sepsis postoperatoria
- Dehiscencia de herida postoperatoria
- Punción/laceración accidental
- Reacción transfusional
- Traumatismo en el nacimiento - lesiones en el neonato
- Trauma obstétrico en cesárea
- Trauma obstétrico en parto vaginal instrumentado
- Trauma obstétrico en parto vaginal no instrumentado

20- Existencia de un Plan de Formación y capacitación del personal de enfermería

de nueva incorporación a unidades de características especiales: la seguridad en el manejo de los pacientes depende de la aptitudes y formación del personal; las áreas de formación específica en enfermería son hoy día, limitadas, pro hay Unidades donde se prestan cuidados de alta complejidad que precisan personal debidamente entrenado. El programa de adecuación incluye:

- Definición de unidades en las que se precisa la incorporación de enfermería especialmente preparada
- Formación teórica previa
- Actividad asistencial tutelada por personal experimentado, durante un período de adecuación

21- Mejorar la adhesión del paciente al tratamiento farmacoterapéutico, con especial énfasis en los pacientes polimedicados, proporcionándole información detallada y entendible a los pacientes. Entre el 5 y el 17 por ciento de los ingresos hospitalarios en ancianos están relacionados con desajustes derivados de problemas con la medicación, un dato que refleja la necesidad de ajustar de forma más adecuada la pauta terapéutica de los pacientes con más edad, que son los que suelen presentar mayor comorbilidad y reciben prescripciones farmacéuticas por médicos de diferentes especialidades. Cuando se consumen diez o más especialidades farmacéuticas diferentes el riesgo de que se presente un efecto indeseable para la salud relacionado con la interacción entre fármacos es de casi el cien por cien. Para reducir los eventos adversos relacionados con los errores de medicación, se entrega una lista completa con información escrita sobre cada uno de los medicamentos –mediante un programa informático, tipo Infowin- acompañándolo de información verbal sobre forma de administración, posibles efectos secundarios. Esta actividad ha demostrado una reducción en la presentación de Problemas Relacionados con los Medicamentos muy significativa.

22- Conformación de la Comisión de Uso Racional de Medicamentos, aunando a la Atención Primaria del actual Área, los dos Hospitales existentes y el Nuevo Hospital. A través de la Comisión se fomenta una mejora continua de la prescripción, incorporando Guías sobre el uso adecuado de determinados grupos terapéuticos, reduciendo los errores, y en conjunto facilitando la continuidad asistencial, que beneficia de forma clara la calidad y seguridad. Se expone un ejemplo relativo a la prescripción de medicamentos genéricos, recientemente editado en la Fundación Jiménez Díaz Hospital del grupo Capio.

http://apfjd.idc.local/ComisionMedicamento/Shared%20Documents/MEDICAMENTOS_GENERICOS.pdf - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ira Favoritos Ayuda

Atrás Búsqueda Favoritos

Dirección http://apfjd.idc.local/ComisionMedicamento/Shared%20Documents/MEDICAMENTOS_GENERICOS.pdf

Guardar una copia Buscar Seleccionar 82%

Grandes ofertas de Adobe

Comisión de Uso Racional del Medicamento

FJD-Atención Primaria Áreas 6, 7 y 11

MEDICAMENTOS GENERICOS Información para su prescripción

Avda. de los Reyes Católicos, 2 - 28040 Madrid Tel. 91 550 48 00

¿Cuáles son las ventajas de su utilización?

1. Contribuye a incrementar la eficiencia de la prescripción.
2. Facilita la identificación de su grupo químico dando una idea de su actividad farmacológica.
3. Reduce los errores por duplicidad de tratamientos.
4. Permite al paciente asociar su fármaco siempre a la misma DCI/DOE, siendo útil en caso de alergia, resistencias, viaje a países con distinto idioma, etc.
5. Permite al profesional sanitario utilizar el principio activo en su prescripción, sin necesidad de conocer los diferentes nombres comerciales asociados a un medicamento.

¿Cómo se prescribe por EFG?

- Escribiendo el nombre del principio activo seguido de las siglas EFG.
- La prescripción por DCI/DOE llevará en la mayor parte de los casos a la dispensación de un genérico en oficina de farmacia.
- La prescripción o no de genéricos es una cuestión a plantear siempre después de haber realizado una correcta indicación y selección del principio activo.

Bibliografía

- Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE nº 178, de 27 de julio de 2006.
- Orden 2874/2007, de 28 de septiembre, por la que se establecen los medicamentos que constituyen excepción a la posible sustitución por el farmacéutico con arreglo al artículo 86.4 de la ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE nº 239, de 5 de octubre de 2007.
- EMEA. Preguntas y respuestas sobre los medicamentos genéricos.Doc.ref. EMEA/590427/2007 [on line] Disponible: <http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/powp/EMEA-2007-0440-00-00-ENES.pdf>.
- Kesselheim AS et al. Clinical equivalent of generic and brand-name drugs used in cardiovascular disease. A systematic review and meta-analysis. JAMA 2008;300:2514-26.
- Los genéricos, 10 años después...¿seguimos hablando del +/-20%? Infac 2007;15:35-40. [on line] Disponible: http://www.osanet.euskadi.net/r85publ01/es/contenidos/informacion/infac/es_1223/adjuntos/INFAC_v15n8.pdf.
- Ruiz-Rico T et al. Algunas reflexiones sobre los genéricos. Farm Hosp. 2008; 32:182-93.

MEDICAMENTOS GENERICOS Información para su prescripción

Comisión de Uso Racional

Discusiones

Listo

Zona desconocida

23- Sistema automatizado de etiquetado de muestras de Laboratorio: una de los más frecuentes errores es el incorrecto etiquetado de muestras, y la incorrecta asignación de muestras a un paciente equivocado. Actualmente el proceso de identificación se hace mediante sistemas manuales, etiquetando con códigos de barras o números de muestra correlativos a los volantes de petición. Se instalará un sistema automatizado de dispensación de tubos para los pacientes, que incorpora un software de carga de datos personales del paciente e incorpora la petición de pruebas, por lo que los tubos entregados están ya etiquetados e identificados correspondientemente con la identidad del paciente. Un modelo de equipo de estas características es el VIP System de la compañía Vacuette.

24- Mejora de la seguridad en el proceso de gestión farmacológica de quimioterápicos y otros principios activos en Hospital de Día Oncohematológico: se utilizará un sistema de soporte a la prescripción, preparación y dispensación de medicamentos de uso oncológico, tipo Oncofarm® o similar, que es un aplicativo que compatibiliza el paradigma diagnóstico-tratamiento utilizando hasta 25 parámetros de calidad y da cobertura al 90% de los procesos claves de la cadena terapéutica, que soporta los diferentes pasos:

- En la prescripción, incorpora los diferentes protocolos de tratamiento a aplicar en procesos tumorales
- La validación de la prescripción se hace en Farmacia, y a través del sistema se añaden datos del paciente y antecedentes clínicos, que apoyan la validación de la dosis. Si hay discrepancia se resuelve con el Oncólogo que ha hecho la prescripción
- La preparación en el box de aislamiento, con la campana de flujo laminar, sigue las instrucciones validadas y etiqueta la solución con los datos de identificación del paciente, el/los principios activos, la vía de administración y la velocidad de infusión.
- El Farmacéutico permite la dispensación del medicamento tras validarlo nuevamente
- En el Hospital de Día, el enfermero responsable coteja el medicamento recibido con la identidad del paciente, y la administra siguiendo la pauta y ritmo de infusión marcado
- El proceso global de manejo de la medicación antineoplásica se guía por los estándares de la Sociedad Internacional de Farmacéuticos Oncológicos, (International Society of Oncology Pharmacy Practitioners, ISOPP), con especial atención a las fases de validación y administración.
- En el diagrama siguiente se esquematiza el procedimiento:



25- Protocolo de Medidas Especiales para Puntos Vulnerables. De especial aplicación en pediatría, consta de los siguientes procedimientos: doble chequeo dosis, dosis total y por kg/m², validación obligatoria, doble comprobación de envases, diluyentes, dosis, volúmenes de mezclas parenterales (implantación de Procedimientos Normalizados de Trabajo en la preparación de mezclas IV).

26- Dotación de la instalación de climatización mediante torres de refrigeración con agua que resultan altamente eficientes frente a otros sistemas. Estas torres llevan asociado un sistema **de prevención de legionelosis**.

SEGURIDAD EN BLOQUE QUIRÚRGICO

El bloque quirúrgico es probablemente el área de trabajo más complejo del Hospital debido a la variedad de profesionales que actúan, su elevado número, la gran dotación tecnológica que se utiliza, y los riesgos inherentes a las técnicas que se practican, configurando una organización compleja donde el menor error puede provocar graves efectos adversos. Así, el Estudio Nacional de Efectos Adversos mostró que el 25% de ellos estaban relacionados con problemas técnicos durante la realización de un procedimiento, sobre una cifra global de 9,3% de pacientes que experimentaron un Efecto Adverso durante su ingreso. Por ello en el nuevo Hospital se extremarán las medidas de prevención de errores, introduciendo las más actuales prácticas de seguridad clínica

En los Estados Unidos los errores de paciente/sitio/procedimiento ocurren en 1 de cada 50.000-100.000. El análisis de los reportes de errores a la *Joint Commission for Accreditation of Health Organizations* ha mostrado que la distribución es de 76% de sitio equivocado, 13% en el paciente erróneo y 11% de errores en el procedimiento. La prevención de errores en este campo se apoya en diversas prácticas seguras, aplicando el *Universal Protocol*.

- 1- Utilización del sistema de comprobación de la identidad del paciente** en todas las fases del procedimiento quirúrgico, tanto para pacientes ingresados como para aquellos que utilizarán la Cirugía Mayor Ambulatoria. Se seguirán las medidas contenidas en el Protocolo de Identificación, incluido como **Anexo I**. Los brazaletes identificativos dispondrán de código de barras impreso (o sistema similar), para facilitar la lectura mediante PDAs, y su cotejado y consulta con la Historia Clínica.
- 2- Marcaje:** es la identificación inequívoca del lugar de la incisión (o inserción), mediante el marcaje preoperatorio; está indicado en los casos en que el procedimiento quirúrgico afecta a órganos o estructuras pares, realizando la distinción izquierda/derecha, múltiples estructuras (mano, pie) o niveles (columna). Se adjunta como **Anexo X** el protocolo.
- 3- Verificación del procedimiento indicado por el Servicio quirúrgico,** mediante la consulta de la Historia Clínica y los datos de la indicación de entrada en la lista de espera quirúrgica.

La comprobación se hace en cada paso del proceso:

- A la entrada del paciente en el área preoperatorio
- En cualquier transferencia del paciente entre profesionales

- A la entrada en el quirófano

4- Asegurar que el paciente acude al quirófano en las mejores condiciones de preparación física, emocional y psicológica, y evitar anulaciones quirúrgicas, retrasos y/o complicaciones en el perioperatorio. Para ello se implantará un Protocolo de Preparación quirúrgica en el ámbito de enfermería, que figura como **Anexo XI**. La finalidad de dicho documento es establecer las actividades y cuidados de enfermería, a realizar previo a una intervención quirúrgica en pacientes ingresados.

5- Cumplimentación del Consentimiento informado en el 100% de los casos con información completa previa a la intervención detallada verbal y escrita. Los facultativos del hospital asumirán el compromiso del Grupo Capiro para que el paciente reciba una información integral antes de la intervención.

6- Información completa de las indicaciones postoperatorias por parte del **facultativo y enfermería** con soporte escrito tanto a pacientes como a familiares. Se informará sobre curas, posibilidades de rehabilitación y cualquier tema que afecte a la curación del paciente de una forma oral y cerca así como con documento escrito.

7- Control de los riesgos de daños debidos a la anestesia: aunque la tasa de mortalidad asociada a la anestesia es baja en nuestro entorno (aproximadamente de 1/100.000). Sin embargo los incidentes y la morbilidad debida al uso de la anestesia y los equipos que se utilizan es más frecuente. Las prácticas de seguridad a aplicar serán:

- Consulta preoperatorio de valoración de riesgo anestésico en todos los casos programados
- Valoración de la posible dificultad de la vía aérea. Se adjunta como **Anexo XII**, la Hoja de valoración, que incluye la escala de Mallampati). El Servicio de Anestesia dispondrá de una guía para el manejo de la intubación difícil, así como el material preciso. Las posibilidades son:
 - Ventilación con máscara facial: ambú; mascarilla laríngea;
 - intubación endotraqueal;
 - intubación mediante broncoscopio flexible
- Revisión sistematizada de los dispositivos y equipos de suministro de anestesia, tomas de gases y de la monitorización del paciente, medicación y equipos de soporte, de acuerdo al Protocolo de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación, que describe las maniobras de validación y su frecuencia

8- Evitar las reacciones alérgicas a los medicamentos y otras sustancias como el látex, y los errores de medicación, que son causa de morbilidad frecuente en el Bloque Quirúrgico:

- Identificación en la Historia Clínica de posibles alergias medicamentosas, que darán alarmas en el sistema
- Toda la medicación de uso en quirófano estará debidamente etiquetada. No habrá nombres ni envases similares que puedan dar lugar a confusión
- Las jeringas precargadas estarán perfectamente identificadas

9- Reducir el riesgo de la Infección quirúrgica, que puede alcanzar al 10% de los pacientes intervenidos. La clasificación del tipo de infección quirúrgica es la siguiente:

- Herida quirúrgica o superficial
- Incisional profunda (afecta a tejidos blandos subcutáneos)
- Órgano/espacio, que son las más graves

Las estrategias de prevención son:

- Lavado de manos según protocolo quirúrgico
- Adecuada profilaxis, según Protocolo, que también indicará el momento de la administración, aceptado por la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica, del Hospital
- Medidas generales como tratamiento previo de posibles infecciones remotas, abandono del tabaco, reducción de sobrepeso
- Adecuar el rasurado a las necesidades de la intervención. No rasurar de manera sistemática. Desinfección de la piel correcta.
- Comprobación de los indicadores de esterilización del instrumental, garantizando la trazabilidad de las cajas utilizadas
- Control de la hiperglucemia
- Mantenimiento de la normotermia intra y postquirúrgica

10- Protocolo del procedimiento de verificación del equipamiento y material anestésico. Evitar el riesgo de mala funcionalidad de los materiales y equipos del quirófano, mediante la verificación a través de un listado comprobado por el equipo de enfermeras asignadas a cada quirófano (Mesa quirúrgica, y su movilidad, bisturí eléctrico, equipo de laparoscopia ó artroscopia, torre de imagen, insufladores, etc.)

11- Garantía de trazabilidad en el proceso de esterilización: la esterilización es considerado como un proceso especial, pues la verificación del método usado en el producto final ofrece dificultades, por lo que se trata de aplicar un sistema de seguridad, que pueda garantizar la conformidad de los subprocesos en todas las fases, utilizando una sistemática ordenada y uniforme.

La trazabilidad se compone de un conjunto de procedimientos autosuficientes que permiten conocer el histórico, la ubicación y la trayectoria de un producto o lote de productos, y es imprescindible porque:

- Proporciona protección al paciente (seguridad)
- Determina el punto/fase de no conformidad en el caso de aparición de alguna incidencia
- Demuestra la existencia de un sistema de control que funciona

Para ello se registra mediante un programa informático, cada una de las fases del proceso. Se puede hacer a nivel de Caja de instrumental o de instrumento individualizado, consta de 4 fases:

- I. Control de entrada a la central de esterilización, y control de carga de lavadoras
 - Muestra la carga introducida
 - Lavadora utilizada
 - Ciclo de lavado
- II. Control de recepción de material lavado, empaquetado del material y control de carga de esterilizadores en la zona media
- III. Control de descargas y gestión de almacén, en la zona estéril

- IV. Registro de la identificación de la caja de instrumental, con sus datos de producción en esterilización, e inclusión en la Historia del paciente en que se utiliza

La trazabilidad informática nos permite recoger información del proceso, y crear informes individuales (de un producto concreto) o colectivos (de un proceso completo).

Se incluye como **Anexo XIII** el "Manual de trazabilidad de Productos Estériles".

12- Impedir la retención o abandono de un cuerpo extraño en el lecho quirúrgico, que puede suceder en 1/5.000-19.000 casos. Hay factores que favorecen dicha situación, como son la cirugía de urgencias, índice de masa corporal del paciente elevado o cambios no previstos en la operación.

- El recuento debe ser hecho por dos personas
- Se recuentan las gasas y torundas, las agujas y el instrumental, de acuerdo con una metodología fijada en el correspondiente Protocolo, aplicando todas las enfermeras del Bloque los mismos criterios
- Se aplica un criterio protocolizado en caso de discrepancias en el recuento
- Todo el material de gasas está marcado radiológicamente
- El cirujano procede a una metódica revisión del lecho quirúrgico antes del cierre

13- Minimizar el riesgo de sufrir un episodio de isquemia cardíaca en pacientes sometidos a cirugía electiva, evaluando a los pacientes con antecedentes de cuadros de angor o hipertensión u otros riesgos, administrando tratamiento profiláctico con betabloqueantes

14- Implementación del sistema de verificación de la OMS: uso del Check-list de Seguridad Quirúrgica: en 2008, la OMS publicó una Guía con recomendaciones para garantizar la seguridad de los pacientes quirúrgicos, y diseñó un Listado de Verificación con el objetivo reducir la morbi-mortalidad. Los resultados del estudio realizado en ocho hospitales del mundo han demostrado que la aplicación sistemática del Listado ha reducido en los Centros de los países más desarrollados la tasa de complicaciones mayores asociadas a la cirugía, de 10,3% a 7,1%, y la mortalidad descendió de 0,9% a 0,6%. En los Hospitales de Capiro se ha adaptado a sus especificidades y ampliado, y está en vigor. Se aplicará desde el primer momento de funcionamiento del nuevo Hospital. La metodología y formato se contiene en el **Anexo XIV**

15- Una fase fundamental es la **parada previa a la intervención**, cuando ya se ha inducido la anestesia del paciente, y todo el equipo atiendo al Coordinador del Listado, de manera que cada uno de los profesionales informa a los demás sobre los controles efectuados y las características singulares del paciente y el procedimiento concreto, lo que permite prepararse para las eventualidades o incidencias que se presenten

16- Utilización de un **sistema de medida de los resultados de las intervenciones quirúrgicas**, desde un punto de vista de análisis de las condiciones del paciente como factor predictivo del riesgo de complicaciones mayores o muerte en los primeros 30 días tras la intervención: el sistema de puntuación del Apgar Quirúrgico, desarrollado en Estados Unidos (por el Colegio Americano de Cirujanos, entre otros), por el que se analizan y puntúan 3 variables, que arrojan una puntuación de 0-10 puntos:

- Pérdida intraoperatoria de sangre estimada, en ml
- Mínima tensión arterial media (mm Hg)
- Menor ritmo cardíaco (Latidos por minuto)

La estimación de riesgo según la puntuación, se presenta en la siguiente tabla (en inglés)

Table II.10.3 – Relative risks for major complication or death based on the Surgical Apgar Score at eight international pilot sites, with a score of 7 as the reference value (World Health Organization Safe Surgery Saves Lives project data ; p<0.0001 for trend, c-statistic=0.70)

Surgical Apgar score	Total no. of patients	Adjusted complication rate*	Relative risk for complication (95% CI)
0-4	302	32.9 %	3.6 (2.9-4.5)
5	518	20.5 %	2.2 (1.8-2.8)
6	1028	12.2 %	1.3 (1.1-1.7)
7	1365	9.1 %	Reference
8	1445	4.9 %	0.5 (0.3-0.8)
9	1015	4.0 %	0.4 (0.2-0.4)
10	228	3.0 %	0.3 (0.1-1.1)
total	5909	9.2 %	

* Adjusted to account for clustering at individual sites

17- Como elemento complementario de Seguridad y accesibilidad los pacientes del Hospital serán **intervenidos en los plazos establecidos por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid** tras la aprobación por la Consulta de preanestesia, siempre aplicando los criterios de gestión de la Lista de Espera Quirúrgica de la Comunidad de Madrid, así como la sistemática marcada en el RULEQ. Sólo se excederá dicho plazo en

caso de demanda asistencial general fuera de lo normal por catástrofes, situaciones epidémicas, etc.

18- En general la **elección de Especialista quirúrgico hecha por el paciente se mantendrá durante todos los episodios del proceso asistencial**, de modo que el cirujano que indica la operación es el mismo que la realiza y efectúa el seguimiento y control posterior. Sólo las situaciones de organización insoslayable, así como el respeto a los plazos máximos marcados por la Autoridad Sanitaria limitarán esta continuidad, que es garantía de calidad percibida y seguridad para el paciente

19- En Cirugía Mayor Ambulatoria, todo el proceso se sujeta al Procedimiento que lo regula, y tras el alta, el paciente es llamado a su domicilio al día siguiente por el equipo de Anestesiología, quien comprueba el estado del paciente, posibles complicaciones, y el control del dolor. En caso de aparición de síntomas de sospecha el Anestesista los valora e indica, en su caso, la visita al Hospital.

20- En Cirugía Mayor Ambulatoria, existirá la disponibilidad del equipo sanitario para ofrecer la **posibilidad de contactar telefónicamente** en todo momento en caso de duda/necesidad por parte del paciente intervenido.

21- Apoyo en el Programa de Cirugía Menor en Atención Primaria: las acciones de mejora de esta prestación contemplada en la Cartera de Servicios de los Centros de Salud, tratan de garantizar la seguridad de los procedimientos realizados, para lo cual se plantea:

- Rotaciones de los Médicos de Familia por las Unidades de CMA, gabinetes de Dermatología, Cirugía General, o Cirugía Plástica, para actualizar las técnicas de extirpación de lesiones
- Interconsulta conjunta en el Centro de Salud, realizando pequeñas intervenciones en común entre los Especialistas quirúrgicos y los de Atención Primaria
- Fijación de un Protocolo con Anatomía Patológica relativo a la obtención de las muestras que se le van a enviar, detallando la rotulación de los datos personales, modo de conservación de la muestra, envío al laboratorio y lectura de resultados e informes. El Protocolo patrocinado por la Sociedad Española de Anatomía Patológica se encuentra en el **Anexo XVII**.

SEGURIDAD EN AREA DE URGENCIAS

1- Desarrollo del Mapa de Riesgos del Servicio de Urgencias: una política proactiva para la gestión de Riesgos necesita hacer una identificación previa de los riesgos más relevantes del proceso, para en una segunda fase aplicar los programas preventivos y de mejora de la seguridad que minimicen los errores y las Eventos Adversos. Los pasos adecuados son:

- Realizar un estudio de riesgos clínicos en el Servicio, mediante Grupos Focales
- Clasificar los riesgos según los parámetros habituales de
 - Frecuencia
 - Severidad del impacto de los posible fallos
- Catalogar las situaciones y sus orígenes y dependencia
- Elaborar el Mapa de Riesgos, y comenzar a aplicar Prácticas y Protocolos de Seguridad.

Las causas de error más frecuentes en Urgencias, y que constituyen el Mapa de Riesgos inicial, según un estudio de la SEMES, son:

Relacionados con el diagnóstico o pruebas diagnósticas:

1. Error en diagnóstico clínico (incluye urgencias).
2. Retraso en el diagnóstico por falta de pruebas pertinentes.
3. Falta de atención a la anamnesis.
4. Error de identificación del paciente.
5. Error de etiquetas identificativas en los tubos de hemograma.
7. Contaminación de la sangre en el laboratorio.

Relacionados con una valoración del estado general del paciente:

2. Demora peligrosa en la atención en urgencias.
3. Alta prematura.

2- Triage (clasificación) avanzado de pacientes: la constante y creciente demanda de asistencia médica y quirúrgica en los Servicios de Urgencia contribuyen a favorecer la saturación, lo que dificulta la atención rápida y eficaz, y es causa de incremento del riesgo. Por ello es imprescindible introducir una pauta organizativa que ordene y priorice el flujo de pacientes, según una jerarquización de las necesidades.

- Concepto: proceso de evaluación rápida de la gravedad de la afección de cada paciente, a fin de priorizar el orden y rapidez del tratamiento, asignarle un lugar y medios adecuados dentro del Servicio de Urgencias. Es la llave de entrada en La Urgencia
- Tiempo máximo de triaje: el objetivo es que en los primeros 10 minutos desde su llegada al Hospital todos los enfermos hayan sido evaluados inicialmente. Sólo se exceptúa el paciente en estado crítico o parada cardiorrespiratoria, que pasa directamente a la sala de paradas o de Reanimación Cardiorrespiratoria, para ser sometido a maniobras de soporte avanzadas
- El personal adecuado para realizar la clasificación es el de Enfermería, asistido por los adecuados Protocolos asistenciales
- Niveles de Clasificación de gravedad: en una escala de cinco niveles, según se esquematiza a continuación. Se relacionan los tiempos máximos de atención:

NIVEL	NOMBRE	OBJETIVO DE TIEMPO
1	Inmediato	0
2	Muy urgente	10
3	Urgente	60
4	Normal	120
5	No urgente	240

- El Protocolo se instrumentará a través de alguno de los **Sistemas informatizados de Triage**, de entre los que destacan por la extensión de su implantación y validez científica el **Sistema Manchester**, y el **Sistema Andorrano**, que ha sido adaptado por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES) constituyendo el Sistema Español de Triage. En cualquier caso nos someteremos a la práctica habitual de la Comunidad ed Madrid. Las características que cumplirá el Sistema de soporte a la asistencia son:
 - Capacidad de evaluar al paciente de forma rápida y sencilla, y su nivel de gravedad
 - Priorizará el orden de asistencia
 - Determina circuito asistencial según la gravedad
 - Asigna lugar y medios de atención
 - Evita la variabilidad del observador
 - Ha mostrado un alto valor predictivo en la clasificación de la gravedad
 - Alerta sobre retrasos injustificados en la asistencia
 - Da información para reorganizar los recursos asistenciales inadecuados en cada nivel de gravedad
 - Habrá una adaptación para los enfermos pediátricos, pues sus constantes y características son distintas

A continuación se presenta la pantalla principal del Sistema Manchester donde se selecciona el motivo de consulta o enfermedad actual:



3- Vigilancia sanitaria de los pacientes en espera de ser atendidos en consulta rápida:

aquellos pacientes que han sido clasificados en un nivel bajo de gravedad pueden tener una espera más dilatada. La estancia en la sala interna de espera no suele ser vigilada por personal de enfermería. No obstante algún paciente puede experimentar un agravamiento intempestivo, que no sea advertido, lo que incrementa el riesgo. En el nuevo Hospital la sala de espera interna estará bajo la supervisión de una enfermera, que periódicamente revisará el estado de los pacientes. Además los sistemas informáticos de clasificación avisan cuando un paciente se acerca a su tiempo máximo de demora, para ser reevaluados o reclasificados

4- Utilización de una batería de indicadores de la gestión asistencial, relacionados con la Seguridad, de manera que se puedan objetivar y hacer un seguimiento de las situaciones inadecuadas y no conformidades para establecer las medidas correctoras que procedan. Algunos de los indicadores principales en Urgencias son:

- Reingresos en Urgencias antes de 72 horas
- Tiempo puerta-aguja en Infarto Agudo de Miocardio
- Tiempo puerta-ECG
- Tiempo puerta-TAC-aguja en Accidente Cerebro Vascular
- Tiempo de espera en ser visitado
- Demora en el ingreso
- Evaluación de la mortalidad en Urgencias. Tasa de mortalidad
- Administración de AAS en Síndrome Coronario Agudo
- Pacientes no visitados
- Existencia/evaluación de Protocolos de riesgo vital

Los indicadores de demora en situaciones agudas se asocian a un mayor riesgo de morbi-mortalidad, por lo que constituyen poderosos instrumentos de alarma o indicadores centinela. Revelan un problema organizativo, que obliga a emprender medidas de mejora

5- Prevención de errores debidos a la fatiga: está descrito ampliamente que uno de los factores favorecedores de errores es el cansancio físico-psíquico acumulado por jornadas laborales continuadas muy largas. Es característico en los Servicios de Urgencias que el personal Facultativo junte varios turnos a fin de concentrar su tiempo de dedicación. En el Nuevo Hospital, las personas que trabajan en Urgencias como destino, tendrán limitada su presencia continuada a las 12 horas, y se utilizarán métodos de distribución de turnos "antiestrés"

6- Resolver eficazmente la acumulación excesiva de pacientes en el Servicio de Urgencias, implantando procesos con alertas automáticas ("overcrowding"): la excesiva permanencia de pacientes en el área, las demoras en el proceso de atención, pueden provocar un colapso y favorecer la comisión de errores. Existe un protocolo para respuesta de servicios diagnóstico en servicio de pruebas en los hospitales del Grupo. El problema precisa de un rediseño del proceso que afecte a los siguientes aspectos:

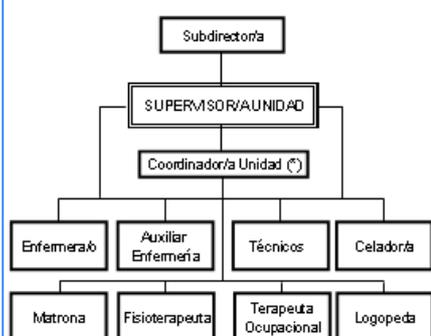
- Realizar la primera evaluación de forma ajustada a los tiempos establecidos

- Solicitar el número y variedad de pruebas complementarias estrictamente necesario para evaluar el estado del paciente desde la óptica de una urgencia. Un volumen de peticiones excesiva traslada las posibilidades de colapso a los Servicios Centrales
- Garantizar tiempos de respuesta adecuados en los servicios centrales de diagnóstico, asignándoles la prioridad a las pruebas solicitadas desde Urgencias, sin demoras debidas a la realización de la actividad programada
- Cursar las altas domiciliarias inmediatamente, para que los pacientes puedan ser recogidos por sus familiares con prontitud
- Coordinar las altas que deban ser remitidas a sus domicilios (u otros Centros) con los servicios de Transporte Sanitario, minimizando la demora
- Favorecer el paso a planta de Hospitalización de todos los pacientes con Orden de Ingreso cursada. Es precisa una buena coordinación con los servicios médicos. En el esquema de funcionamiento del Nuevo hospital las disciplinas de Medicina Interna, como titular principal de la gestión de las plantas médicas, y el Servicio de Urgencias de adultos están unificados bajo una jefatura común
- En caso de una excesiva acumulación puntual o episódica de pacientes, el Servicio se refuerza funcionalmente con personal proveniente de las reorganizaciones necesarias, de manera que no queden superadas las necesidades de cuidados por la demanda.

7- La identificación inequívoca de pacientes es un elemento fundamental para la seguridad de los mismos según consta en la resolución de la OMS de mayo del 2007. Todos los pacientes que acudan a los Servicios de Urgencias del nuevo hospital, así como aquellos que se encuentren ingresados en unidades de hospitalización, portarán una pulsera identificativa con el fin de realizar una correcta identificación por parte de los profesionales que están prestando la atención sanitaria. Estos brazaletes identificativos llevarán impresos, al menos, el nombre del paciente, sus dos apellidos, fecha de nacimiento y número de historia clínica. También se contempla la integración con el resto de sistemas informáticos a través de lectores de códigos de barra o sistemas de radiofrecuencia.

8- Visor Web compartido para atención primaria y especializada: Su objetivo es ofrecer información de la actividad realizada sobre un paciente en el entorno de Atención Especializada. Este visor muestra la **información completa "on line"** y se **encuentra integrado con OMI** en más de 30 centros de salud de la red sanitaria madrileña. Se está realizando una integración similar con AP Madrid.

9- Se implantará un sistema de Gestión de Personal por Competencias como ya está aplicado en otros hospitales del Grupo Capiro. Es de especial aplicación en el servicio de Urgencias por las exigentes habilidades y características asociadas a él. En función de los diferentes requisitos de cada puesto, se desarrollan las funciones inherentes a los mismos, así como las habilidades necesarias para desarrollarlo.

Capiro Fundación Jiménez Díaz		PUESTO DE TRABAJO									
DIVISIÓN DE ENFERMERÍA		SUPERVISOR/A UNIDAD									
MISIÓN ➤ Gestionar la Unidad bajo su responsabilidad, de acuerdo con las directrices de la Dirección de Enfermería, para asegurar la prestación de cuidados de enfermería con la máxima calidad.		SITUACIÓN ORGANIZATIVA 									
FUNCIONES PRINCIPALES 1.- Colaborar en el desarrollo de las líneas estratégicas elaboradas por la Dirección de Enfermería. 2.- Planificar y gestionar los recursos humanos y materiales en base a las necesidades asistenciales y logísticas de la unidad con criterios de eficacia y eficiencia. 3.- Liderar la Gestión de Cuidados de su Unidad. 4.- Participar en la selección y evaluar al personal a su cargo según lo establecido por la Dirección de Enfermería. 5.- Fomentar el trabajo en equipo multidisciplinarios y mantener una comunicación fluida con la subdirección, personal a su cargo y con otros integrantes del equipo de salud. 6.- Proponer y establecer sistemas de evaluación y seguimiento de los objetivos pactados en la/s Unidad/es. 7.- Asegurar la aplicación de protocolos asistenciales. 8.- Analizar y tomar decisiones sobre los indicadores de riesgo y calidad asistencial que afecten a su Unidad/es. 9.- Fomentar la participación de los profesionales de enfermería en aquellas comisiones relacionadas con su área de especialidad. 10.- Elaborar plan de formación en función de las necesidades detectadas en la evaluación de competencias. 11.- Contestar las reclamaciones, quejas y sugerencias de la/s Unidad/es asignada/s en el plazo establecido. 12.- Realizar las actuaciones / recomendaciones que le sean encomendadas en materia de PRL.		(*) En la/s Unidad/es que proceda RECURSOS A CARGO <table border="1"> <thead> <tr> <th>NÚMERO</th> <th>TIPO DEPENDENCIA</th> <th colspan="2">OCUPACIONES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 - 140</td> <td>Jerárquica</td> <td>Enfermera/a Auxiliar</td> <td>Técnicos Celador/a</td> </tr> </tbody> </table>		NÚMERO	TIPO DEPENDENCIA	OCUPACIONES		0 - 140	Jerárquica	Enfermera/a Auxiliar	Técnicos Celador/a
NÚMERO	TIPO DEPENDENCIA	OCUPACIONES									
0 - 140	Jerárquica	Enfermera/a Auxiliar	Técnicos Celador/a								
PERFIL DE COMPETENCIAS		RELACIONES Internas ➤ Dirección de RR.HH ➤ Dirección Médica ➤ Servicios Generales Externas ➤ Atención Primaria ➤ Atención Especializada ➤ Escuelas de Enfermería ➤ Universidades ➤ Institutos Formación Prof. ➤ Relaciones Grupo Capiro									

MODELO DE GESTIÓN POR COMPETENCIAS

Introducción

El **marco general** para el diseño e implantación de un modelo de Gestión por Competencias es:



La **aplicación en la FJD** consistirá en el desarrollo profesional a través de **formación individualizada**.

Para poner en práctica esta aplicación, es necesario llevar a cabo la **Evaluación de Desempeño** de los profesionales de la Organización, comparando el perfil personal y el del puesto de trabajo. Esto nos permite detectar las principales carencias del empleado en relación al puesto y determinar la formación necesaria, para su óptimo desarrollo profesional.

Dentro del marco de la gestión de personal se elaborará un Diccionario de Competencias dependiente de la Dirección de Enfermería con definiciones sobre competencias de habilidad y conocimiento:

- Las **Competencias de Habilidad** tienen:
 - Una denominación o nombre que la identifica.
 - Una definición que acota su significado
 - Cuatro niveles de complejidad creciente, con una definición.
 - Cuatro comportamientos representativos de cada nivel que ayudan a entender y clarificar en qué conductas medibles y observables se puede traducir cada uno de ellos.
- Las **Competencias de Conocimiento** tienen:
 - Una denominación o nombre que la identifica.
 - Una definición que acota su significado
 - Cuatro niveles de complejidad creciente.

- Una serie de conocimientos y capacidades asociados a cada nivel (diferente en función del nivel).

En base a ello se establecen unos perfiles de competencias del puesto y de las personas

	PUESTO DE TRABAJO	HABILIDADES							CONOCIM.	
		ADAPTAC. CAMBIO	COMUNICACIÓN	GESTION CONFLICTOS	LIDERAZGO Y DESARR. PERSONAS	TRABAJO EN EQUIPO	ORIENTAC. RESULTADOS	ORIENTAC. USUARIO	METODOLOG. CUIDADOS	TÉCNICAS PUNCIÓN ARTERIOVENOSAS
1	Subdirector/a	4	4	4	4	3	4	NA	NA	NA
2	Supervisor/a de Unidad	4	3	4	3	4	3	4	3	2
3	Coordinador/a de Unidad	4	3	4	2	4	3	4	3	2
4	Enfermera/o	3	2	3	1	2	2	3	3	2
5	Matrona	3	2	3	1	2	2	3	2	2
6	Fisioterapeuta	2	2	2	1	2	2	3	NA	NA
7	Terapeuta Ocupacional	2	2	2	NA	2	2	3	NA	NA
8	Logopeda	2	2	2	NA	2	2	3	NA	NA
9	Técnico de Laboratorio	2	1	1	NA	2	1	NA	NA	NA
10	Técnico de Radiodiagnóstico	2	2	2	NA	2	1	2	NA	NA
11	Técnico de Anatomía Patológica	2	1	1	NA	2	1	NA	NA	NA
12	Técnico de Farmacia	2	1	1	NA	2	1	NA	NA	NA
13	Auxiliar de Enfermería	2	2	2	NA	2	1	2	1	1
14	Celador	1	1	2	NA	2	1	2	NA	NA

NA: No Aplica

- 10- Garantía de funcionalidad de todo el equipamiento y completa dotación de los Carros de Parada** para practicar la reanimación Cardiopulmonar de manera segura y eficiente. El Protocolo contempla el contenido del carro y los métodos y frecuencias de la revisión y comprobación (**Anexo V**)
- 11- Plan de Formación y capacitación del personal de urgencias.** La seguridad en el manejo de los pacientes depende de las aptitudes y formación del personal, y de forma más influyente en el exigente servicio de urgencias. Se establecerán cursos de enfermería para actualizar los conocimientos del personal, así como otros más específicos de liderazgo y formación. Los cursos serán suministrados por personal altamente cualificado y experimentado del propio Grupo Capiro.

SEGURIDAD EN RADIODIAGNÓSTICO

En el servicio de Diagnóstico por imagen los elementos principales de la gestión de riesgos y la reducción de los posibles daños a los pacientes pasan por:

- Reconocer los límites del diagnóstico radiológico
- Identificar y reducir las complicaciones de las pruebas
- Asegurar una precisión radiológica de la mayor calidad posible
- Detectar los errores críticos y los cuasi-errores
- Actualizar e innovar en tecnología y equipos, y en la formación de los Especialistas

1- Existirá un sistema de alarmas on-line para pruebas de radiodiagnóstico cuyo receptor será el médico **de Atención Primaria** y el beneficiario el paciente. Todas las alarmas acaban emitiendo un mensaje de alerta al médico petionario, que podrá consultar el resultado on-line, o al centro de salud, para que visualice el resultado de la prueba (informe) en cuestión.

2- La digitalización de la imagen y la disponibilidad de un Sistema de Información Radiológico (RIS) previene un buen número de errores y pérdidas. Se debe prestar una especial atención a la rotulación correcta de la identidad de las imágenes.

3- Controlar de manera proactiva y revisar periódicamente la lista de espera y los tiempos de respuesta. **Se implantarán indicadores para controlar los tiempos de respuesta.**

4- Utilizar un **sistema de identificación inequívoca de pacientes** para los provenientes de planta, urgencias y hospital de día, validando la identidad mediante el brazalete de impresión térmica identificativo con la Historia Clínica Electrónica del paciente.

5- Se mantendrá una **vigilancia continuada** sobre los **pacientes** agitados, confusos u otros **que lo requieran.**

6- Envío de alertas informáticas a los médicos peticionarios de la prueba con obligatoriedad de confirmación de lectura para **casos de diagnósticos de severidad.** Se

activará un sistema de envío automático de mensajes y alertas a responsables definidos en caso de no lectura.

7- Prevención de la sobreexposición innecesaria a radiación ionizante en niños, utilizando protocolos de obtención de imagen adaptados a sus características, y evaluando las indicaciones de estudios de imagen, a fin de reducir las dosis de exposición a la radiación.

8- Aplicar las normas del **Plan de Calidad** en lo relativo a la garantía de la **correcta indicación de pruebas** a la población en general

9- Reducir los errores de falsos positivos en la interpretación de las pruebas, que pueden estar causados por:

- Mala interpretación de las variantes normales
- Deficiente conocimiento de la anatomía normal
- Variantes anatómicas del desarrollo o crecimiento
- Falta de especialización radiológica

La actuación de prevención y mejora sería:

- Establecer un programa de revisión entre pares de un porcentaje de los informes realizados en las técnicas, para detectar las técnicas a mejorar
- Realizar sesiones clínico-patológicas periódicas
- Realizar formación continuada, con mayor focalización en las nuevas técnicas y tecnologías

10- Minimizar los informes con falsos negativos o errores de diagnóstico como por ejemplo:

- Mala interpretación de cicatrices y recidivas tumorales
- Adenopatías con diagnóstico equivocado
- Lesiones múltiples, con incorrecta interpretación de alguna de ellas
- Errores por falta de información clínica

- En general, inadecuada lectura de estudios con diagnósticos más o menos severos que la realidad

La prevención de estos Eventos pasa por una organización orientada a la gestión de riesgos, aplicando un conjunto de prácticas de seguridad:

- Programa de revisión periódica entre pares en un porcentaje representativo de estudios.
- Utilizar técnicas de lectura secuencial
- Organización del Servicio fomentando la subespecialización y mejorando el nivel de entrenamiento de forma continuada. La mejor organización es aquella en que se subespecializan los médicos por áreas anatómicas: neuro radiología, tórax, mama, osteoarticular, radiología pediátrica, intervencionismo periférico...
- Chequear la calidad técnica de la imagen antes de que el paciente abandone la sala, para repetir las pruebas con defectos técnicos
- Exigir la suficiente información clínica para la interpretación correcta de la prueba. Consultar la Historia siempre que sea preciso
- Consultar y cotejar con pruebas anteriores y sus informes
- Realizar los informes y la lectura de imágenes en un ambiente tranquilo, evitando las interrupciones y la fatiga
- Los equipos de visualización serán de alta calidad y definición adecuada

11- Uso seguro de los medios de contraste para evitar la presentación de reacciones alérgicas severas u otras complicaciones derivados del uso de los contrastes, el Servicio tendrá protocolizada su actuación:

- Se obtendrá siempre información sobre antecedentes alérgicos de los pacientes
- Las indicaciones de tipo de contraste para cada técnica estará documentada y a disposición de todo el personal sanitario
- Tener establecido el protocolo de manejo de las reacciones a los medios de contraste

- Evaluación de los pacientes con riesgo de fallo renal inducido por el uso de contrastes radiológicos, diseñando y aplicando un protocolo de evaluación y manejo de este tipo de riesgo

12- Prevención de eventos asociados a la Resonancia Magnética y sus riesgos específicos:

- Efecto misil: derivado de la atracción de los materiales ferromagnéticos experimentada por el campo magnético que los atrae hacia el imán:
 - Rotular adecuadamente la zona de influencia del imán
 - Advertir y formar al personal (sobre todo al externo al Servicio) sobre que el imán está siempre activo, no sólo cuando se adquieren imágenes
 - Dotar los equipos de la zona con materiales compatibles: extintores, camillas, pies de goteo..., rotulándolos como compatibles
- Introducción inadvertida en el imán de pacientes con contraindicaciones:
 - Establecer varios filtros de seguridad, como un cuestionario previo en la recepción, hacer un breve interrogatorio del paciente, chequear el cuestionario
 - Disponer de Manuales de consulta sobre materiales compatibles (el más completo es el Shellock FG Pocket Guide to MR procedures and metallic objects, disponible en Internet)
- Quench, o fuga de helio, usado para mantener a bajas temperaturas los imanes superconductores (a -273°). El Helio pasa de líquido a gas puede invadir la sala, produciendo asfixia, lesiones por congelación
 - Se evita mediante la instalación de un tubo de Quench de suficiente capacidad y que evacue el gas al exterior
 - Habrá revisiones periódicas de la integridad y funcionalidad del conducto de evacuación
 - Quemaduras por efecto de la radiofrecuencia, por contacto con los imanes o calentamiento de elementos metálicos:
 - En pacientes con tatuajes se les advertirá del riesgo, y se les controlará visualmente de manera ininterrumpida. Colocar compresas frías sobre las zonas tatuadas
 - Colocación minuciosa de las bobinas y cables evitando el contacto con el enfermo

- Establecer un programa de formación continuada sobre las particularidades de la RM, para el personal sanitario y no sanitario que tiene relación con la Unidad pero no pertenece a ella

13- En los Gabinetes, donde se utiliza un equipamiento electromédico dotado de alto nivel de complejidad, el **uso seguro de los dispositivos se basa en la formación del personal que lo maneja**, especialmente la Enfermería. Para asegurarse del manejo adecuado se implantará un protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y equipos, que comprenda los equipamientos incluidos, la metodología y plan de la formación y las instrucciones de manejo y manuales de los fabricantes y proveedores. Se tendrá a una extensión del manejo de la ecografía por técnicos o enfermeras especialmente formados

14- Disposición adecuada de Centros de Transformación y cuadros de baja tensión. Para disminuir las pérdidas en los cables de alimentación tanto a otros cuadros como a los últimos receptores, se ha procurado ubicar los Centros de Transformación y los cuadros en el centro de gravedad de todas las cargas eléctricas que alimentan, reduciendo así las pérdidas en los cables y también las caídas de tensión en las líneas.

Accesibilidad

ACCESIBILIDAD EN AREA AMBULANTE

En un contexto de sanidad universal y gratuita, el concepto de accesibilidad se basa en una serie de factores, que pretenden acercar a los ciudadanos la prestación de los servicios sanitarios:

- En tiempos de de demora, o reducción de listas de espera, manteniendo exclusivamente las de carácter técnico, necesarias para una adecuada programación y un nivel de eficiencia asumible
- En los tiempos de atención una vez programada y citada una actividad, consulta o prueba, evitando las colas y largos tiempos en las salas de espera
- En la capacidad del ciudadano de elegir los médicos que les ofrecen mayor confianza profesional
- En facilidad de los trámites para obtener el acceso a los servicios, potenciando la coordinación entre dispositivos asistenciales y utilizando como la potencialidad de las nuevas tecnologías de comunicación
- En proporcionar a los ciudadanos, y especialmente a los pacientes una información clínica suficiente, clara y comprensible
- En facilitar a los demás profesionales sanitarios implicados en la cadena asistencial toda la información clínica, histórica y de los procesos actuales, que permita la continuidad y minimice los errores por desconocimiento de las características del enfermo

Las iniciativas a desarrollar se describen en los siguientes párrafos:

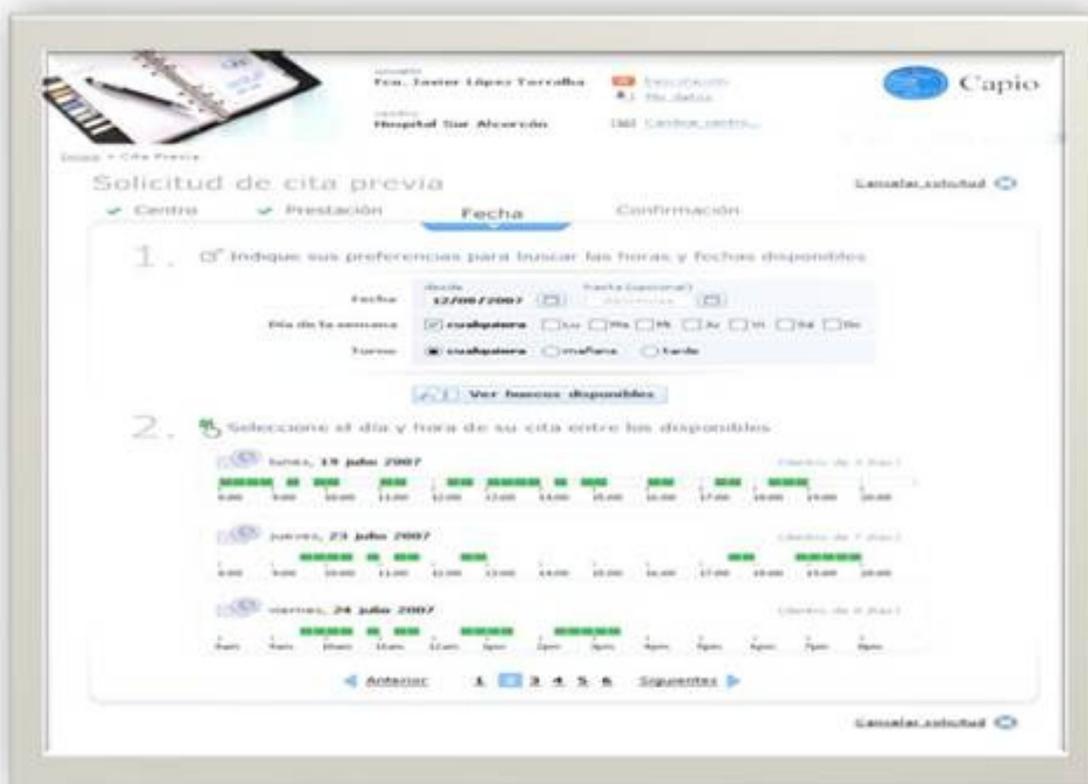
- 1- Programación de las agendas ambulatorias para limitar **el tiempo de entrada a la consulta** desde la hora de citación a un **máximo de 15 minutos**, en al menos el 90% de los pacientes.
- 2- Objetivo de limitación de las **listas de espera máximas para consultas** y pruebas complementarias a **15 días.**, ya sea desde Primaria o desde el propio hospital para una revisión o prueba complementaria.
- 3- Revisión periódica de las agendas para ajustar los cupos de citación por agenda a los tiempos de atención por acto médico establecidos, diferenciados para consultas de Alta Resolución, Primeras Consultas y Sucesivas
- 4- Composición y diseño de las agendas concordante con las subespecialidades de cada servicio para tener **una oferta completa de prestaciones por patología** adecuada a la demanda.
- 5- En el epígrafe anterior se complementa también con **la gestión automática de la entrada de pacientes en consulta, gabinetes de pruebas**, servicio de diagnóstico por imagen, hospital de día, rehabilitación y extracciones. (**Anexo XIX**). Actualmente implantado en los Hospitales del Grupo Capiro. Se trata de un sistema inteligente que gestiona automáticamente las colas de pacientes en función de la prioridad prefijada normalmente asociada a la hora de la cita y la llegada del paciente y otra serie de parámetros de entrada (rellamada automática de los pacientes registrados y avisados con anterioridad que no se han personado en la consulta; llamada automática de los pacientes que han llegado tarde a su hora de cita; llamada automática de la actividad no programada y los reenvíos). Este sistema permite, además,
 - Cumplir con la LOPD en relación a la llamada de pacientes.
 - Simplificar las colas (al permitir el registro de llegada automático de pacientes a través de terminales electrónicos).
 - Equidad en el trato a los pacientes, al garantizar el acceso a consulta de forma racional. Mejora la satisfacción del paciente por la comprensión de la lógica de entrada a consulta.
 - Controlar en tiempo real la actividad de consultas y la situación de las salas de espera.

- Disponer de información y estadísticas actualizadas que permitan la supervisión óptima del área de consultas.
- Facilitar a los facultativos la gestión de pacientes de sus propias consultas.
- Posibilidad de reenvíos de pacientes a otros especialistas del mismo servicio, otro servicio, servicio de radiología en el mismo momento sin necesidad de que el paciente tenga que volver a registrarse, coger turno y esperar ya que las agendas contemplaran huecos destinados a reenvíos de otros servicios/especialistas.



6- Sistema de Citación web, que puede gestionar el paciente. El acceso a las Consultas es por indicación de los Médicos de los Centros de Salud, derivación de otros centros de forma coordinada con los servicios de Admisión, o de la Plataforma Central de Citación del Proyecto de Libre Elección de la Comunidad de Madrid. Por ello, inicialmente, el paciente no podrá solicitar vía web su primera cita; sin embargo para conocer el estado de la citación, sus datos históricos de visitas, realizar cambios de cita o anulaciones, se podrá hacer

utilizando los datos de la Tarjeta Individual Sanitaria. Asimismo podrá utilizar la plataforma de citación on-line para solicitar-gestionar las citas de revisiones posteriores.



7- Existirá la posibilidad de **citación o de realización de otros trámites a través de canal telefónico o presencial**. La presencia del paciente o de los familiares no será requerida en muchos casos, decisión que quedará en manos del paciente.

8- Portal web accesible a todos los ciudadanos, que permita una comunicación eficaz con los usuarios y pacientes, con diseño, estructura y contenidos que seguirán los estándares de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid. Además de a contenidos informativos, a través de este portal web se podrá acceder a la Historia Clínica, así como realizar la citación vía web en las agendas de los especialistas, así como modificar y anular citas.

- 9- Elección del Médico Especialista dentro del Servicio, y continuidad en la atención al proceso por el mismo médico.** Las agendas de consulta estarán personalizadas, y organizadas de manera que la elección que hagan los pacientes no repercuta en una demora mayor de los objetivos planteados. La asignación a cada Médico se continuará cuando el paciente ingrese en el Hospital por el proceso del que está siendo atendido en las Consultas Externas, siempre que se trate de citas programadas, ya que no se puede asegurar en los ingresos o procedimientos urgentes. Además se garantiza la libre elección de médico y hospital en virtud de la Ley 6/2009 de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid, cuya entrada en vigor fue el 18 de noviembre de 2009. En el marco de la presente ley, de acuerdo con lo dispuesto en el punto 2 del artículo 2, el Hospital de Collado Villalba quedará integrado dentro de Área de Salud Única del territorio de la Comunidad de Madrid. Dentro del ejercicio de la acción, el Grupo Capiro se compromete garantizar la libertad de elección por parte del paciente dentro de sus competencias, así como a facilitar dicho ejercicio gracias a la posición del grupo en el desarrollo de los servicios de sanidad en la Comunidad de Madrid. De esta forma, haciendo un especial hincapié en el punto 5 del artículo 3 de la Ley 6/2009, la elección de médico en atención especializada supondrá que todos los actos relacionados con un mismo proceso clínico serán atendidos en el mismo hospital. El paciente podrá elegir a cualquier facultativo, así como elegir, en función de sus preferencias y domicilio, dónde recibir la atención especializada. En todos los centros del grupo se asegura una adecuada especialización de los facultativos y la posibilidad de desarrollar todo el tratamiento en el mismo hospital.
- 10-** El Grupo Capiro garantiza la **continuidad de atención por parte del mismo facultativo en todo el proceso asistencial** a todos los pacientes del Hospital de Collado Villalba. Desde la primera consulta de revisión de resultados, cirugía en caso de realización de la intervención, seguimiento postoperatorio hasta la consulta de revisión.
- 11- Incorporación de la figura del gestor de casos,** con el objetivo de mejorar la coordinación entre niveles asistenciales y entre las áreas médica y de enfermería, mejorar la seguridad en los procesos asistenciales y atender a la calidad de vida de los pacientes a lo largo del proceso asistencial, ya sea en el seno del propio hospital o ya en el domicilio. En este punto, entran en juego también las enfermeras gestoras de casos, que prestan una atención integral a los pacientes. Entre sus funciones destacamos las siguientes:
- Facilitar el acceso de los pacientes a los recursos de forma coordinada, especialmente en el caso de personas con movilidad reducida, extranjeros o personas en condiciones de exclusión social.
 - Informar a los pacientes y familiares sobre temas de índole sanitaria o sobre su proceso clínico, pautas terapéuticas y evolución, de acuerdo con la LOPD.

- Mejorar la preparación de los pacientes previa a la cirugía, coordinándose con las áreas médicas necesarias.
- Instruir a los pacientes y familiares al alta en los autocuidados con el objetivo de que puedan controlar la evolución de su propia enfermedad.
- Seguimiento de los casos al alta que conlleven la interrelación con los servicios sociosanitarios, evitando la fragmentación de las actuaciones en este ámbito.

12- Programa de desplazamiento de Especialistas entre los Servicios más demandados y menos dependientes de la tecnología y equipamiento médico complejo. Se crearán agendas de consulta en los Centros de Salud de la zona de influencia de las siguientes disciplinas:

- Alergología
- Aparato Digestivo
- Cardiología
- Endocrinología y Nutrición
- Neumología
- Neurología
- Cirugía General
- Dermatología
- Ginecología y Obstetricia

La actividad y agendas se pactarán con los responsables de los Centros de Salud, y se adecuará a la disponibilidad de espacio y apoyo de enfermería. Los objetivos de demora no deberán superarse. Se priorizarán los pueblos de más población dentro del área de influencia. La presencia de los médicos en el Hospital facilita la interrelación entre los profesionales mejorando los canales de comunicación, que redundan en beneficio de los pacientes

13- El acceso a las extracciones de muestras para el Laboratorio del Hospital no requerirá cita previa, y será libre para el paciente. Se elimina así la rigidez que comporta, y la posibilidad de generar listas de espera. Será suficiente justificación para proceder a la

extracción de la muestra la identificación del paciente, puesto que lo orden médica estará en el sistema; el equipo automatizado, en función de las pruebas solicitadas, dispensará los tubos apropiados ya identificados para la lectura de los equipos analíticos del Laboratorio

14- El Hospital ofertará a Atención Primaria un Catálogo de Técnicas y Pruebas ampliado sobre el actualmente vigente en el SERMAS, que data de 2006. En aquella actualización se dispuso un incremento de un 46% el número de técnicas disponibles. El objetivo del nuevo Hospital es mejorar la capacidad de resolución clínica de los Centros de Salud, evitando derivaciones a Especializada y favoreciendo la vinculación de los pacientes a sus médicos de cabecera. Esto redundará en la mayor fidelización de los ciudadanos con la Atención Primaria.

15- Las pruebas y técnicas ofertadas además del contenido del Catálogo, se fijarán de acuerdo con los Centros de Salud, mediante **la elaboración de los acuerdos protocolizados de derivación.**

La oferta de ampliación de técnicas se hará en:

- Algunas consultas monográficas o de subespecialización en Ginecología y Obstetricia, Pediatría y sus Especialidades, Medicina Interna, Aparato Digestivo, Cardiología y Dermatología
- Laboratorio, especialmente en Bioquímica y Microbiología
- Radiodiagnóstico

16- Consultas de acto Único, Alta Resolución: el conjunto de actividades de orientación diagnóstica y terapéuticas se realizan en una sola sesión, que contiene diversos actos médicos:

- Consulta para anamnesis y exploración
- Petición de pruebas/técnicas complementarias
- Conclusión diagnóstica
- Instrucciones de tratamiento

La Alta Resolución puede aplicarse principalmente en aquellas Especialidades que realizan sus propias pruebas diagnósticas, o bien que precisan de estudios complementarios de Diagnóstico por Imagen que no requieren preparación previa. La ventaja para el paciente

es que no se precisan numerosas visitas al Hospital, y que el proceso puede quedar resuelto de forma inmediata. Supone un cambio en el paradigma organizativo, puesto que significa no cubrir complementariamente las agendas con citas programadas, y dejar espacios para los pacientes que lleguen desde las consultas a ser vistos en el día.

El principio de Alta Resolución se puede aplicar a Primeras Consultas o a Revisiones. Es utilizable en Especialidades como:

- Aparato Digestivo
- Alergología
- Cardiología
- Neumología
- Neurología
- Cirugía General
- Dermatología
- Oftalmología
- ORL
- Traumatología
- Ginecología y Obstetricia

El objetivo es que el 30% de las primeras consultas se realicen en régimen de Consulta única

17- Consultas de resultados de carácter virtual: con frecuencia se hace regresar a los pacientes a nueva consulta de revisión de resultados, para comunicarle los hallazgos de las pruebas que se habían solicitado. Cuando se trata de consultas por seguimiento de patologías crónicas, o de condiciones de salud, muy frecuentemente los resultados son negativos, y no requieren unas instrucciones médicas especiales. En este caso se sustituye el acto de consulta por la remisión de un informe en el que se detalla los datos clínicos encontrados y las instrucciones médicas; se puede apoyar por un sistema de mensaje de

texto o llamada telefónica. Así se reducen los actos médicos no imprescindibles y se evitan los desplazamientos de pacientes y familiares, acercando esta prestación a la población.

- 18- Se elaborarán folletos informativos sobre los diferentes canales de solicitud y gestión de citas** (web, telefónico, presencial).



Logo of Capiro Fundación Jiménez Díaz

SOLICITUD de CITAS
para **REVISIÓN Y PRUEBAS**

1 
En los **MOSTRADORES DE ADMISIÓN Y CONSULTAS** de la Fundación Jiménez Díaz, así como en los centros de especialidades de Quintana y Pontones.

2 
En el teléfono **91 550 48 00** - Extensiones **3140 - 2064** (horario de 8 a 22 horas)

3 

- 19- Se propone la posibilidad de incluir carril y aparcamiento para bicicletas en la urbanización con cercanía de los accesos.**

ACCESIBILIDAD AREA DE URGENCIAS

- 1- Información en tiempo real a través de un monitor** de seguimiento de la actividad asistencial: se brindará por la Unidad de Información de Urgencias; será la relativa a la ubicación de su familiar, los **tiempos de espera estimados**.
- 2- Control en tiempo real por parte del responsable de las esperas de los pacientes para la resolución de urgencia.** Ya sea el tiempo de espera para los resultados de las pruebas, tiempo en consulta rápida, tiempo entre valoración médica.
- 3- Información clínica avanzada y continua a familiares** sobre la severidad, orientación diagnóstica y destino del paciente. Se suministrará en varios momentos del proceso:
 - Tras la evaluación y solicitud de técnicas complementarias
 - Al llegar a una orientación diagnóstica y cursar las instrucciones terapéuticas
 - En cualquier momento, si se producen variaciones significativas del estado o evolución del enfermo
- 4- Acompañamiento de pacientes en los boxes de exploración y observación por un familiar. Una de las funciones, además de la mejora de la calidad percibida y la reducción del estrés por falta de información a los familiares, es la capacidad de coadyuvar en la conservación de la seguridad.** Se suministrará un documento de recomendaciones, que contendrá indicaciones como:
 - Asegurarse que los profesionales conocen la identidad, y que confirman los datos personales
 - Conocer el nombre del médico y la enfermera que están a cargo del enfermo
 - Facilitar toda la medicación que se toma
 - Informar al médico y enfermera de las alergias
 - Preguntar por las pruebas y análisis que se le soliciten, y conocer sus posibles complicaciones
 - Saber que se pueden tomar las decisiones sobre la asistencia, y confirmarlas mediante consentimientos escritos
 - En el alta, obtener toda la información necesaria para una buena comprensión del plan de tratamiento

- 5- Informe de alta:** al acabar el episodio de urgencias una copia del informe de alta se entregará al paciente. Un **mensaje de alerta se remitirá al Médico de cabecera**, advirtiéndole de la salida de urgencias, y comunicando la posibilidad de acceder al Historial electrónico, donde se podrán encontrar todos los datos relativos al episodio. Asimismo estarán disponibles las imágenes obtenidas y los informes pertinentes.
- 6- Dispensación de medicación al alta domiciliaria desde urgencias:** en el Servicio de Urgencias no se extienden recetas para medicación ambulante. Sin embargo, los pacientes pueden causar alta en momentos en los que no sea posible acudir a los médicos del Centro de Salud, o bien obtenerlos directamente en las Oficinas de Farmacia. Para salvar este lapso de tiempo y poder comenzar inmediatamente el tratamiento establecido, o bien continuarlo sin interrupción, si ya había sido instaurado se dispensará la medicación necesaria para las primeras veinticuatro horas, o el período necesario hasta obtenerla por los procedimientos antes descritos.
- 7- Protocolo de acompañamiento para casos especiales en urgencias.** Se procederá a un acompañamiento individualizado para todos aquellos pacientes que necesiten de una especial atención por problemas de movilidad o comunicación. El personal del Grupo facilitará activamente cualquier dificultad que encuentren por su situación en el servicio de urgencias.

ACCESIBILIDAD EN RADIODIAGNÓSTICO

1- Garantía de realización de las pruebas radiológicas en los tiempos adecuados. Las largas Listas de Espera son uno de los mayores factores deslegitimadores del Sistema Sanitario frente a los ciudadanos. En el caso de los Servicios centrales se deben evitar los cuellos de botella que entorpecen y retrasan el diagnóstico y seguimiento de procesos de enfermedad. Las demoras máximas en el Nuevo Hospital serán:

- Pacientes ingresados: 12 horas.
- Pacientes ambulantes:
 - Urgentes: mismo día de la solicitud.
 - Preferentes: 2 días laborables
 - Normales: objetivo de 15 días desde la prescripción, según criterios y clasificación del SICYT.

2- Elaboración de los informes, según protocolo, y validación de los mismos en un máximo de dos días laborables en los casos de prioridad normal y un día para los preferentes

3- Disponibilidad de la imagen digital de todas las exploraciones desde los Centros de Salud:

- Los Médicos de familia y Pediatras accederán a las imágenes y a los informes de los estudios que hayan solicitado, de forma inmediata una vez realizados. Además se integrarán en el sistema de alarma ante hallazgos de carácter severo, para que puedan contactar con el paciente.
- El acceso alcanza a todo el Histórico de imágenes e informes

4- El Nuevo Hospital facultará a todos los médicos de los centros de Salud de la zona de influencia para manejar con facilidad las imágenes digitales. Para ello:

- **Dotará de pantallas apropiadas para la lectura de Rx a cada consulta de Atención Primaria** , siempre que no se disponga de una de la suficiente calidad
- **Formará a todos los Médicos en el uso de los visores de imágenes,** mediante visita personalizada y programa de entrenamiento individualizado

- 5- En general, y como complemento a la política de accesibilidad y transparencia del Nuevo Centro, se **facilitará el acceso de los ciudadanos a su Historia Clínica Electrónica, a través de Internet, para la consulta de informes sobre pruebas radiológicas:** de esta manera la información está disponible para el ciudadano en cualquier momento, lo que es importante en caso de necesitar asistencia en cualquier otro lugar distinto del Hospital.

De esta manera se facilita de manera rotunda el cumplimiento de la Ley de Autonomía del Paciente, sin tener necesidad de solicitar copias de los informes y pruebas.

- 6- **Incorporación de un equipo de Resonancia Magnética abierta de 0,4 teslas de intensidad de campo.** Se trata de un equipo de la más avanzada tecnología particularizado para suministrar una óptima atención a aquellos pacientes, que por su claustrofobia u obesidad, para los cuales no es recomendable el uso de un equipo de Resonancia Magnética convencional.
- 7- **El Grupo Capio dotará al Hospital de Villalba de una Gammacámara para el servicio de Medicina Nuclear.** Con el fin de dar la máxima cobertura de las necesidades de la población del área el Hospital de Collado Villalba contará con servicio de medicina nuclear pudiendo asimismo dar respuesta a las necesidades de hospitales del entorno.
- 8- **Se realizarán encuestas y análisis de periodicidad trimestral,** soportadas por métodos estadísticos fiables, **para evaluar las vías de comunicación, accesibilidad y el tiempo medio de desplazamiento al centro, tiempos de espera a la atención.** Según los resultados se expresará, si cabe, la necesidad de mejorar el transporte público al hospital y se adoptarán medidas para los tiempos de espera.

ENCUESTA PARA PACIENTES DE RADIOLOGÍA®



Instrucciones: Por favor, marque con un círculo la calificación que mejor describe su experiencia en el **servicio de Radiología** del hospital.
 Escriba comentarios en los lugares destinados para ello. Una vez completada, envíe esta encuesta por correo en el sobre que se acompaña. **No necesita sello.**
 Toda la información que nos envíe es estrictamente confidencial y anónima, y nos servirá para proporcionar un servicio mejor y de mayor calidad. **Muchas gracias**

PREGUNTAS GENERALES

- a. ¿En qué mes fue su última visita al servicio de radiología del hospital? - ____ (mes/año)
- b. ¿Fue esta su primera visita como paciente del hospital? Sí No
- c. ¿Durante cuántos años ha acudido a este hospital? _____ años
- d. ¿Acudió por una urgencia? Sí No
- e. La última vez que acudió al servicio de radiología del hospital ¿Cuántos minutos ha estado esperando en la sala de espera? _____ minutos (aproximadamente)
- f. Sexo del paciente Masculino Femenino
- g. Edad del paciente _____ años
- h. Indique el tipo de prueba radiológica se ha realizado:
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Scanner (TAC) | <input type="checkbox"/> Placa / Radiografía simple |
| <input type="checkbox"/> RMN (resonancia magnética) | <input type="checkbox"/> Medicina nuclear |
| <input type="checkbox"/> Ecografía | <input type="checkbox"/> Mamografía |
| <input type="checkbox"/> Radiología vascular | <input type="checkbox"/> Otra (especifique: _____) |
- i. Acudió como paciente De la Seguridad Social
 De una mutua/aseguradora (¿Cuál? _____)
 Privado
- j. ¿Conoce a quién pertenece el hospital? No Sí ¿A quién? _____

A. CITA PREVIA TELEFÓNICA

1. ¿Ha utilizado el sistema de cita previa telefónica para su consulta? Sí No

Si no lo ha utilizado, continúe en la pregunta 5

2. Facilidad para contactar con el servicio de cita previa
3. Facilidad para conseguir cita en el día y hora que Vd. deseaba
4. Amabilidad de la persona que le atendió por teléfono

	Muy mal	Mal	Normal	Bien	Muy Bien
2. Facilidad para contactar con el servicio de cita previa	1	2	3	4	5
3. Facilidad para conseguir cita en el día y hora que Vd. deseaba	1	2	3	4	5
4. Amabilidad de la persona que le atendió por teléfono	1	2	3	4	5

Comentarios _____

B. INSTALACIONES DEL HOSPITAL Y RADIOLOGÍA

	Muy mal	Mal	Normal	Bien	Muy Bien
--	---------	-----	--------	------	----------

9-

Satisfacción del paciente y familiares.

La dilatada experiencia que acumula el Grupo en gestión asistencial y sanitaria nos permite conocer de primera mano y seguir interesándonos por las necesidades y expectativas de nuestros pacientes dentro de un marco en constante evolución. Tanto es así, que no podemos considerar a los pacientes como meros usuarios del hospital demandantes de prestación sanitaria sino como el eje fundamental del proceso hospitalario a partir del cual se definen todos los procedimientos asistenciales y no asistenciales, teniendo como objetivo último la mejora de la salud y la calidad de vida de los pacientes y sus familiares facilitando la estancia en el hospital.

Todo esto se manifiesta en los valores del Grupo Capio que se exponen a continuación:

Valores Capio:

- Foco de Atención en el Paciente y el Cliente
- Confianza
- Respeto y Empatía
- Innovación
- Beneficio para la Sociedad

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN

- 1- Tramitación interna por personal del Hospital y entrega al alta del paciente de todas las citas necesarias** posteriores, ya sean revisiones o pruebas. El paciente no tendrá que sufrir ningún proceso para la gestión de las citas.
- 2- Realización de encuestas internas en el área de hospitalización** para medir la satisfacción en cuanto a aspectos de enfermería, limpieza y hostelería. Se realizarán periódicamente visitas de cortesía en el área de hospitalización con objeto de identificar áreas de mejora relacionadas con la hostelería, confortabilidad, alimentación y limpieza.

Criterios generales:

- La duración de las visitas será de cinco-diez minutos.
- La selección de pacientes se realizará a partir del tercer día de estancia.
- La puntuación de los ítems se realizará en base a cuartiles: "Muy mal", "Mal", "Bien", "Muy bien".

Ejemplo de cuestiones a evaluar en el área de cocina y restauración:

1. Cantidad.
2. Calidad.
3. Temperatura.
4. Presentación.
5. Variedad.
6. Higiene.
7. Horario.

Ejemplo de cuestiones a evaluar en el área de limpieza-supervisión

1. Limpieza de mobiliario.
2. Aspecto de suelos/paredes.
3. Aspecto de la ropa de cama.
4. Trato del personal de limpieza.
5. Aspectos relacionados con el mantenimiento.
6. Satisfacción general.

3- Posibilidad de emitir sugerencias y propuestas de mejora por parte de pacientes y familiares a través de impresos estandarizados.



Hospital de Collado Villalba



ENCUESTA PARA PACIENTES INGRESADOS®



Instrucciones: Por favor, marque con un círculo la calificación que mejor describe su experiencia en el hospital. Escriba comentarios en los lugares destinados para ello. Una vez completada, envíe esta encuesta por correo en el sobre que se acompaña. No necesita sello. Toda la información que nos envíe es estrictamente anónima y confidencial y nos servirá para proporcionar un servicio mejor y de mayor calidad. ¡Gracias!

PREGUNTAS GENERALES

- a. ¿En que mes estuvo en el hospital? _____ (mes / año)
- b. ¿Fue esta su primera hospitalización en este hospital? Sí No
- c. ¿Ingresó por urgencias? Sí No
- d. Número de días ingresado en el hospital _____ días
- e. Sexo del paciente: Femenino Masculino
- f. Edad del paciente: _____ años
- g. Acudió como paciente De la Seguridad Social De una mutua/aseguradora (¿Cuál? _____) Privado
- h. ¿Conoce a quién pertenece el hospital? No Sí ¿A quién? _____

A. INGRESO

	May mal	Mal	Normal	Bien	May Bien
1. Cortesía en el proceso de ingreso en el hospital	1	2	3	4	5
2. Rapidez del proceso de ingreso	1	2	3	4	5
3. ¿Recibió, usted o su acompañante, información por escrito sobre las normas del funcionamiento del hospital (horarios de visita, derechos, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

Comentarios: _____

B. HABITACIÓN

	May mal	Mal	Normal	Bien	May Bien
4. Tranquilidad de la habitación	1	2	3	4	5
5. Limpieza de la habitación al entrar	1	2	3	4	5
6. Limpieza de la habitación durante su estancia	1	2	3	4	5
7. Decoración y mobiliario de la habitación	1	2	3	4	5
8. Temperatura de la habitación	1	2	3	4	5
9. Cortesía del personal de limpieza	1	2	3	4	5
10. Funcionamiento general de la TV, luces, timbre, camas....	1	2	3	4	5
11. Opinión del baño (ducha y aseo en buen estado, toallas...)	1	2	3	4	5

Comentarios: _____

C. COMIDAS

	May mal	Mal	Normal	Bien	May Bien
12. La comida y bebida llegaba con la temperatura adecuada ..	1	2	3	4	5
13. Calidad de la comida	1	2	3	4	5
14. Cortesía de la persona que servía su comida	1	2	3	4	5
15. Presentación de la comida (vajilla, disposición, etc.)	1	2	3	4	5

Comentarios: _____

D. VISITANTES Y FAMILIARES

	May mal	Mal	Normal	Bien	May Bien
16. Comodidad de las instalaciones para las visitas	1	2	3	4	5
17. Comportamiento del personal del hospital con sus visitas ..	1	2	3	4	5
18. Información que dieron a su familia sobre estado y tratamiento	1	2	3	4	5
19. Facilidad de aparcamiento en el hospital	1	2	3	4	5
20. Facilidad del transporte público para llegar al hospital	1	2	3	4	5

Comentarios: _____

E. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (radiografías, laboratorio...)

	May mal	Mal	Normal	Bien	May Bien
21. Habilidad de la persona que le extrajo sangre	1	2	3	4	5
22. Tiempo de espera para las pruebas de laboratorio	1	2	3	4	5
23. Tiempo de espera para las pruebas de radiología	1	2	3	4	5
24. Explicaciones sobre las pruebas diagnósticas a realizar	1	2	3	4	5
25. Explicaciones dadas sobre los resultados de las pruebas diagnósticas (radiografías, laboratorio)	1	2	3	4	5

Comentarios: _____

.....SIGUE EN LA PAGINA DE ATRÁS!>

4- Se dispondrá de pantallas interactivas en cada habitación del hospital, cuyo objetivo principal es facilitar la estancia de los pacientes y familiares. Mediante una pantalla táctil el paciente podrá acceder a todos los servicios de ocio e información disponibles a través de un portal único.

Este sistema utilizará la red de voz y datos del hospital para dar servicio a las pantallas multimedia instaladas. El sistema conectará también con el servidor del hospital a través de un link instalado en las pantallas.

Las pantallas interactivas permitirán el intercambio de información entre el personal del hospital y los pacientes cuando se estime oportuno (por ejemplo, información sobre el tratamiento, elección del menú, etc.), así como el acceso a una amplia selección de servicios de entretenimiento:

- Televisión TDT
- Cine a la carta
- Teléfono y mensajería
- Radio
- Internet
- Videojuegos
- Información del hospital

Además, los contenidos se actualizarán con frecuencia lo que redundará en la satisfacción de los pacientes que tengan que pasar estancias más largas en el hospital.

Por su parte, el personal asistencial podrá utilizar estas pantallas para acceder a la información y aplicaciones informáticas del hospital, con todas las garantías de seguridad aplicables al resto de sistemas de información. Así podrá comunicarse con cualquier otro terminal, visualizar la historia clínica del paciente, acceder a PACS, HIS, introducir datos e información relativos al estado del paciente, tratamientos, etc. Por lo tanto, se facilitará también el trabajo del personal sanitario.

5- Disponibilidad de Wifi en todo el hospital incluido el área de Hospitalización. Además de acceso a internet a través de los monitores, el paciente o los familiares podrán acceder a través de sus ordenadores particulares gracias a la red Wifi con que contará el hospital.

6- Entrega de bolsa completa de aseo al ingreso del paciente. Todos los pacientes hospitalizados recibirán una bolsa completa de aseo para su higiene personal.

7- Acompañamiento personalizado de los pacientes al ingreso. Siguiendo el protocolo de acogida, el personal de Información General recibirá al paciente con ingreso programado desde su llegada al hospital, de forma individualizada, acompañando personalmente al paciente y su familia hasta la habitación asignada. Durante el trayecto, informará sobre los horarios programados de su intervención quirúrgica si fuera el caso, instalaciones generales (horario cafetería, información,...), solicitud de justificantes para empresas, etc. Una vez el paciente se encuentre en la habitación, el personal de Información actuará de enlace con el personal de enfermería, responsable del circuito de acogida.



8- Además de las fechas especificadas en el PCAP, se establecerá un menú específico en el día de la Fiesta Patronal Local. Con motivo de una mejor integración con la población del área de referencia, el Grupo Capiro se compromete a celebrar la festividad local con un menú específico en el día señalado.

9- Realización de visitas y envío de tarjetas de felicitación de cumpleaños a los pacientes hospitalizados. Desde el Servicio de Atención al Paciente, diariamente el personal administrativo revisará mediante un sencillo programa (Excel vinculado a IMDH), los pacientes que cumplen años ese día y que se encuentran hospitalizados. Una vez localizados, se realizará una visita personalizada a la habitación correspondiente haciendo

entrega de una carta de felicitación (dos modelos, adultos y niños) junto con un detalle de cortesía.

Paciente	Servicio	UnidadEnfermeria	Habitacion	FechaNacimiento	Edad	Columna1
1	GERIATRIA	HOSP. MÉDICA	23	27/04/22	88	
2	MEDICINA INTERNA	HOSP. QUIRÚRGICA	10	22/05/26	84	
3	OTORRINOLARINGOLOGÍA	CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA	32	27/05/75	35	
4	OBSTETRICIA	HOSP. MATERNO INFANTIL	22	29/05/75	35	
5	OBSTETRICIA	HOSP. MATERNO INFANTIL	20	28/05/86	24	
6	PEDIATRÍA GENERAL	HOSP. MATERNO INFANTIL	4	14/04/07	3	

10- Se suministrarán guías informativas para el paciente y los familiares sobre los requisitos y características de la hospitalización. El paciente y los familiares recibirán una guía con toda la información útil sobre las preguntas más frecuentes que pueden surgirles sobre cualquiera de los procedimientos que atañen al paciente hospitalizado.

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

ADULTOS

- Durante su estancia en el hospital un profesional de enfermería le colocará un brazalete de identificación en la muñeca, con los datos imprescindibles para identificarlo correctamente: nombre y dos apellidos, y número de historia clínica.
- Esto garantizará que en todo momento usted pueda ser identificado por el personal del hospital, y los cuidados que reciba sean los adecuados. Por este motivo, es muy importante que lleve el brazalete durante toda la hospitalización. Si nota que está deteriorada o le molesta, comuníquese al personal de enfermería de la Unidad para que le coloque uno nuevo.
- Es norma general que todos los pacientes hospitalizados, niños, recién nacidos y adultos, lleven su brazalete identificativo.

RECIÉN NACIDOS

- Después del parto o cesárea se le entregará el "Cuestionario para la Declaración de Nacimiento en el Registro Civil".
- Este documento consta de dos partes: la primera parte debe ser rellenada por el declarante y la segunda por el facultativo o matrona que atiende el nacimiento del recién nacido.
- El documento debe ser escrito con caracteres de imprenta o con letra bien legible.
- Si el nacido va a ser inscrito en un municipio fuera de Madrid, deberá presentar un documento que certifique que no va a ser inscrito en Madrid. Este documento le será proporcionado por la Secretaría de Dirección Médica (Área de Gerencia, Planta 0).
- No podrá hacerse la declaración hasta que el nacido haya alcanzado veinticuatro horas de vida y debe ser presentado en el Registro Civil antes de 30 días. La dirección del Registro Civil es: C/ Pradillo, 66 Madrid
- En el nacimiento, el recién nacido será identificado con un brazalete que llevará el mismo color y código, nombre y dos apellidos que la madre.

INFORMACIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y FAMILIARES

11- Servicio religioso para pacientes y familiares y culto multiconfesional. El Hospital de Villalba dispone de una capilla de puertas abiertas para todos los usuarios del hospital que oficiará servicios religiosos en un horario a convenir. Asimismo, dispondrá de un capellán asignado, con localización permanente a petición de pacientes o familiares desde el Servicio de Información. Además se ha habilitado una sala de culto multiconfesional.

- 12- Se dispone de un tiempo específico por parte de los jefes de servicio para la resolución de casos, incidencias y entrevistas con pacientes.** Se establecerán acuerdos entre el Servicio de Atención al Paciente y los Jefes de los Servicios que mayor número de peticiones reciben por parte de los usuarios, de un horario de atención personalizada. Nuestra dilatada experiencia en el sector nos lleva a concluir que un importante volumen de disconformidades podrían resolverse mediante información directa, que en gran número de ocasiones, es clínica. Así se acordará un tiempo semanal para la revisión de las peticiones escritas o recibidas personalmente por los pacientes que así lo demanden. Esta medida evitará quejas y reclamaciones, implicará a nuestros profesionales en la resolución de incidencias de su servicio y, lo más importante, tendrá un alto impacto en la satisfacción de los usuarios que informarán de estos encuentros como altamente resolutivos y satisfactorios.
- 13- El Hospital de Villalba para las visitas tendrá las puertas abiertas 24 horas al día durante los 365 días al año,** permitiendo recibir visitas a los pacientes hospitalizados por parte de sus familiares y acompañantes a cualquier hora del día. Esta condición es valorada positivamente por los pacientes y visitantes en otros hospitales del grupo Capiro que cuentan hoy en día con este servicio.
- 14- Unidad de puertas abiertas de neonatología.** La Unidad de Cuidados Críticos Neonatales tendrá sus puertas abiertas 24 horas al día durante los 365 días al año, permitiendo la presencia permanente de uno de los progenitores con el bebé durante su estancia en esta unidad.
- 15- Voluntariado de acompañamiento.** Varios hospitales del grupo Capiro disponen de un servicio de voluntariado (por ejemplo, el Hospital Infanta Elena cuenta con un Equipo de Voluntariado Hospitalario en coordinación con el PIV o Punto de Información Voluntariado Municipal; dependiente de la Consejería de Familia, dos asociaciones municipales y la Asociación Española Contra el Cáncer; desde la firma de los respectivos convenios de colaboración, aportan voluntarios al Centro que son seleccionados y formados específicamente para las labores de acompañamiento, gestiones administrativas y soporte emocional). Se realizarán las gestiones pertinentes para que el Hospital de Villalba disponga también de un servicio similar.

Guía orientativa del
Servicio del Voluntariado del
Hospital Infanta Elena

Guía orientativa del
Servicio del Voluntariado
del Hospital Infanta Elena

Tel. 91 894 84 10
attusuario.hie@capiosanidad.es

Avda. Reyes Católicos, 21 - Valdemoro - 28140 Madrid
Tel. Información: 902 82 97 00
91 258 83 03 - 91 894 84 10
www.capiosanidad.es - www.medrid.org



Guía orientativa del **Servicio del Voluntariado** del Hospital Infanta Elena

OBJETIVO GENERAL

Ayudar durante la hospitalización a mejorar las condiciones de vida de los pacientes con más necesidades del hospital.

Aspectos importantes de la relación de ayuda del voluntario:

- Carácter altruista y solidario.
- De libre decisión.
- Gratuito, sin contraprestación económica de ningún tipo.
- Organizado: instaurado dentro de una entidad.
- Estable en el tiempo.
- Compromiso eficaz.
- Se excluyen las actuaciones aisladas o esporádicas realizadas por razones de amistad, benevolencia o buena vecindad.

ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO

■ El voluntariado del Hospital Infanta Elena está supervisado y coordinado desde el Servicio de Atención al Usuario. Realiza una importante labor de ayuda que nos permite ofrecer una atención integral a nuestros pacientes.

¿Cómo ser Voluntario en el Hospital Infanta Elena?

- Entrevista previa con la Coordinadora.
- Selección de acuerdo al perfil requerido para cada tarea.
- Formación-acogida al hospital.
- Firma compromiso-contrato del voluntario.
- Incorporación al Equipo de Voluntarios.

FUNCIONES

- ACOMPAÑAMIENTO
- REALIZAR GESTIONES ADMINISTRATIVAS
- HACER COMPRAS
- INTÉRPRETE DE IDIOMAS/SORDOS
- PASEAR
- LEER PRENSA, REVISTAS O LIBROS
- FACILITAR INFORMACIÓN NO CLÍNICA

16- Entrega inmediata del recién nacido a su madre. Se ha implantado un sistema en los hospitales del Grupo Capiro por el cual el niño no se separa de su madre en todo el proceso del parto. El recién nacido es atendido por el neonatólogo en el mismo paritorio o quirófano (en caso de cesárea) en el que tiene lugar el parto o la cesárea. Sólo en los casos en los que requiere una atención más compleja se ingresará en neonatología.

17- Se entregarán guías de información al alta para neonatos que facilite los primeros cuidados en casa. Asimismo se atenderán personalmente por personal de enfermería cualquier duda antes del alta hospitalaria.

Indicaciones al alta recién nacidos

Avenida de los Reyes Católicos, 2
28040 Madrid
Tel. 91 550 48 00 - Fax. 91 544 36 25

Vámonos a casa

Indicaciones al alta recién nacidos

Para salir del hospital...

1. Procura darme de comer antes de irnos a casita.
2. Necesito ropa adecuada (cómoda y de fibras naturales).
3. ... y un transporte adecuado.

Capio Sanidad
tu salud en buenas manos
www.capiosanidad.es

Una vez en casa

Me gustaría que mi habitación fuese tranquila y luminosa a 22° - 24°.

A la hora de comer

Recuerda que no deben pasar más de 3 horas entre tomas en mis primeros días de vida...
¡¡¡Debo expulsar bien los gases!!!

La hora del baño

- Todos los días por la noche, antes de la toma.
- El agua a 32-36°C, jabón neutro y esponja natural.
- No me sumerjas mucho tiempo hasta que el cordón caiga.
- Sécame bien sobretodo los pliegues cutáneos.

Respecto a mi higiene

- Cámbiame de pañal siempre que sea necesario, evita que esté mojado.
- Aplícame crema "al agua" en los pliegues si los tengo enrojecidos para evitar la dermatitis.
- Cúrame el ombligo con alcohol de 70° de 2-3 veces al día hasta que cicatrice y se caiga entre los 6-15 días.
- No olvides echarme crema en la cara y el cuerpo después del baño.
- Pueden cortarme las uñas pasados al menos 15 días desde mi nacimiento con tijeras con punta redonda.
- Aunque me cortes el pelo no me crecerá más fuerte.

Y la hora de dormir

- Debo hacerlo yo solo en mi cuna.
- No me arropes demasiado.
- El colchón me gusta duro.
- Recuerda que me debes cambiar de postura; boca arriba o de lado y no debo estar boca abajo hasta los 6 meses... y que no me gustan las almohadas hasta que cumpla 1 año.

Y por último recuerda

- No olvides que tengo que ir a mis revisiones con el pediatra y al CAP entre mi 4º-10º día de vida para que me hagan las pruebas del talón.
- Las luces intensas pueden dañar mi retina (el flash de las fotos...).
- A partir de los 7-15 días pásame a diario, sea cual sea la estación del año, aprovechando las horas de sol.
- Me gustan los juguetes de colores brillantes y que suenen.
- Evita fumar cuando estés conmigo, no me gusta el humo.

Estancia Hospitalaria

Durante su estancia usted va a ser atendido por un equipo de profesionales cuyo objetivo es mejorar su estado de salud. Colabore y confíe en ellos. Respete y siga sus indicaciones.

Durante el ingreso se le facilitará ropa de cama, pijama, camión y toallas que serán sustituidos durante su estancia con la frecuencia que precise.

En la cabecera de la cama dispone de un timbre de llamada, pulsándolo contactará con el equipo de enfermería que le atiende, éste responderá a su llamada a la mayor brevedad posible. **La cama es de uso exclusivo para los pacientes.**

En su habitación dispone de un armario y de una mesita auxiliar donde podrá guardar su ropa de calle, sus utensilios de aseo y sus objetos personales.

Si es portador de algún tipo de prótesis, como dentadura, audifono, lentes, etc, procure mantenerlas en un lugar seguro y controlado para evitar su deterioro o extravío, incidencias de las que el hospital no se hará responsable.

Debe respetar la intimidad del resto de los pacientes. Para ello la puerta de acceso a las habitaciones debe permanecer cerrada. Eviten permanecer en los pasillos, existen salas de espera para los familiares en todas las áreas del centro.

Si tiene que ausentarse de la unidad donde está ingresado comuníquelo al personal de enfermería, ya que podría coincidir con la administración de alguna medicación o la realización de alguna prueba diagnóstica.

Si por indicación facultativa el paciente es trasladado a otra unidad como puede ser la U.C.I., la cama puede quedar libre para ser utilizada por otros pacientes.

Es conveniente que usted conozca

- El servicio donde está ingresado.
- El nombre de su médico.
- El nombre del supervisor/a de enfermería.
- El horario y lugar de la información médica.
- En el caso que se le facilite la pulsera identificativa llévela siempre consigo durante la estancia en el hospital.

Identificación del personal

Los profesionales del hospital llevan una tarjeta identificativa en la que figura su nombre y categoría profesional enmarcada con los siguientes colores:



Limpieza

Colabore con nosotros en mantener el hospital limpio y cuidado

Mantenga la habitación limpia y ordenada.

La limpieza de la habitación se realiza por la mañana, existiendo servicio de guardia las 24h. del día. **Rogamos a los acompañantes que no permanezcan en la habitación durante las labores de limpieza.**

Una buena higiene del entorno es esencial para mantener la salud.

Aseo personal

Una buena higiene es esencial para mantener la salud

Si sus condiciones físicas lo permiten deberá tomar una ducha diaria.

El personal de enfermería le ayudará en su aseo si su situación no le permite hacerlo por sí mismo.

Recuerde lavarse las manos antes y después de cada comida.

La higiene dental contribuye al restablecimiento y mantenimiento de su salud.

18- Hospital amigo de los niños. En el Grupo Capiro existe un programa educativo sobre lactancia tras el parto, se entregarán guías informativas y se creará una Comisión cuyo propósito es potenciar la lactancia materna, a imagen y semejanza de otros hospitales del grupo en los que ya está aplicado.

Dentro del mismo proyecto, se informará a las futuras madres, en su semana treinta y seis de gestación sobre el área obstétrica del hospital, la anestesia epidural y la lactancia materna.

Para más información ver **ANEXO XXI**.

19- Mejora del aislamiento termoacústico en los forjados mediante materiales de gran durabilidad que mantendrán sus cualidades a lo largo de la vida del edificio contribuyendo al ahorro energético mediante el aislamiento de las áreas térmicas que delimitan, lo que permitirá que los pacientes no sólo obtengan un clima confortable sino además un aislamiento acústico que mejore su confort y descanso en aras de una adecuada recuperación.

20- Jardín de especies autóctonas y de sacrificio de bajo consumo de agua para un mantenimiento económico y autónomo de los espacios ajardinados. Además, se empleará para el mantenimiento de la vegetación un sistema de riego por goteo controlado con el Sistema de Gestión Integral y empleando el agua reciclada del mismo Hospital. Hemos procurado un entorno privilegiado a nuestros pacientes para poder atender tanto a sus exigencias asistenciales como a las no asistenciales.

21- Sistema de control y regulación de climatización mejorado con respecto al mínimo exigible. Junto con el resto de soluciones adoptadas, todo el ahorro de energía para iluminación se puede extrapolar al ahorro energético en climatización ya que la potencia que se ahorra en iluminación se traduce en aporte térmico que no se realiza, y por lo tanto, no se tiene que contrarrestar con el sistema de climatización en los meses de verano. Gracias a ello se conseguirá unas condiciones climáticas óptimas en las habitaciones.

22- Reducción de la contaminación lumínica exterior. Se evitará la contaminación lumínica empleando farolas que cumplan todos los parámetros normativos redundando en un mejor descanso del paciente hospitalizado.

23- Cuenta con Detectores de presencia en Hospitalización y Consultas Externas con sectorización de iluminación en función de usos. Lo que permitirá además del ahorro energético, un mayor descanso de los pacientes hospitalizados en sus horas de sueño.

24- Existencia Fachada Ventilada. Tiene la ventaja de originar que haya menor oscilación térmica redundando positivamente en el confort de los pacientes hospitalizados.

SATISFACCIÓN EN ÁREA AMBULANTE

1- Prescripción informatizada: en las Consultas Externas, tras la orientación diagnóstica, el médico elaborará la prescripción farmacoterapéutica utilizando el sistema de prescripción informatizada, de manera que a través de la receta se dan instrucciones al paciente sobre la dosificación y tiempo de duración del tratamiento, evitando las confusiones. Un segundo beneficio es que el paciente puede adquirir la medicación de forma inmediata sin tener que esperar a una visita al médico de cabecera.

2- Implantación del circuito de malignidad garantizando en casos de sospecha por el Médico de Familia de algún proceso con posible diagnóstico de malignidad, bien por la anamnesis y exploración, bien por el resultado de las pruebas, una atención hospitalaria inmediata, en la confirmación diagnóstica y en el plan de tratamiento. El "circuito de malignidad" se aplica igualmente a los pacientes detectados en las consultas externas o Servicio de Urgencias del Hospital. Los objetivos de seguridad son:

- Evitar la pérdida o dilación en la entrega de resultados de pruebas de alarma
- Impedir el retraso en el proceso diagnóstico que pueda suponer un daño potencial
- Utilizar el procedimiento de comunicación especial previsto para los "resultados críticos", que en el ámbito ambulatorio tiene una singular vigencia, dadas las mayores posibilidades de extravío o demora
- Crear una vía inmediata de acceso a las consultas de determinadas Especialidades, que a su vez dispondrán de acceso privilegiado a técnicas complementarias
- Una vez confirmado el diagnóstico, el plan terapéutico se decidirá por el Servicio o Comité de Tumores, o cualquier otro grupo interdisciplina, de manera que el acceso al tratamiento no experimente dilación alguna
- Conseguir, con las medidas anteriores que el paciente esté en condiciones de comenzar a ser tratado en un plazo inmediato de urgencia por medio de:
 - Intervención quirúrgica
 - Quimioterapia en hospital de Día o ingresado
 - Radioterapia

La descripción completa del Procedimiento de Derivación con Sospecha de Malignidad, tanto para los casos procedentes de Atención Primaria como para los intrahospitalarios, se encuentran en el **Anexo XV y XVI**

3- Control del embarazo de Bajo Riesgo en Atención Primaria: se formulará un protocolo conjunto que favorece el adecuado control de un fenómeno fisiológico como es el embarazo, en un entorno de seguridad clínica, al estar consensuado según las mejores prácticas. El soporte es la Historia Clínica Obstétrica común que circula entre ambos niveles como elemento de comunicación de la evolución de la gestante. Se reproduce el formato utilizado en un Hospital del Grupo Capiro.

Nombre.....NHC
 Apellidos.....
 Dirección.....C.P.:.....
 Población.....
 Teléfono.....Edad.....Fecha Nac.
 NSS.....

HISTORIA OBSTÉTRICA

ACTIVIDAD/OCUPACIÓN:

ANTECEDENTES:

Estado civil: pareja: edad:

FAMILIARES:

PERSONALES:

Médicos:

GRUPO	RH
--------------	-----------

Alergias:

Quirúrgicos:

Transfusión previa	
SI	NO

Ginecológicos: Menarquía:TMM:

HÁBITOS TÓXICOS: NO Tabaco:..... cig/día Alcohol: gr/día Drogas: SI NO

Tipo:

ESTADO VACUNACIÓN: Tétanos: Última vacunación:

OBSTÉTRICOS:

.....

Nº	AÑO	EMBARAZO	PARTO	PUERPERIO	RECIÉN NACIDO			
					LM	Sexo	Peso	Evolución

1ª VISITA (MATRONA)

Fecha:..... FUR:..... FFP:..... EG:..... PESO:..... TALLA:..... IMC:..... TA:.....

Prevención defectos tubo neural: SI NO

Preconcepcional: SI NO

Exploración:

Citología:

Analítica de IT:

Hemograma:

Coombs indirecto:

Orina:

Serología: LUES

VIH

VHC

VHB

Rubéola

IgG

IgM

Toxoplasma

IgG

IgM

Screening IT:

Screening IIT:

Consejos prevención primaria Toxoplasma:

Embarazo de riesgo: SI NO Por.....

2ª VISITA (CONSULTA HOSPITALARIA IT):

Fecha:..... EG:..... Peso:..... TA:.....

Ecografía: corresponde con semanas

CRL TN INDICE DE RIESGO:

Biopsia corial/amniocentesis. FECHA:.....

CARIOTIPO:.....

AUMENTO DE RIESGO DE PARTO PREMATURO: NO SI Longitud de cervix: mm

Observaciones:

3ª VISITA (MATRONA):

Fecha:..... EG:..... Peso:..... TA:.....

Observaciones:

Tonos Fetales:

Fondo Uterino:

4ª VISITA (CONSULTA HOSPITALARIA 20SG):

Fecha:..... EG:..... Peso:..... TA:.....

Ecografía morfológica:

Tonos Fetales:

Fondo Uterino:

AUMENTO DE RIESGO DE PARTO PREMATURO: NO SI Longitud de cervix: mm

Observaciones:

Tonos Fetales:

Fondo Uterino:

En el **Anexo XVIII** se reproduce el protocolo de Control del Embarazo de Bajo riesgo en Atención Primaria

4- Minimización de los tiempos de demora para ser atendidos en las consultas y técnicas/procedimientos de diagnóstico, reduciendo la morbilidad y ansiedad de los pacientes:

- Primera Consulta: dentro de los plazos establecidos por la Comunidad de Madrid, sin perjuicio de las consultas preferentes que serán atendidas en un máximo de 7 días para asegurar la prontitud del diagnóstico en pacientes remitidos como prioritarios desde su médico de Atención Primaria o las urgentes que serán atendidas en 24 horas.
- Atención en Gabinetes de Exploraciones dentro de los plazos establecidos por la Comunidad de Madrid. Las pruebas solicitadas con carácter preferente se citarán antes de 7 días y las urgentes en 24 horas.

5- Información clínica sobre los pacientes disponible por los médicos de Atención

Primaria: se puede acceder a la Historia Clínica completa de los usuarios asignados mediante Tarjeta Sanitaria a cada Facultativo de Medicina de Familia o Pediatra, para favorecer la continuidad asistencial, y asegurar la calidad de la asistencia. Actualmente se dispone ya de una herramienta de acceso web, abierto a AP, otorgando privilegios de acceso mediante códigos de usuario y clave personal. De la misma manera los Facultativos hospitalarios acceden a la información clínica originada en el Centro de Salud, a través de un visor web, que permite disponer de los Partes de Interconsulta, y los datos más relevantes de carácter asistencial. El cumplimiento de la Ley de Protección de Datos se audita internamente de manera escrupulosa. El Portal del Profesional de Atención Primaria ya está disponible para ser utilizado. Se expone el ejemplo de la Fundación Jiménez Díaz, donde se visualizan las posibilidades de acceso a información contenida en la Historia Clínica Electrónica, además de otra información como Protocolos, nuevos servicios ofertados, etc. En el recuadro superior derecho se visualizan todas las opciones de consulta

6- Programa de educación diabetológica en niños y adolescentes: es un proceso dirigido a la adquisición de conocimientos, técnicas y habilidades que, modificando actitudes y hábitos, mejoran la calidad de vida. Está demostrado que una buena educación diabetológica reduce las complicaciones a medio plazo y las futuras de la diabetes, mejora el control de la glucemia, evita descompensaciones que motivan visitas a la urgencia, e incluso ingresos hospitalarios. Tiene como reto compaginar las exigencias que suponen un correcto control de la diabetes con la adaptación, personal e intransferible, que supone cada etapa de crecimiento

Los elementos que componen el programa son:

- Protocolo común con Atención Primaria, con los objetivos, pautas de actuación, guía de formación y material de formación y difusión
- Grupo Técnico de área de Educación Diabetológica, en coordinación con las Asociaciones de Pacientes de la zona de influencia
- Consulta de enfermería de formación para niños

7- Uso de la telemedicina para mejorar el control ambulatorio de algunas enfermedades y prevenir la presentación de eventos graves, así como efectuar teleconsultas. Las aplicaciones que se van a incorporar son:

- Teleconsulta/telediagnóstico: se trata de aplicar el concepto de asistencia remota
 - Radiodiagnóstico, para consulta, diagnóstico compartido, diagnóstico remoto
 - Dermatología: el envío de imagen de lesiones cutáneas, facilita el diagnóstico a distancia
 - Cardiología: para envío de Electrocardiograma, ecocardiograma, con apoyo de interpretación por los especialistas en cardiología a los Centros de salud
 - Oftalmología: se pueden realizar estudios retinográficos en los Centros de Salud, en el programa de control de la diabetes, y ser interpretados desde el Hospital por los Oftalmólogos
- Monitorización y vigilancia, para controlar a distancia a pacientes afectados de diversas patologías:
 - Arritmias cardíacas
 - Rehabilitación cardíaca domiciliaria
 - Soporte en cuidados paliativos domiciliarios
 - Otras formas de atención domiciliaria

Las mejoras se observan en términos de mejora de la calidad de la atención, especialmente en zonas alejadas, o pacientes de movilidad reducida. Además se facilita la interconsulta y segunda opinión como intercambio entre profesionales e integración y apoyo a Médicos en Consultorios Locales.

8- Acceso a los ciudadanos a su Historia Clínica Electrónica a través de Internet:

Capio dispone de un visor, accesible desde Internet y con todos los mecanismos de seguridad y encriptación requeridos, que puede permitir al paciente consultar su HCE, de esta manera la información está accesible para el ciudadano en cualquier momento, tanto para su consulta personal como en caso de necesitar asistencia en cualquier otro lugar distinto del Hospital.

9- Puntos de información: En diferentes zonas del Hospital se instalarán dispositivos diseñados para comunicar a los ciudadanos **información de interés del Hospital** y ofrecerán también servicios de autoservicio, como gestión de citas, tiques de autoservicio para las zonas de acceso y espera, información personalizada, etc.

10- Acceso WIFI: Capiro contempla dentro de los servicios ofertados al ciudadano y al profesional acceso WiFi abierto en todo el Hospital. El acceso se realizará a través de dispositivos como portátiles, tabletPC, agendas electrónicas o teléfonos móviles.

11- Personalización de agendas. Con motivo del Área Única y la Libre Elección, todas las agendas estarán personalizadas, con objeto de ofrecer a los pacientes el seguimiento de todo su proceso de salud por un mismo facultativo.

12- Protocolo de seguimiento de embarazo. Se entregarán carpetas con la “guía de visitas al hospital de la embarazada” y documentación útil al respecto.

 Capiro Fundación Jiménez Díaz **CALENDARIO DE VISITAS - Programa Seguimiento de Embarazo**
Servicio de Ginecología y Obstetricia

Durante los 9 meses de tu embarazo nos veremos aproximadamente **10 VECES** (en función de cada embarazo), en las que nuestro equipo de profesionales (Ginecólogos, Matronas, Ecógrafos...) irán comprobando y registrando la **EVOLUCIÓN DE TU EMBARAZO**, mediante exploraciones, comprobaciones de talla y peso, ecografías y analíticas.

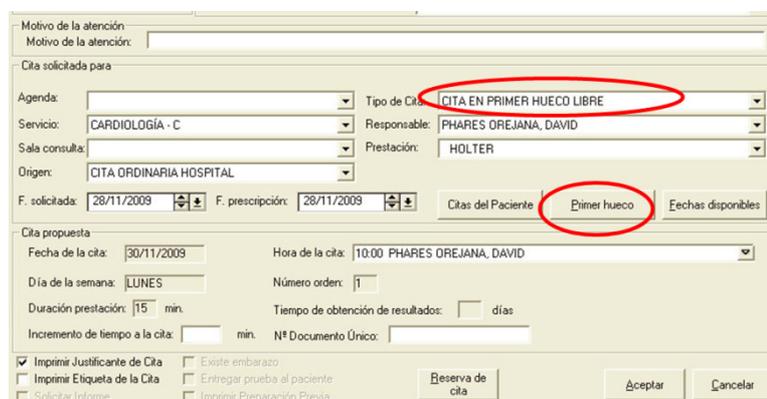
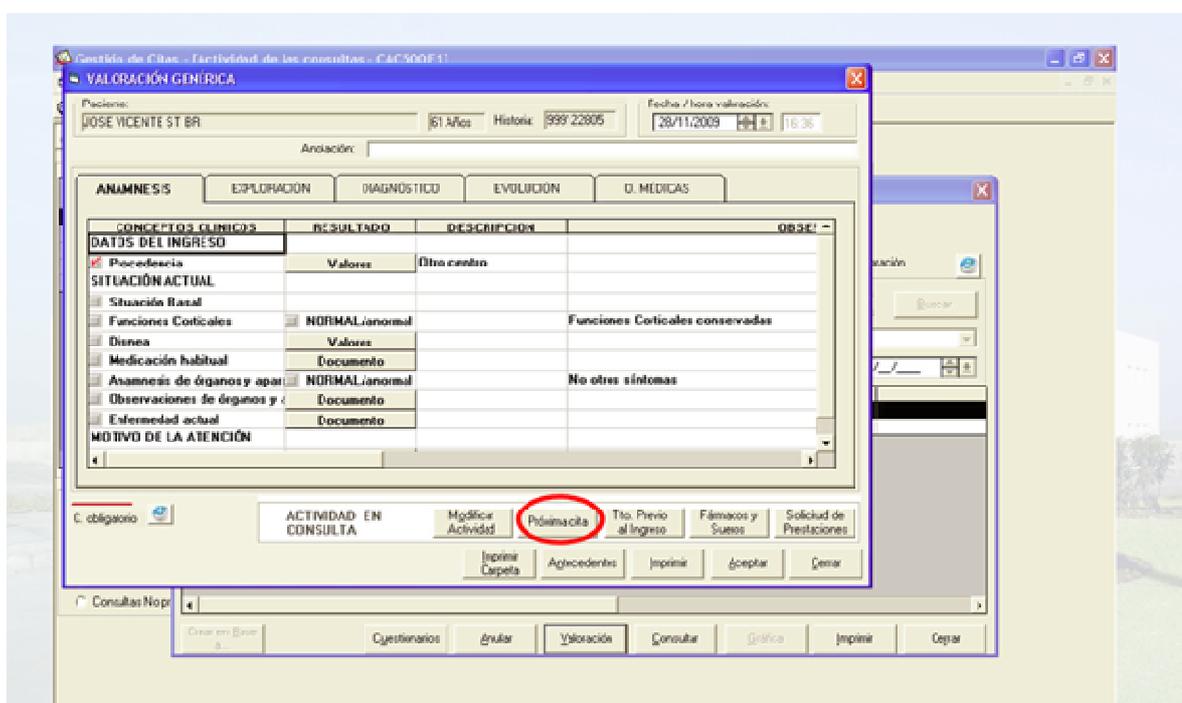
<p>1ª VISITA en la Semana 8, el día _____ de _____ de 20____</p> <p>Con tu Ginecólogo del Centro de Especialidades, Matrona/Enfermera, Auxiliar de Enfermería</p> <p><input type="checkbox"/> Durante tu primera visita, te realizarán una exploración general, toma de tensión arterial e índice de masa corporal, exploración genital y mamaria. También te harán una citología si se precisa, una analítica y toda la información sobre diagnóstico prenatal.</p>	<p>6ª VISITA en la Semana 28, el día _____ de _____ de 20____</p> <p>Con tu Ginecólogo del Centro de Especialidades, Matrona/Enfermera, Auxiliar de Enfermería</p> <p><input type="checkbox"/> Visita de control de los datos sobre la evolución del embarazo.</p>
<p>2ª VISITA en la Semana 11-13, el día _____ de _____ de 20____</p> <p>Con tu Ginecólogo del Hospital / Auxiliar de Enfermería</p> <p><input type="checkbox"/> En esta visita además de controlar los datos sobre la evolución del embarazo, se realiza la ecografía para comprobar el cálculo de riesgo de cromosomopatías.</p>	<p>7ª VISITA en la Semana 32-34, el día _____ de _____ de 20____</p> <p>Con tu Ginecólogo del Centro de Especialidades / Auxiliar de Enfermería</p> <p><input type="checkbox"/> Continúa el control de los datos sobre la evolución del embarazo. Se realiza una nueva ecografía y se solicita una nueva analítica: información sobre la anestesia.</p>
<p>3ª VISITA en la Semana 16, el día _____ de _____ de 20____</p> <p>Con tu Ginecólogo del Centro de Especialidades, Matrona/Enfermera, Auxiliar de Enfermería</p> <p><input type="checkbox"/> Continúa el control de los datos sobre la evolución del embarazo y se comprueba la altura uterina y auscultación fetal con Doppler, para oír los latidos del bebé.</p>	<p>8ª VISITA en la Semana 36, el día _____ de _____ de 20____</p> <p>Con tu Matrona en Hospital / Auxiliar Enfermería</p> <p><input type="checkbox"/> Continúa el control de los datos sobre la evolución del embarazo. Se realiza una toma de cultivo para detectar posibles infecciones.</p>
<p>4ª VISITA en la Semana 20, el día _____ de _____ de 20____</p> <p>Con tu Ginecólogo del Hospital, Auxiliar de Enfermería</p> <p><input type="checkbox"/> En esta visita se realiza lo que llamamos Ecografía morfológica (consulta de ecografía en cita aparte) y se evalúa y registra el riesgo obstétrico.</p>	<p>9ª VISITA en la Semana 38, el día _____ de _____ de 20____</p> <p>Con tu Ginecólogo del Centro de Especialidades, Matrona/Enfermera, Auxiliar de Enfermería</p> <p><input type="checkbox"/> Visita de control de los datos sobre la evolución del embarazo.</p>
<p>5ª VISITA en la Semana 24, el día _____ de _____ de 20____</p> <p>Con tu Ginecólogo del Centro de Especialidades, Matrona/Enfermera, Auxiliar de Enfermería</p> <p><input type="checkbox"/> Continúa el control de los datos sobre la evolución del embarazo y se realiza una analítica para detectar si existe diabetes gestacional.</p>	<p>10ª VISITA en la Semana 40, el día _____ de _____ de 20____</p> <p>Con tu Ginecólogo del Hospital / Auxiliar de Enfermería</p> <p><input type="checkbox"/> Se realizan pruebas para evaluar bien estar fetal como una ecografía y registro.</p>

Nota: este es un calendario general. Las fechas de las visitas dependerán de cada embarazo.

www.fjd.es

13- Grupos de trabajo y colaboración entre enfermería y atención primaria. Dentro de sus principales objetivos, el Hospital de Villalba entiende la coordinación asistencial con Atención Primaria como uno de los ejes de mayor impacto en la calidad percibida por nuestros usuarios. De esta manera, además de la Historia Clínica de nuestros pacientes compartida electrónicamente en tiempo real con los profesionales de Primaria y los grupos de trabajo entre los servicios de Ginecología y Medicina Interna de ambos niveles asistenciales se incorporará a la Comisión Permanente de Continuidad Asistencial la Dirección de Enfermería del Hospital de Villalba.

14- Eliminación de desplazamientos y colas para la citación de consultas sucesivas, que se realizarán desde las propias consultas de los especialistas, telefónicamente o a través de citación web. Si el paciente lo desea la citación de consultas sucesivas se realizará por parte de los facultativos directamente en consulta, evitando al paciente tener que solicitar sus citas en los Puntos de Admisión. De esta forma, se reducen los tiempos de espera, pues el paciente recibe la atención médica y sus próximas citas desde la propia consulta. Asimismo los trámites de modificación o cancelación los podrá realizar por vía telefónica, SMS, web, presencial.



- 15- EL Hospital de Collado Villalba contará con un Densitómetro.** Estudiadas las características del área de referencia y la población, El Grupo Capiro dotará al Hospital con este equipo especializado para evitar los desplazamientos a los que estarían obligados los pacientes en caso de no contar con él. Mejorará la satisfacción de pacientes y familiares.
- 16- Incorporación de un manual de estilo para el trato, respeto y comunicación** de la información a los pacientes por parte de todos los profesionales, actualmente implantado en todos los hospitales del Grupo Capiro (**Anexo XX**).
- 17- Mejora de integración en el entorno natural y urbano.** Se ha prestado especial atención a la integración del edificio en la parcela. Para ello se han dispuesto los distintos volúmenes irregulares de los que se compone el edificio, recubiertos por piedra del lugar. Esta integración se refuerza por el tratamiento aterrazado de la parcela, el uso de los colores del entorno, y el ajardinamiento con especies autóctonas.
- 18- Mejora de la relación público-privado y exterior-interior.** Se profundiza en la relación público-privado y exterior-interior con una mejora en la interrelación de los espacios. Se favorece la relación del Hospital con la calle mediante la apertura de grandes patios abiertos longitudinales a modo de grietas de manera que las vistas de los espacios interiores siempre buscan indirectamente la calle.
- 19- Transporte alternativo:** existencia de plazas de aparcamiento para vehículos de baja emisión tipo híbridos o eléctricos. Se dotará el aparcamiento del Hospital con plazas destinadas a vehículos eficientes cerca de los accesos y núcleos de comunicación vertical.
- 20- Se propone la posibilidad de dotar ciertas plazas con bases de recarga para vehículos eléctricos.**
- 21- Cuenta con Luz Natural en 75%-90% de los espacios.** La luz natural servirá para eliminar el estrés y mejorar la sensación de confort de los pacientes en los desplazamientos por el hospital o en las habitaciones. La luz natural supone, en otras cosas disminuir la sensación de estar en un entorno cerrado.
- 22- Unidades asistenciales multidisciplinares específicas mono y multiespecialidad,** dotadas del equipamiento necesario para el abordaje de patologías y técnicas concretas. Unidad de epilepsia, unidad de rehabilitación posturográfica, unidad de rehabilitación cardiaca, unidad de dolor torácico, etcétera.
- 23- Call center.** Con la implantación de esta solución resulta posible interactuar con los pacientes y gestionar las tareas que se realizan desde el call center, tales como citas



Hospital de Collado Villalba

 Comunidad de Madrid

médicas, cambios en los horarios de consultas, información sobre pruebas y resultados, etcétera, permitiendo al paciente interactuar con el hospital de una forma rápida y segura.

SATISFACCIÓN EN URGENCIAS

- 1- Envío SMS.** Implantación de un sistema de mensajes a móviles para información a familiares en los servicios de Urgencias y Bloque Quirúrgico cuando exista información actualizada sobre el estado de los mismos. Igualmente, se habilitará esta vía de comunicación desde el Servicio de Atención al Usuario con objeto de avisar al paciente cuando su petición de documentación clínica y/o imágenes de pruebas complementarias se encuentre disponibles para ser recogida.

A continuación presentamos algunos ejemplos de mensajes tipo implantados ya en varios hospitales del Grupo:

Bloque Quirúrgico (al finalizar la intervención): "La intervención de su familiar ha finalizado. Acuda a zona quirúrgica."

Servicio de Urgencias: "Se dispone de información actualizada sobre su familiar. Por favor diríjase al punto de información de urgencias o contacte con el tlf. 91xxxxx ext. xxxx"

Servicio de Atención al Paciente: "Su solicitud de documentación ya está disponible. Puede recogerla en el S. de Atención al Paciente de 9:00 a 17:00h. previa presentación de documentación necesaria."

Actualización de datos del paciente - DFI111F1

Datos paciente Régimen Económico **Familiar de contacto**

Personas de Contacto

Apellidos y Nombre	DNI/NIF	Domicilio	Cód.	Población	Teléfono 1	Te

Persona de contacto

Apellido: Apellido:

Nombre: DNI/NIF Otros documentos

Domicilio:

Cód. postal: Población:

Teléfono 1: Extensión: Teléfono 2: Extensión:

Parentesco:

Tutor Legal Cuidador Habitual Responsable: Si No

Residencia en el extranjero

Residencia extranjero País: Población:

Eliminar Aceptar Cancelar

Fecha Última Modificación: 28/07/2006 Aceptar Cancelar

SMS ATENCIÓN QUIRÚRGICA

The screenshot displays a medical information system interface. On the left, a patient's medical history is visible, including preoperative, postoperative, and secondary diagnoses. The main window shows a patient's details, such as name (ALCANTARAZA), date of birth (07/05/59), and insurance (Seguridad Social). An 'SMS Mensajería' window is overlaid on the right, showing a message being sent to a patient named 'ALCANTARAZA CAROLINA' with a mobile number '609471'. The interface includes various navigation buttons and a search bar.

2- Realización de encuestas internas de satisfacción sobre la limpieza en el área de urgencias. Se realizarán encuestas monográficas sobre la limpieza realizadas por el Equipo de Información de Urgencias dirigidas tanto a familiares como a pacientes, tanto en turno de mañana como de tarde, con el objetivo de identificar aspectos de mejoras.

Con objeto de mejorar la calidad en el Servicio de Urgencias, el Hospital Infanta Elena les agradecería cumplimentasen el siguiente cuestionario.



Pacientes:

	Muy buena	Buena	Normal	Mala	Muy Mala
Limpeza del mobiliario (camillas, sillas,...).	<input type="checkbox"/>				
Recogida de cubos de basura y papeleras.	<input type="checkbox"/>				
Aspecto suelos y paredes.	<input type="checkbox"/>				
Olor ambiental.	<input type="checkbox"/>				
Aspecto ropa de cama.	<input type="checkbox"/>				
Trato del personal de limpieza.	<input type="checkbox"/>				
Satisfacción general con el Servicio.	<input type="checkbox"/>				

Familiares y acompañantes:

	Muy buena	Buena	Normal	Mala	Muy Mala
Aspecto general del entorno.	<input type="checkbox"/>				
Presencia de limpiadoras.	<input type="checkbox"/>				
Provisión de papel higiénico y jabón en los aseos.	<input type="checkbox"/>				
Aspecto suelos y paredes.	<input type="checkbox"/>				
Olor ambiental.	<input type="checkbox"/>				
Trato del personal de limpieza.	<input type="checkbox"/>				
Satisfacción general con el Servicio.	<input type="checkbox"/>				

OBSERVACIONES: _____

Gracias por su colaboración

- 3- Incorporación de un sistema de gestión dinámica de pacientes.** permite la localización inmediata de pacientes en el circuito de urgencias, el control de los tiempos de espera y la posibilidad de poder suministrar información a los familiares en tiempo real. El sistema permite disponer de alarmas parametrizables según la casuística que se estime oportuna, como por ejemplo la superación del tiempo de espera que se defina en alguna de las etapas del circuito en función de la gravedad de los pacientes. Los informes de control podrán generarse fácilmente mediante este sistema: informes de evolución por proceso clínico, mapa de situación de los pacientes por áreas y gravedad (triaje, boxes, consultas, camas de observación), informe de pruebas solicitadas, transfusiones, administración de medicamentos, etc
- 4- Incorporación de un servicio de teletraducción para el área de Urgencias.** El servicio estará orientado a los ciudadanos extranjeros residentes en la Comunidad de Madrid, con tarjeta sanitaria y que no dominan el español que acudan al Servicio de Urgencias. El objetivo es eliminar barreras lingüísticas, evitando una fuente de estrés en pacientes que desconocen el idioma a la hora de expresar sus síntomas y facilitar la comunicación entre médico y paciente, al trasladar información sobre su proceso de salud, tratamiento o firma de consentimientos informados. El sistema consiste en un móvil con dos auriculares, uno para el médico y el otro para el paciente, a través del que se llama a un traductor. El teleoperador-traductor traducirá la conversación en tiempo real y será posible disponer de este servicio en 50 idiomas, entre los que se encuentran: rumano, árabe, búlgaro, chino, o ruso, u otros.
- 5- Sistema de información a familiares en el área de Urgencias bajo los principios de intimidad y confidencialidad.** El Servicio de Urgencias contará con un Equipo de Informadores, claramente reconocibles por su uniforme con chaqueta verde, cuya función es la de garantizar la accesibilidad a la información general de los familiares y acompañantes que acudan al hospital. De esta manera, facilitarán el acceso a la información no clínica y la gestión de las diferentes demandas formuladas por acompañantes. Si la demanda de información viene a petición del acompañante, actuarán como nexo de unión con el profesional sanitario, facilitando el encuentro cuando así se estime oportuno.

Asimismo, si la demanda procede del profesional sanitario (médico o enfermería) que requiere de la presencia de un familiar o acompañante para ofrecer información asistencial o precisa la firma de consentimiento informado o cualquier otra cuestión relacionada con la atención, éste contactará telefónicamente con el personal de Información que, a su vez, comunicará el aviso de localización a través de los monitores de la Sala de Espera o contactará telefónicamente con los familiares si fuera necesario para requerir su presencia. Estos monitores avisan al familiar mediante un código asignado desde la llegada del

paciente que garantiza la confidencialidad de sus datos en la atención. El informador acompañará personalmente al familiar hasta la sala en la que lo recibirá el personal sanitario.

- 6- Se realizarán talleres periódicamente para garantizar el mejor trato a pacientes y familiares por parte del personal sanitario y no sanitario.** Con el objetivo de garantizar el trato cercano y amable hacia los pacientes como hilo conductor de las actuaciones en el Hospital de Villalba, se desarrollarán cursos de formación específicos, según los grupos que se detallan a continuación, dirigidos a todos los profesionales del Centro.

Destinatarios:	Formación:
Administrativos de Información, Admisión y Atención al Paciente.	La relación con el paciente en su puesto de trabajo: claves que inciden en la calidad percibida. Atención telefónica/atención directa.
Celadores	La relación con el paciente en su puesto de trabajo: claves que inciden en la calidad percibida. Traslado de pacientes/trabajo en equipo.
Enfermería: Enfermeros, Auxiliares, Fisioterapeutas, Técnicos de Rayos... Trabajadoras Sociales.	La relación con el paciente en su puesto de trabajo: claves que inciden en la calidad percibida. Gestión de problemas generando confianza y apoyo. Percepción de la competencia profesional.
Supervisores de Unidad. Médicos / Cirujanos.	La relación con el paciente en su puesto de trabajo: claves que inciden en la calidad percibida. Información clínica. Trabajo en equipo.

- 7- Incorporación de salas específicas para información a familiares, garantizando de esta forma la intimidad.** Dentro del protocolo de Información Clínica a familiares se establecerá un horario de información por servicio médico, y se habilitarán salas específicas para tal fin en las distintas unidades (Plantas de hospitalización, Urgencias, UVI y Neonatología) que garanticen un lugar en el que los acompañantes puedan reunirse con los especialistas, recibir información sobre sus familiares y plantear dudas.

- 8- Se entregará una Guía de atención al duelo para familiares.** Actualmente en desarrollo en los hospitales del Grupo, se trata de una guía informativa de apoyo a los familiares en esos duros momentos de muerte de un familiar. Se facilitarán algunos consejos elaborados por nuestros especialistas así como se indicarán los lugares donde acudir en caso de necesitar ayuda.

9- Mejora de la comunicación entre el personal de urgencias. Es una forma de evitar los errores debidos al mal entendimiento de las posibles órdenes médicas de urgencia. Se va a potenciar a su vez la comunicación verbal y escrita (a través de una adecuada cumplimentación y revisión de la Historia Clínica Electrónica) entre el personal de urgencias y el personal asistencial de las plantas de hospitalización para fomentar un mejor trato al paciente.

10- Mejora en la orientación y percepción del paciente en el interior del edificio. La solución arquitectónica da prioridad al confort físico y psicológico del paciente, a la fácil orientación en el interior del edificio y a la visualización de los distintos servicios desde los espacios comunes. Se presta especial atención al desarrollo de los espacios comunes (circulaciones y salas de espera) dimensionándolos de manera que se mejore la percepción del edificio punto de vista de los pacientes.

Las calles interiores generadas se iluminan de forma natural y las salas de espera se vinculan directamente a ellas convirtiéndolas en ejes principales del esquema funcional del Hospital.

11- Sistema de control y regulación en la instalación de electricidad y de iluminación mejorado con respecto al mínimo exigible. Junto con el resto de soluciones adoptadas, todo el ahorro de energía para iluminación se puede extrapolar al ahorro energético en climatización ya que la potencia que se ahorra en iluminación se traduce en aporte térmico que no se realiza, y por lo tanto, no se tiene que contrarrestar con el sistema de climatización en los meses de verano. Gracias a ello se conseguirá unas condiciones climáticas óptimas en esta área así como en el área ambulante.

ANEXO I

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES	CÓDIGO: HV/PES07/POC02 EDICIÓN: 2.1

Realizado por: Grupo de trabajo de Enfermería	Aprobado por: UFGRS
Destinatarios: Facultativos, Enfermeros, AEs, Celadores, Técnicos, Terapeutas, Administrativos de Admisión, Atención al Paciente	Fecha Aprobación: Enero 2009
A conocer por: Todos los profesionales asistenciales y administrativos de atención directa a pacientes.	Fecha última revisión: Fecha próxima revisión: Enero 2011

I.1 OBJETO Y ALCANCE.

El objetivo de este procedimiento es implantar un sistema de identificación inequívoca de pacientes, que permita conocer en todo momento su identidad con el fin de garantizar su Seguridad Clínica.

Por tanto este procedimiento se aplicará en los servicios de: Urgencias, Hospitalización, Quirófanos, Hospital de Día, Cirugía Mayor Ambulatoria.

I.2 DOCUMENTACION DE REFERENCIA / LEGISLACIÓN APLICABLE.

Manual del Sistema de Gestión de Calidad y Medio Ambiente de Capio Sanidad.

Normas UNE-EN-ISO 9001:2008; 9000:2005 y 14001:2004.

Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria nº 1: "Inadecuada identificación de los pacientes". Centro de Investigación para la Seguridad Clínica. Disponible en www.fadq.org

Unidos por la Seguridad del paciente 2007.

Procedimiento de identificación de pacientes de la Fundación Jiménez Díaz. (FJ_PCL01A_POC09)

Protocolo de Identificación de pacientes del Hospital de Valdecilla.

I.3 REALIZACIÓN.

I.3.1 INTRODUCCIÓN.

Las intervenciones dirigidas a promover la atención sanitaria se realizan con el propósito de beneficiar a los pacientes, pero también puede causarles daño. Los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa elevada morbi/mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados.

La complejidad de la actividad asistencial y la variedad de profesionales que intervienen es un factor de riesgo para la inadecuada identificación de los pacientes.

Los problemas de identificación se asocian con frecuencia a las complicaciones producidas por errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre, hemoderivados, etc...

La identificación no verbal no ofrece demasiadas garantías ya que los pacientes pueden estar sedados, con pérdida de atención, indiferentes, confusos o simplemente incapaces de responder. Los pacientes pueden tener también barreras de lenguaje, idiomáticas, problemas de audición o ser demasiado jóvenes, aspectos que pueden aumentar la probabilidad de errores y atentar contra la seguridad en la atención de los pacientes.

Asumiendo que los profesionales sanitarios deberían acercarse cada día a los pacientes como si se tratara de la primera vez, un primer paso en la correcta identificación de los pacientes es la colocación de brazaletes identificativos, que permitan conocer en todo momento su filiación y de esta forma verificar que se está atendiendo a la persona indicada.

La forma más universalmente extendida y aceptada es mediante unos brazaletes de identificación flexibles que contienen la información necesaria para la correcta identificación.

Las características de los brazaletes de uso en nuestro centro son:

Flexibles, de material no alergénico, sin látex, impermeables, resistentes (frente alcohol, disolvente y jabón).

Impresión térmica de datos, indeleble.

Cierre adhesivo.

Los datos que se graban en la pulsera son:

Nombre y dos apellidos del paciente.

Fecha de nacimiento.

Número de Historia Clínica.

I.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Este procedimiento no se aplicará a los pacientes psiquiátricos, en cuyo caso se desaconsejan los dispositivos de este tipo.

I. 3.3 REALIZACIÓN.

Cada vez que un Administrativo de los diferentes puestos de Admisión ejecute las actividades de filiación de un paciente para ser atendido, verificará su identidad a la vez que comprueba que los datos archivados en el sistema informático son correctos. Al obtener las pegatinas del episodio realizará también la impresión de una pulsera identificativa, que hará llegar al profesional asistencial.

Siempre será el enfermero (en el Triage de Urgencias, Control de Hospitalización, Quirófano, CMA) el responsable de identificar al paciente verificando sus datos personales (nombre, apellidos, fecha de nacimiento), comprobando la coincidencia de los datos entre la pulsera y la documentación clínica, y colocarle el brazalete identificativos.

En situaciones en las que el *paciente no puede ser identificado*, por no disponer de documentación y/o además ser incapaz de responder, se emitirá un *brazalete con XX y sexo* además del nº de Historia Clínica, que sirve de referencia para completar los datos cuando sean obtenidos.

I.3.4 LUGAR DE COLOCACIÓN.

Por orden de prioridad:

Muñeca del brazo dominante.

Brazo contrario.

Tobillo derecho.

I.3.5 UTILIZACIÓN DE PULSERA IDENTIFICATIVA.

La identificación ha de realizarse de forma activa preguntando al paciente su nombre y fecha de nacimiento. En caso de no poder éste, ha de confirmarse la identidad del mismo con su familiar o acompañante.

Es responsabilidad tanto del personal facultativo como del personal de enfermería hacerlo en las siguientes situaciones:

Antes de las extracciones analíticas o recogidas de muestras biológicas.

Previo a la administración de cualquier tipo de medicación, infusión de sangre o hemoderivados.

Antes de la realización de cualquier procedimiento invasivo diagnóstico o terapéutico independientemente de la utilización de técnicas de sedación.

Al recibir a un paciente para Intervención quirúrgica mayor o menor, ambulatoria o ingresado, urgente o programada.

Antes de aplicarle anestesia.

Antes de trasladar o al recibir al paciente entre unidades.

Antes de trasladarlo en ambulancia.

Siempre que el paciente abandone la unidad acompañado de un celador.

I.3.6 REPOSICIÓN DE LA PULSERA.

Es importante que todo el personal que detecte la ausencia de la pulsera identificativa en un paciente, comunique el hecho a la enfermera responsable de su atención en ese momento, quien solicitará la impresión de una nueva y procederá a colocársela de nuevo.

Algunas causas que hacen necesaria la reposición podrían ser:

Rotura.

Deterioro y/o datos ilegibles.

Datos erróneos.

Necesidad asistencial: la pulsera impide la realización de algún procedimiento ...

El paciente se ha quitado, perdido (ausencia de ésta) ...

Pacientes que no se han podido identificar correctamente en la urgencia.

I.3.7 RETIRADA DE LA PULSERA.

AL ALTA: el personal de enfermería procederá a cortar la pulsera con una tijera para retirarla del paciente e inutilizarla para usos posteriores.

INTOLERANCIA: por razones de alergia, en este caso se comunicará al médico responsable del paciente y se dejará constancia en el evolutivo de enfermería.

POR NECESIDAD ASISTENCIAL: escayolas, cirugía, implantación de vías..., en cuyo caso se solicitará una nueva pulsera, cambiando la ubicación.

POR NEGATIVA DEL PACIENTE: deberá haber otro testigo de la negativa, dejando constancia en el evolutivo de enfermería comunicándolo al supervisor/a y al médico responsable del paciente.

EN CASO DE FALLECIMIENTO: no se retirará.

I.3.8 IDENTIFICACIÓN MADRE-HIJO.

Se especifica en el documento: Procedimiento de identificación Madre-RN (HV_PCL06_POC01)

I.3.9 EVALUACIÓN.

Se realizarán revisiones de implantación del procedimiento, a los tres meses de su puesta en marcha, y posteriormente cada año. La recogida de la información se efectuará por Observación Directa en las unidades afectas.

El indicador de cumplimiento, por cada unidad funcional se define como:

Nº de pacientes que disponen de sistema de identificación

Nº total de pacientes

El objetivo que se pretende es un resultado del 100%.

I.4 FORMATOS.

No aplica.

I.5 ANEXOS.

No aplica.

ANEXO II

	PROCEDIMIENTO DE PETICIÓN, PREPARACIÓN, ENVÍO Y ADMINISTRACIÓN DE HEMOCOMPONENTES.	Código: FJ_PSA 06_POC 04 Edición:1.1
--	--	---

Realizado por: Grupo de Mejora Uso de la Sangre	Fecha Aprobación: 18/12/2006
Destinatarios: Hospitalización/ Urgencias/ Quirófano	Fecha última revisión:
A conocer por: Personal enfermería, médicos	Fecha próxima revisión:

INDICE

1.	OBJETO Y ALCANCE
2.	DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA
3.	REALIZACIÓN
4.	EVALUACIÓN
5.	FORMATOS.....
6.	ANEXOS.....

II.1 OBJETO Y ALCANCE

Establecer un procedimiento para la petición, preparación, envío y administración de hemocomponentes.

Establecer un modelo de Consentimiento Informado para la administración de hemocomponentes.

Este procedimiento es de aplicación a todas las unidades del hospital donde se prescriba o administren hemocomponentes.

II.2 DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

Directiva 2002/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de Enero de 2003, por la que se establecen las normas de calidad y de seguridad para la extracción, verificación, tratamiento, almacenamiento y distribución de sangre humana y sus componentes y por la que se modifica la directiva 2001/83/CE. Diario Oficial de la Unión Europea, 08/02/03.

Estándares de acreditación de la Sociedad Española de Transfusión sanguínea (CAT).

Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente, Ley 41/2002, que entró en vigor en mayo de 2003. En su artículo 8, la Ley de Autonomía del Paciente establece que toda actuación en la Sanidad requiere del consentimiento de los pacientes, que tienen derecho a negarse al tratamiento por escrito. Asimismo, reconoce al paciente como titular del derecho a la información, que podrá, no obstante, limitarse "por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica".

Guía práctica de medicina transfusional.

- 2005 Edición española, Sociedad Española de Transfusiones sanguíneas y Drug farma, SL
- 2001 American Association of Blood Banks.

Procedimiento para la identificación y envío de muestras a banco de sangre (FJ_PSA 06_POC 01)

II.3 REALIZACIÓN

II.3.1 Consentimiento Informado (CI)

Compete al facultativo que realiza la indicación/petición de la transfusión de hemocomponentes el explicar al paciente el porqué de la necesidad de la transfusión y las ventajas e inconvenientes del tratamiento.

El paciente debe aceptar la realización del tratamiento, haciéndolo constar con su firma en el modelo de Consentimiento Informado (CI) creado para este fin.

Se debe informar al paciente que tiene la posibilidad de revocar su decisión, quedando constancia con la firma del paciente en el modelo de CI.

Solo en casos de extrema urgencia con riesgo para la vida del paciente y sin la posibilidad de que este otorgue su consentimiento se podrá transfundir a criterio del médico responsable.

Ante la necesidad de transfundir a un paciente y la negativa por parte de los padres, tutores o representantes legales, aduciendo creencias religiosas o de algún otro tipo, debe ponerse en

conocimiento de la autoridad judicial competente dicha situación. Ello, con el objeto de recibir cobertura legal para la realización de la transfusión.

II.3.2 Tiempo de validez del CI

Cuando un paciente da su CI para ser transfundido tiene validez para futuras transfusiones, a no ser que, el paciente ejerza su derecho a revocar dicho Consentimiento.

Es recomendable recordar en posteriores ingresos al paciente que tiene la posibilidad de ratificar o revocar su anterior decisión.

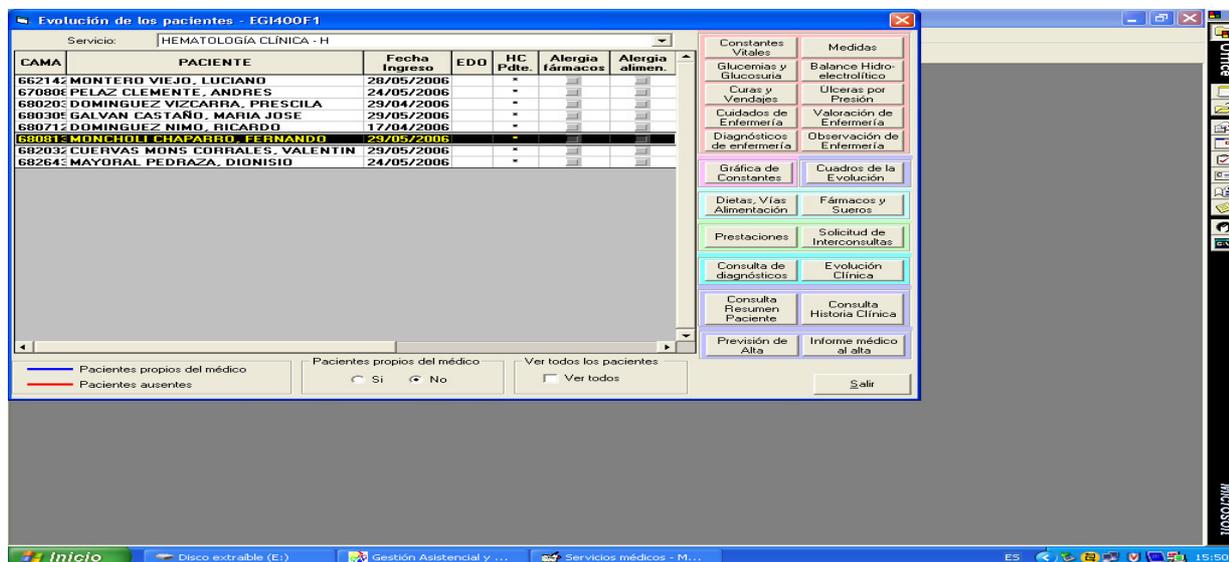
El modelo de CI estará en la Intranet del hospital para poder ser impreso cuando sea necesario.

En una primera etapa, se procederá al envío de ejemplares de CI a las unidades de hospitalización y consultas.

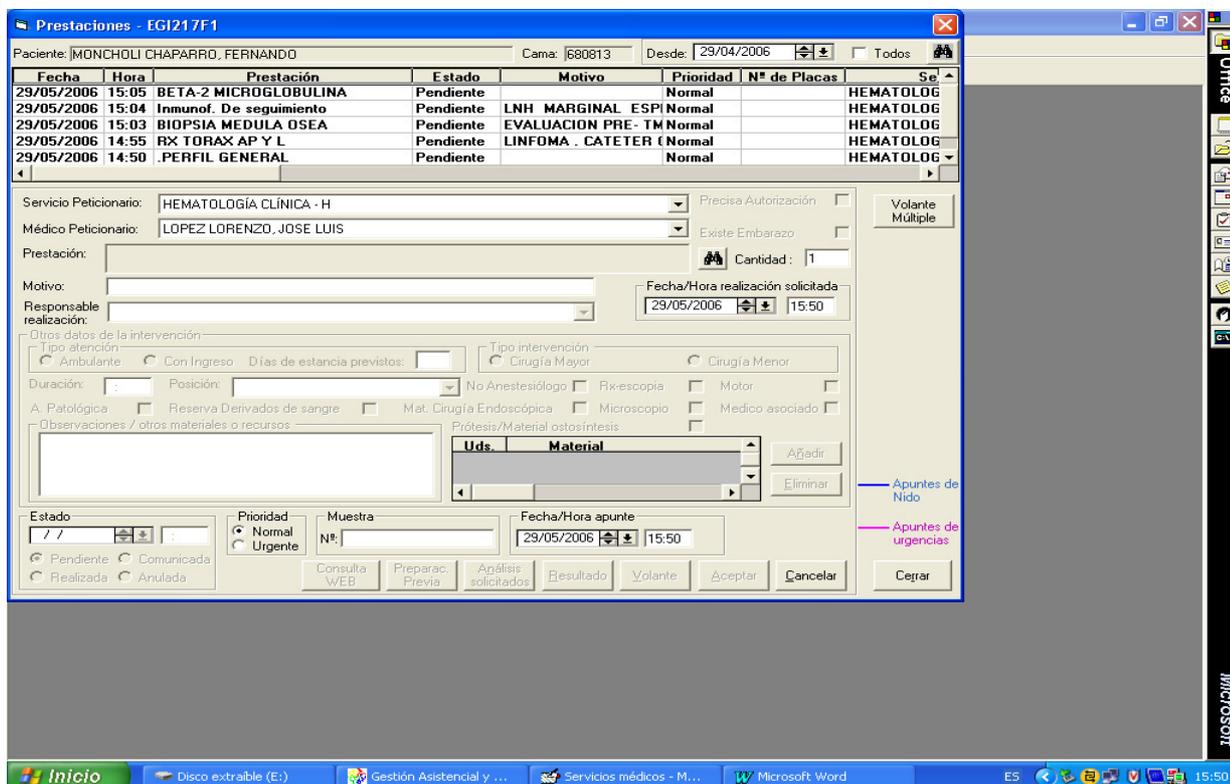
II.3.3 Petición de prestaciones a Banco de Sangre. (B de S)

Las prestaciones que el médico solicite a un paciente se realizarán por el sistema informático centralizado del hospital (INDRA). Entrando en las siguientes pantallas:

1^{RA} Pantalla "Evolución de los pacientes"

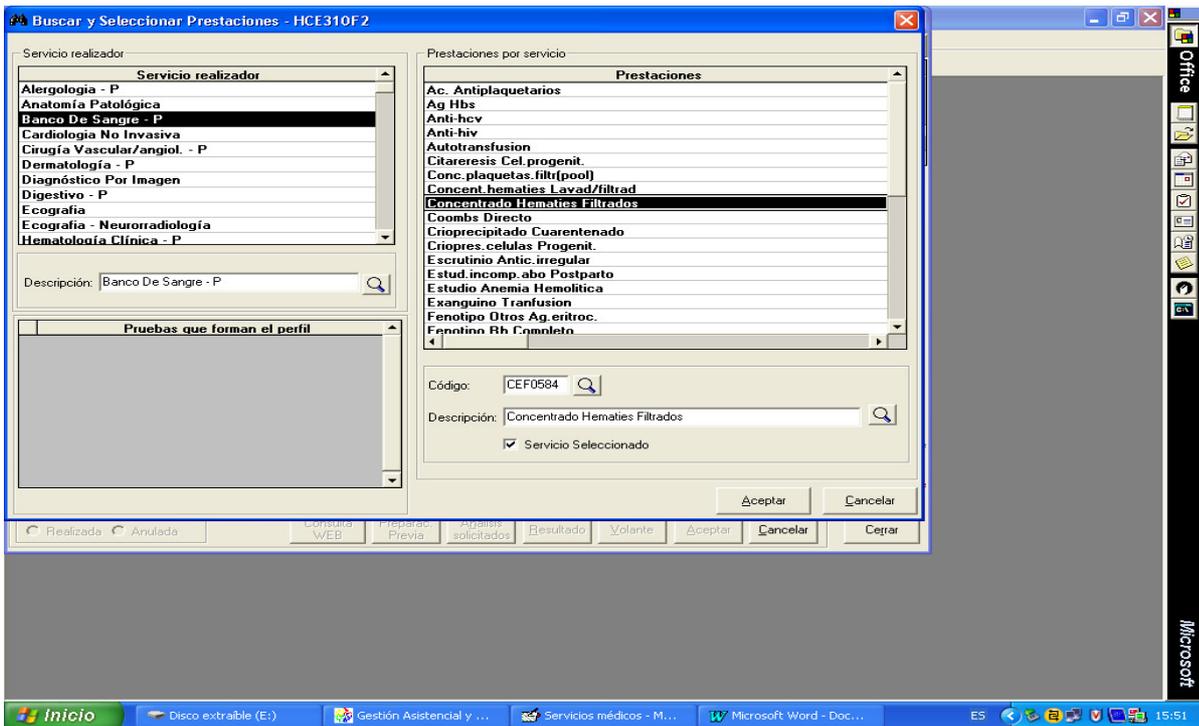


Pulsar sobre el cuadrado de "prestaciones"



2^{da} Pantalla: Pulsar sobre el icono del prismático

3ª Pantalla: Buscar y seleccionar prestación



Prestaciones - EGI217F1

Paciente: MONCHOLI CHAPARRO, FERNANDO Cama: 680813 Desde: 29/04/2006 Todos

Fecha	Hora	Prestación	Estado	Motivo	Prioridad	Nº de Placas	Sei
29/05/2006	15:05	BETA-2 MICROGLOBULINA	Pendiente		Normal		HEMATOLOG
29/05/2006	15:04	Inmunof. De seguimiento	Pendiente	LNH MARGINAL ESPI	Normal		HEMATOLOG
29/05/2006	15:03	BIOPSIA MEDULA OSEA	Pendiente	EVALUACION PRE- TM	Normal		HEMATOLOG
29/05/2006	14:55	RX TORAX AP Y L	Pendiente	LINFOMA . CATETER (Normal		HEMATOLOG
29/05/2006	14:50	.PERFIL GENERAL	Pendiente		Normal		HEMATOLOG

Servicio Peticionario: HEMATOLOGÍA CLÍNICA - H Precisa Autorización Volante Múltiple

Médico Peticionario: LOPEZ LORENZO, JOSE LUIS Existe Embarazo

Prestación: Concentrado Hematíes Filtrados Cantidad: 2

Motivo: LINFOMA ANEMIA SECUNDARIA A QUIMIOTERAPIA HB 8 Fecha/Hora realización solicitada: 29/05/2006 15:50

Responsable realización:

Otros datos de la intervención:

Tipo atención: Ambulante Con Ingreso Días de estancia previstos: Tipo intervención: Cirugía Mayor Cirugía Menor

Duración: Posición: No Anestesiólogo Rx-escopia Motor

A. Patológica Reserva Derivados de sangre Mat. Cirugía Endoscópica Microscopio Médico asociado

Prótesis/Material ostosíntesis

Uds.	Material

Observaciones / otros materiales o recursos:

Estado: Prioridad: Normal Urgente Muestra: Fecha/Hora apunte: 29/05/2006 15:50

Pendiente Comunicada Realizada Anulada

Consultas WEB Preparac. Previa Análisis solicitados Resultado Volante Aceptar Cancelar Cerrar

4ª Pantalla: Complimentar los campos de "motivo" y "cantidad"

En el recuadro de "Motivo" se pondrá el diagnóstico del paciente y dependiendo de las prestaciones solicitadas, se consignaran los siguientes datos:

Petición de transfusión de Concentrados de Hematíes Filtrados

Concentrado de Hematíes filtrados.

Dato necesario: Hemoglobina

Petición Plasma Fresco Congelado (PFC)

PFC

Dato necesario: INR

En el caso de que a un paciente se le pauten plasmas a horas determinadas, el personal de banco de sangre, confirmará mediante llamada telefónica, la continuidad o suspensión del tratamiento, antes de descongelar el plasma.

Petición de Pool de Plaquetas filtradas/irradiadas

Concentrado de Plaquetas filtradas/irradiadas

Dato necesario: Número de plaquetas

Si las prestaciones no se piden por INDRA se realizarán en formato papel (Volante de petición).

Los datos que deben acompañar a una petición de cualquier prestación solicitada a banco de sangre:

Nombre del facultativo que pide las pruebas o hemoderivados.

Diagnóstico del paciente.

Datos de filiación del paciente.

Motivo de la hemoterapia solicitada

Para un correcto funcionamiento del banco de sangre y para la seguridad de los pacientes es MUY IMPORTANTE que las peticiones estén correctamente cumplimentadas.

3.3 Tipos de peticiones y tiempos de preparación de

hemocomponentes.

3.3.1 Tipos de peticiones:

Petición por vía normal

La preparación de los hemocomponentes se realiza con la recepción de la muestra en el banco de sangre, siempre que no se tengan que resolver otras peticiones urgentes o de extrema urgencia. Los tiempos de preparación varían según el hemocomponente.

Petición Urgente

Se resuelve en el tiempo mínimo que necesitan los hemocomponentes para su preparación, dependiendo del orden de llegada de peticiones del mismo tipo (urgentes) a B de S y siempre que no se esté resolviendo una situación de extrema urgencia.

Petición de Extrema Urgencia

Es la situación que contempla un riesgo vital inminente para el paciente, cuando se cursa una petición de este tipo, no se contemplan pruebas cruzadas ni ninguna otra prueba que implique tiempos de espera, la respuesta por B de S es inmediata.

Concentrados de hematíes filtrados

Preparación inmediata, se utiliza en un primer momento unidades de O NEG. Cuando se puede comprobar el Grupo ABO y Rh se transfunde sangre Isogrupo.

Cuando el paciente supera la situación de extrema urgencia, el Banco de Sangre realiza estudio de anticuerpos irregulares y pruebas cruzadas, por si el paciente necesita más transfusiones o es necesario efectuar reserva en previsión de cirugía.

Plasma fresco Congelado

Este hemoderivado tiene tiempos forzosos de espera porque hay que descongelarlo.

Pool de plaquetas

Es el componente sanguíneo menos utilizado bajo el concepto de extrema urgencia. El B de S tiene este componente en forma de pool.

II.3.4 Tiempos de Preparación

Concentrados de hematíes filtrados

Normal. Mínimo 2 horas desde la recepción de la muestra y dependiendo del volumen de peticiones

Urgente. Una hora y quince minutos dependiendo del volumen de peticiones de este tipo.

Extrema urgencia. Inmediato.

Si el paciente presenta un alo anticuerpo, el tiempo de preparación dependerá de la naturaleza del mismo y de los estudios adicionales que el personal del B de S necesite realizar hasta lograr una completa o la mayor compatibilidad entre donante y receptor.

Plasma fresco Congelado

La descongelación es de aproximadamente 20 minutos, aumentando el tiempo si se descongelan varias unidades a la vez.

Pool de plaquetas

El tiempo de preparación y envío de un pool es de aproximadamente 10 minutos.

II.3.5 Envío de hemocomponentes desde el banco de sangre.

El banco de sangre, una vez terminada la preparación de los hemocomponentes solicitados, avisa a la unidad para que los recojan. La persona que recoge los hemocomponentes deberá rellenar el Informe de Seguridad transfusional (IST) con su nombre, apellidos, fecha y hora en la que los retira del banco de sangre.

La persona que transporta hemocomponentes a una unidad, tiene que avisar a alguna persona responsable de la unidad para que se haga cargo de los mismos.

II.3.6 Recepción de hemocomponentes.

II.3.6.1 Comprobar los datos de la etiqueta adherida al hemocomponente con los

Datos del primer y segundo apartado del IST. Esta comprobación se tiene que realizar por dos personas distintas. Una de las personas será la enfermera responsable de la transfusión y la otra, una segunda persona de la unidad.

II.3.6.2 Contrastar los datos del primer apartado del IST con el paciente a pie de

Cama, pidiéndole al paciente que nos diga su nombre y apellidos (siempre que sea posible), no formularle la pregunta de forma afirmativa, ya que el paciente puede contestar de forma afirmativa a cualquier pregunta que se le formule.

II.3.6.3 Preguntar al paciente si conoce su grupo sanguíneo, en el caso de discrepancia con el grupo y Rh no iniciar la transfusión hasta consultar con B de S.

II.3.6.4 Cumplimentar el IST al inicio y al final de la transfusión.

II.3.6.5 Una copia del IST quedará en la Historia del paciente y la otra copia se bajará al día siguiente a banco de sangre.

II.3.6.6 Los IST que no estén debidamente cumplimentados serán evaluados como una incidencia.

II.3.7 Normas generales para la administración de hemocomponentes en pacientes adultos.

II.3.7.1 Antes de iniciar la transfusión inspeccionar la unidad a transfundir en busca de signos como coágulos o hinchazón de la bolsa por acumulo de gas.

II.3.7.2 Informar al paciente del procedimiento que vamos a realizar.

II.3.7.3 El paciente tiene derecho a revocar el consentimiento informado en el último momento. Avisar al médico responsable para ponerlo en su conocimiento (en el caso de no

poder contactar con él y según la urgencia de la transfusión, se contactará con el médico de guardia).

II.3.7.4 Antes de administrar un hemocomponente tomar constantes vitales: T/A. Tº. FC. FR.

II.3.7.5 Lavado de manos según protocolo.

II.3.7.6 Si ya existe una vía periférica o central se debe verificar: permeabilidad, posibles signos de infección y la compatibilidad de la transfusión con otros fluidos.

II.3.7.7 Si hay que proceder a la canalización de una vía, es preferible en extremidades superiores, con un catéter de 18G.

II.3.7.8 Las transfusiones solo se pueden infundir con un equipo específico de transfusión, que contiene una cámara de goteo con un filtro de

170- 260mm y una pinza para regular el flujo. Es conveniente llenar la cámara de goteo por encima del filtro para evitar la lisis de los hematíes.

Se puede utilizar el mismo equipo si la siguiente transfusión no va a exceder de las 4 horas, si es superior a este tiempo hay que utilizar un nuevo equipo.

II.3.7.9 La transfusión comenzará lentamente, a un ritmo de 10 gotas por minuto, vigilando la aparición de posibles efectos adversos durante los primeros 10 minutos. La velocidad de infusión se ajustará posteriormente a la situación cardiovascular del paciente. Habitualmente, para un adulto sin disfunciones cardiovasculares, una unidad de concentrado de hematíes se transfundirá en 1 ó 2 horas. La equivalencia se sitúa aproximadamente en 15 gotas por 1 ml, ello supone un ritmo de infusión de 30 a 60 gotas por minuto.

II.3.7.10 Una vez comenzada la administración del hemocomponente la enfermera que inicia la transfusión lo registra en el "Informe de Seguridad Transfusional" en el apartado destinado a tal fin.

II.3.7.11 Cuando finaliza la administración la enfermera que retira la transfusión registra cualquier incidencia que se haya producido. Cumplimentando la parte final del “Informe de Seguridad Transfusional”.

II.3.7.12 La enfermera responsable de la administración de un hemocomponente puede comunicar cualquier incidencia de las descritas en el anexo... por teléfono al banco de sangre.

II.3.8 Normas para la administración de Concentrados de Hematíes Filtrados (CHF)

Una unidad de CHF tiene un volumen entre 200 – 250 ml.

II.3.8.1 Al recibir la sangre en la unidad la enfermera debe comprobar que las unidad/es llegan frías al tacto, esto es garantía de óptima conservación y observar que no haya agregados. Cualquier duda sobre la conservación de la sangre tiene que ser aclarada por B de S.

II.3.8.2 Si el paciente va a recibir más de una unidad de sangre, mientras se transfunde la primera, la otra debe guardarse en la nevera de la unidad para que mantenga una temperatura entre 4 y 6 grados.

II.3.8.3 No se debe calentar la sangre antes de ser transfundida, excepto en transfusiones masivas que se calentarán con unos equipos diseñados para este fin, que deben estar correctamente calibrados y controlados para su funcionamiento. En ningún caso deben utilizarse otros medios para calentar la sangre, ya que acentúan el riesgo de crecimiento de patógenos y como consecuencia el de sepsis al paciente.

II.3.8.4 Nunca administrar medicación u otras soluciones a través de la misma vía que la transfusión, excepto suero fisiológico al 0,9 %.

El Ringer Lactato u otros productos que contengan calcio pueden activar la coagulación y formarse coágulos.

II.3.8.5 Si la transfusión ha de realizarse por un catéter central (CC) con varios accesos, utilizar un acceso por el que no esté pasando ninguna medicación. Si al paciente se le está

administrando nutrición parenteral se debe valorar la posibilidad de retirarla durante la transfusión.

II.3.8.6 No se sobrepasarán las 2h de transfusión por unidad, excepto en pacientes con:

Insuficiencia Cardíaca

Cardiopatías

Oligoanuria

Edad avanzada

Anemia severa

En estos casos se disminuirá el ritmo de infusión, nunca excediendo de las 6 horas, si fuese necesario se fraccionarían las unidades en alícuotas.

II.3.8.7 Problemas con el ritmo de infusión

Puede que el ritmo de infusión sea más lento que el deseado, esto dependerá de:

El calibre del acceso utilizado.

La viscosidad del componente.

La diferencia de presión hidrostática entre el equipo y la presión venosa central del paciente.

Un posible venoespasma producido por la infusión rápida de los hematíes fríos.

Para mejorar las condiciones de administración del componente podemos:

Disponer de un acceso adecuado.

Colocar la unidad a mayor altura.

Ayudarnos de sistemas de presión y/o bombas de infusión. Es importante seguir las recomendaciones del sistema a utilizar por el riesgo de hemólisis.

II.3.9 Normas para la administración de Plasma Fresco Congelado (PFC)

Una unidad de PFC tiene normalmente un volumen entre 200 – 250 ml aportando todos los factores de coagulación.

II.3.9.1 El PFC debe de ser transfundido sin demora una vez descongelado, procurando que sea transfundido antes de las 6 horas desde su descongelación, para garantizar el aporte correcto de los factores de coagulación lábiles.

II.3.9.2 El tiempo de transfusión para una bolsa de 200ml debe de estar entre los 30 a 60 minutos (si no existe disfunción cardiovascular). Si se trata de una unidad con un volumen de 600 ml. no se deben superar las dos horas de transfusión a un ritmo de infusión 125 – 175 gotas /minuto.

II.3.9.3 En la transfusión de este componente se tendrán en cuenta las mismas características del punto 3.8.6

II.3.10 Normas para la administración de Plaquetas (Pool)

II.3.10.1 Las plaquetas deben transfundirse de forma inmediata para evitar la formación de agregados y la pérdida de funcionalidad de las plaquetas, una vez que ya no están en agitación.

II.3.10.2 Una transfusión de plaquetas puede durar aproximadamente entre 10 o 15 minutos, siempre que la patología o situación hemodinámica del paciente lo permita.

II.3.10.3 En la transfusión de este componente se tendrán en cuenta las mismas características del punto 3.8.6

II.3.11 PETICIÓN DE HEMOCOMPONENTES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS O NEONATOS

Antes de solicitar algún hemocomponente se puede consultar el anexo específico para este tipo de pacientes.

La petición de prestaciones se realizará a través del sistema informático (INDRA) (salvo situaciones de extrema urgencia justificadas) siguiendo los pasos anteriormente citados con las particularidades especiales del paciente: importante especificar edad, peso y el volumen del producto requerido, así como, características especiales (lavado, irradiado,...).

Se debe tener en cuenta el volumen de cebado que se pierde con el sistema de infusión a la hora de solicitar una cantidad específica de componente sanguíneo para un neonato.

Si el niño hubiera nacido en nuestro centro en fecha cercana a la petición de hemoterapia, la petición puede ir acompañada de los datos de filiación de la madre y de la fecha del parto. Esto permite la confirmación del grupo ABO/Rh sin extraer nueva muestra al neonato y poder cotejarlo con los datos del sistema informático del banco de sangre o con la muestra de cordón si aun se conserva en el banco de sangre.

II.3.11.1. EXTRACCIÓN DE LA MUESTRA PARA PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

Se debe enviar un tubo identificado según protocolo, con al menos 1.5-2 ml de sangre, en tubo con EDTA porque permitirá hacer un test Coombs directo.

Previo a la transfusión puede requerirse por el banco una nueva muestra de sangre para confirmar los datos esenciales inmunohematológicos.

Si el niño tiene menos de 4 meses, es muy importante enviar una muestra de la madre al banco de sangre, adecuadamente identificada (tubo piloto), indicando que se trata de la madre del niño en cuestión. La sangre a transfundir en los niños menores de 4 meses idealmente debe ser compatible con el suero de la madre, tanto con posibles anticuerpos irregulares como con anticuerpos naturales (Ej. anti-A, anti-B), por ello es habitual, si no se conoce el grupo materno, transfundir hematíes O.

II.3.11.2. ADMINISTRACIÓN DE HEMOCOMPONENTES EN NEONATOS O PACIENTES PEDIÁTRICOS

MATERIAL NECESARIO

Abbocath 22-23

Jeringas 1 cc.

Suero salino 0,9%.

Gasas estériles.

Desinfectante (hibitane en alcohol).

Esparadrapo.

Sistema de sangre para bomba de infusión.

Bomba de perfusión.

Monitor TA y manguito.

Tapón.

Hemoderivado a transfundir.

PROCEDIMIENTO

1. Lavado de manos según protocolo.
2. Canalizar una vía periférica preferiblemente para un catéter de acceso intravenoso de al menos 23/23 G (siempre que sea posible) porque con catéteres de menor calibre no hay datos respecto a la posibilidad de hemólisis al paso de los hematíes.
3. Esperar que la bolsa de sangre alcance temperatura ambiente.
4. Mover 20 veces la bolsa de sangre y sacar dos capilares para hacer el hematocrito a la bolsa de sangre (85-95%).
5. Purgar el filtro y el sistema según instrucciones.
6. Si el paciente es neonato comprobar que la sangre está IRRADIADA.
7. Comprobar los datos de la etiqueta adherida al hemocomponente con los datos del primer y segundo apartado del IST. Esta comprobación se tiene que realizar por dos personas distintas, una de las personas será la enfermera responsable de la transfusión con otra persona de la unidad.
8. Conectar el sistema al catéter y comenzar la infusión al ritmo programado. Programar alarma de volumen a infundir.
9. Cualquier componente sanguíneo debe pasar como mínimo a través de filtro estándar de 170-240 micras durante la infusión. No se requiere el uso de otros filtros ya que los hematíes y plaquetas están filtrados y desleucotizados de forma universal en nuestro entorno.
10. Nunca administrar medicación u otras soluciones a través de la misma vía que la transfusión, excepto suero fisiológico al 0,9 %.
11. La velocidad de infusión depende de la situación clínica, pero en general será lenta, entre 10 – 15 ml / Kg / hora, si no existe insuficiencia cardiaca. Si existe insuficiencia cardiaca, la velocidad de infusión será de 2 ml / Kg / hora.
12. Se deben tomar las constantes vitales previo al inicio de la infusión, cada 15 minutos en la primera hora y después de cada 30 minutos hasta finalizar la transfusión. El niño debe

- observarse cuidadosamente durante los primeros 5 minutos para detectar posibles reacciones o efectos adversos.
13. Valorar signos de reacción transfusional.(ver procedimiento de reacción transfusional SC/PES027FPOC02701)
 14. En caso de efecto adverso agudo o inmediato, se detendrá la transfusión y se mantendrá la vía permeable con suero salino. Se avisará al pediatra y al banco de sangre para decidir la actuación a seguir según el tipo y gravedad de la reacción.
 15. Cumplimentar la hoja de comunicación de Reacción Transfusional. (ver procedimiento Reacción Transfusional).

II.4.- EVALUACIÓN

II.4.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.

LA EVALUACIÓN DE CI SE HACE DE FORMA ANUAL CON UN PRIMER CORTE A LOS SEIS MESES DE LA IMPLANTACIÓN DE PROCEDIMIENTO. SE EVALUARÁN UN NÚMERO REPRESENTATIVO DE Hª CLÍNICAS DE PACIENTES TRANSFUNDIDOS.

Para la recogida de datos se crea el registro de "Existencia de CI en la Hª clínica"

REGISTRO DE EXISTENCIA DE CI EN LA Hª CLINICA

FECHA	NOMBRE Y APELLIDOS	HISTORIA CLINICA	SERVICIO	CAMA	PRODUCTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO

FICHA DEL INDICADOR

INDICADOR: NÚMERO DE PACIENTES TRANSFUNDIDOS CON CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI)

DESCRIPCIÓN:

Nº DE HISTORIAS CON CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN Año * 100/ Nº HISTORIAS REVISADAS

TIPO DE INDICADOR: % (PORCENTUAL)

ÁMBITO: HOSPITALARIO

FUENTE: ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS.

RESULTADOS

HOJA DE CÁLCULO PARA HALLAR EL % DE CI EN HISTORIAS REVISADAS

CALCULO PARA HALLAR EL % DE CI EN PACIENTES TRANSFUNDIDOS TRANSFUNDIDOS POR 1ª VEZ	
Nº DE HTAS CON CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Nº DE HISTORIAS EVALUADAS	
% DE HISTORIAS CON CI	#iDIV/0!

II.4.2 PETICIÓN DE HEMOCOMPONENTES.

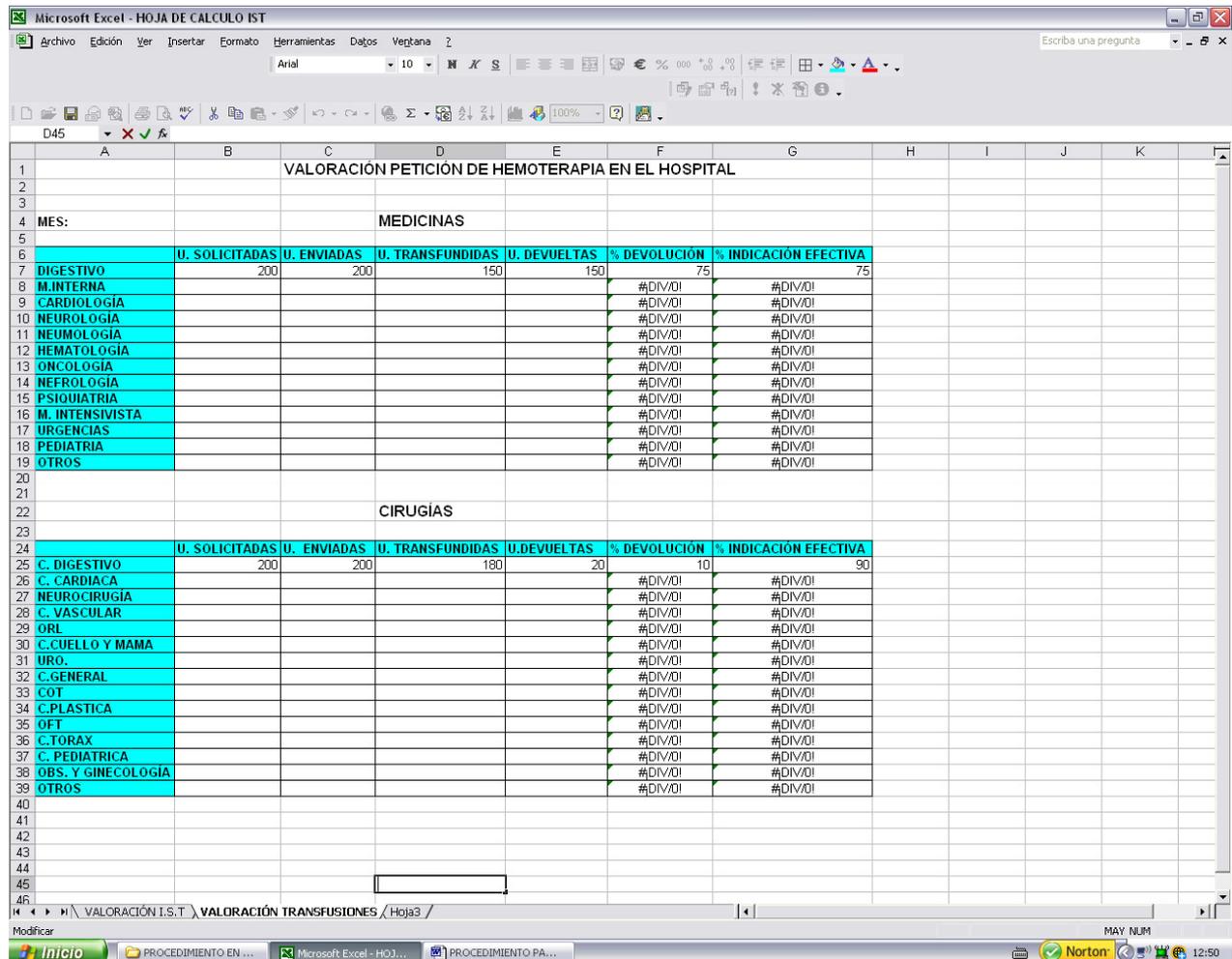
La evaluación se hará de forma trimestral.

Se crea un indicador que relacione el número de devoluciones de hemocomponentes con los hemocomponentes transfundidos.

Tipo de Indicador: Porcentual

Ámbito: hospitalario.

Fuente: sistema informático de banco de sangre



VALORACIÓN PETICIÓN DE HEMOTERAPIA EN EL HOSPITAL						
MES:	MEDICINAS					
	U. SOLICITADAS	U. ENVIADAS	U. TRANSFUNDIDAS	U. DEVUELTAS	% DEVOLUCIÓN	% INDICACIÓN EFECTIVA
DIGESTIVO	200	200	150	150	75	75
M.INTERNA					#DIV/0!	#DIV/0!
CARDIOLOGÍA					#DIV/0!	#DIV/0!
NEUROLOGÍA					#DIV/0!	#DIV/0!
NEUMOLOGÍA					#DIV/0!	#DIV/0!
HEMATOLOGÍA					#DIV/0!	#DIV/0!
ONCOLOGÍA					#DIV/0!	#DIV/0!
NEFROLOGÍA					#DIV/0!	#DIV/0!
PSIQUIATRÍA					#DIV/0!	#DIV/0!
M. INTENSIVISTA					#DIV/0!	#DIV/0!
URGENCIAS					#DIV/0!	#DIV/0!
PEDIATRÍA					#DIV/0!	#DIV/0!
OTROS					#DIV/0!	#DIV/0!
	CIRUGÍAS					
	U. SOLICITADAS	U. ENVIADAS	U. TRANSFUNDIDAS	U. DEVUELTAS	% DEVOLUCIÓN	% INDICACIÓN EFECTIVA
C. DIGESTIVO	200	200	180	20	10	90
C. CARDIACA					#DIV/0!	#DIV/0!
NEUROCIRUGÍA					#DIV/0!	#DIV/0!
C. VASCULAR					#DIV/0!	#DIV/0!
ORL					#DIV/0!	#DIV/0!
C.CUELLO Y MAMA					#DIV/0!	#DIV/0!
URO.					#DIV/0!	#DIV/0!
C.GENERAL					#DIV/0!	#DIV/0!
COT					#DIV/0!	#DIV/0!
C.PLASTICA					#DIV/0!	#DIV/0!
OFT					#DIV/0!	#DIV/0!
C.TORAX					#DIV/0!	#DIV/0!
C. PEDIATRICA					#DIV/0!	#DIV/0!
OBS. Y GINECOLOGÍA					#DIV/0!	#DIV/0!
OTROS					#DIV/0!	#DIV/0!

II.4.3 ADMINISTRACIÓN DE HEMOCOMPONENTES

La evaluación de la administración de hemocomponentes se realiza mensualmente. Se crean tres tipos de Indicadores:

% de IST no cumplimentados (n° de IST no cumplimentados * 100 / n° de IST cumplimentados).

% de transfusiones sin evaluar (N° de pacientes transfundidos * 100 / n° de IST devueltos al banco de sangre).

Microsoft Excel - HOJA DE CALCULO IST

Archivo Edición Ver Insertar Formato Herramientas Datos Ventana ?

Arial 10

D35

	A	B	C	D	E	F	G	H
1								
2								
3								
4	FECHA:	01/05/2006						
5		Nº DE IST CUMPLIMNETADOS	Nº DE IST NO CUMPLIMNETADOS	% DE IST NO CUMPLIMENTADO	Nº DE PAC. TRANSE.	Nº DE IST DEVUELTO	% DE TRANS. SIN EVALUAR	
6	U. 37	51	1	1,96	60	52	86,67	
7	U.36			#DIV/0!			#DIV/0!	
8	U.35			#DIV/0!			#DIV/0!	
9	U.34			#DIV/0!			#DIV/0!	
10	U.33			#DIV/0!			#DIV/0!	
11	U.32			#DIV/0!			#DIV/0!	
12	U.44			#DIV/0!			#DIV/0!	
13	U.56			#DIV/0!			#DIV/0!	
14	U.55			#DIV/0!			#DIV/0!	
15	U.53			#DIV/0!			#DIV/0!	
16	U.68			#DIV/0!			#DIV/0!	
17	U.67			#DIV/0!			#DIV/0!	
18	U.66			#DIV/0!			#DIV/0!	
19	U.65			#DIV/0!			#DIV/0!	
20	U.64			#DIV/0!			#DIV/0!	
21	U.63			#DIV/0!			#DIV/0!	
22	U.60			#DIV/0!			#DIV/0!	
23	U.24			#DIV/0!			#DIV/0!	
24	DIALISIS			#DIV/0!			#DIV/0!	
25	URGENCIAS			#DIV/0!			#DIV/0!	
26	QUIROFANO			#DIV/0!			#DIV/0!	
27	USCI			#DIV/0!			#DIV/0!	
28	ANGIOGRAFIA			#DIV/0!			#DIV/0!	
29	OTROS			#DIV/0!			#DIV/0!	
30								
31								
32								
33								
34								
35								
36								
37								
38								
39								
40								
41								
42								
43								
44								
45								
46								
47								

Hoja1 / Hoja2 / Hoja3 /

Inicio PROCEDIMIENTO EN ... PROCEDIMIENTO PA... Microsoft Excel - HOJ...

MAY NUM 13:23

Indicador

Nº de errores administrativos en la administración de hemocomponentes *100 / Nº de transfusiones realizadas.

Indicador

Nº de errores mecánicos en la administración de hemocomponentes *100 / Nº de transfusiones realizadas.

Indicador

Nº de errores totales en la transfusión (Nº de errores comunicados*100/nº de transfusiones)

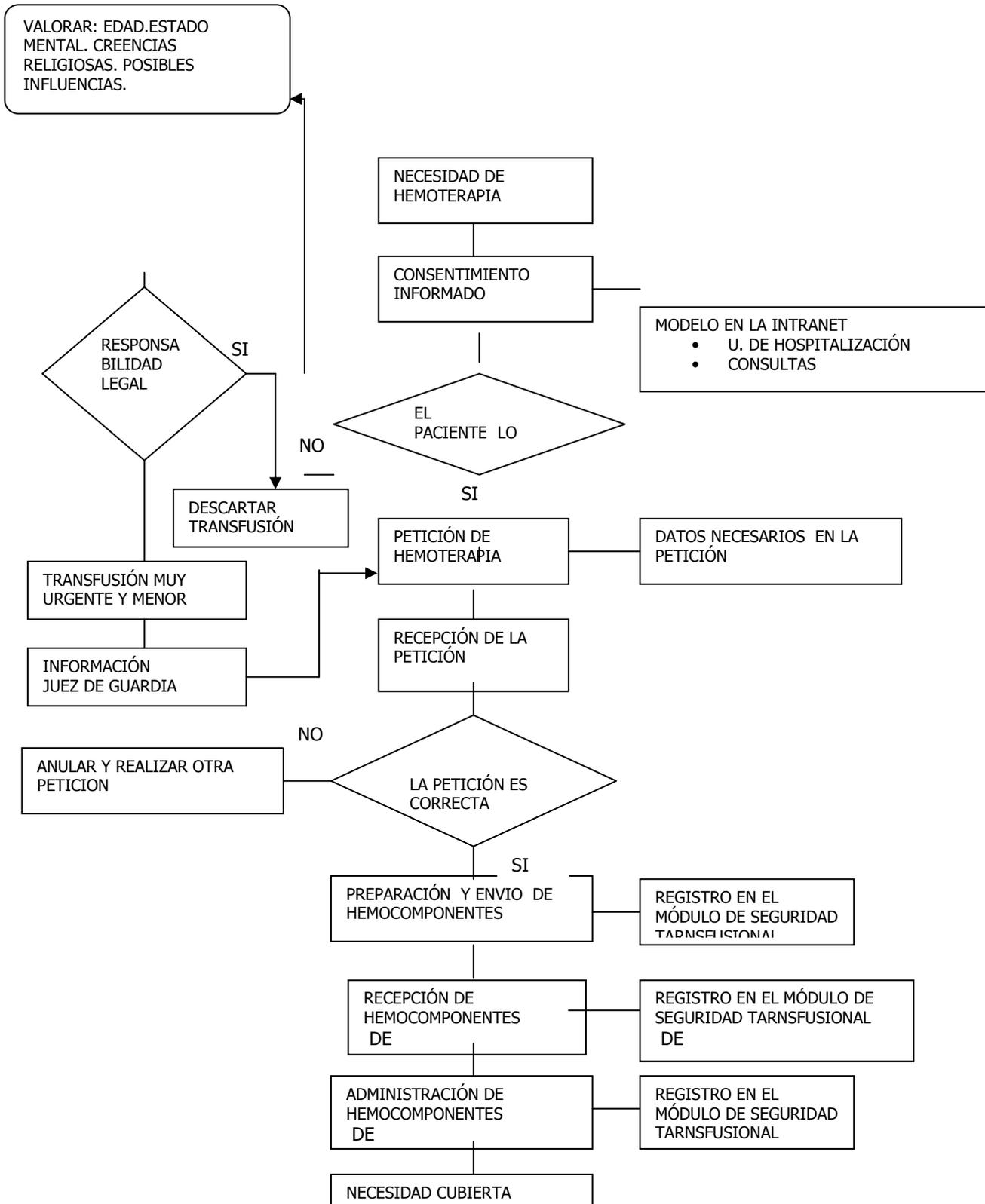
Ámbito hospitalario. Tipo porcentual. Evaluación trimestral. Origen de los datos IST

ERRORES ADMINISTRATIVOS	
	TOTAL
Nº DE TRANSFUSIONES	0
No realizar la comprobación de los datos del IST y la bolsa entre dos personas	0
No identificar los datos de la bolsa con el paciente	0
No cumplimentar el IST	0
Enviar hemocomponentes a destinos equivocados	0
El IST no se devuelve al día siguiente de la transfusión	0
ERRORES DE ADMINISTRACIÓN	
Transfundir una bolsa perforada	0
Calentar una unidad de sangre o plasma sin que la situación lo requiera	0
Utilizar un ritmo de infusión inapropiado al paciente.	0
Alargar el tiempo de transfusión sin causa justificada.	0

II.6 ANEXOS

II.6.1 ANEXO 1:

Diagrama de flujo petición, preparación y administración de hemocomponentes.



II.6.2 ANEXO 2

ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE HEMOCOMPONENTES

1.- ADMINISTRATIVOS

- 1.1. No realizar la comprobación de los datos del IST y la bolsa entre dos personas.
- 1.2. No identificar los datos de la bolsa con el paciente.
- 1.3. No cumplimentar el "Informe de Seguridad Transfusional"

2.- DE ADMINISTRACIÓN

- 2.1. Transfundir con una bolsa perforada al conectar la bolsa con el sistema de infusión.
- 2.2. Añadir a la bolsa alguna medicación o producto para que el contenido sea menos viscoso.
- 2.3. Calentar una unidad de sangre o plasma sin que la situación lo requiera.
- 2.4. Transfundir con aspecto sospechoso.
- 2.5. Utilizar un ritmo de infusión inapropiado al paciente.
- 2.6. Alargar el tiempo de transfusión sin causa justificada.

II.6.3 Anexo 3

Aspectos relativos al procedimiento de petición, preparación, envío y administración de hemocomponentes en pediatría.

En los niños, especialmente recién nacidos, los criterios de valoración para la indicación de transfusión de componentes sanguíneos son muy diferentes a los adultos dados las singularidades fisiológicas de los niños. Los valores hematológicos, la volemia y la respuesta a situaciones de estrés como la hipovolemia y la hipoxia varían mucho. Las diferencias más importantes ocurren en el neonato. Por ello, en la medicina transfusional se distinguen 2 periodos desde recién nacidos hasta los primeros 4 meses por un lado, y a partir de los 4 meses (lactantes y niños) por otro. El comportamiento de este segundo grupo es similar al de los adultos con las diferencias razonables atribuibles a peso, volemia, situaciones patológicas que pueden condicionar la necesidad de transfusión, mayor tolerancia a la anemia, etc

La solicitud del consentimiento informado tiene unas características especiales, pues se debe solicitar a los padres, aunque si el niño es suficientemente consciente y autónomo se le debe requerir al niño la autorización para la administración de la sangre junto a la explicación pertinente. En caso de que los padres, se niegan es preceptivo siempre comunicarlo al juez de guardia.

Las muestras a extraer, las pruebas a realizar, el volumen requerido, el tipo de producto, la administración del mismo y las posibles reacciones transfusionales presentan unas características especiales a tener en cuenta por el pediatra y el banco de sangre.

Por todo ello en este procedimiento se hace mención especial de la situación de la transfusión en pediatría insistiendo en varios puntos que se describen a continuación de forma ordenada temporalmente:

En primer lugar, es preciso la evaluación y establecimiento de la indicación por el pediatra en base a parámetros clínicos y analíticos que cambian según la edad del niño. Hay que valorar también requerimientos especiales para prematuros, inmunodeprimidos e hijos de madres CMV negativas, como pueden ser sangre irradiada, CMV negativa y/o sangre reconstituida (exanguinotransfusión). Se debe realizar la petición "exacta" del producto requerido y el volumen necesario para el paciente concreto. La disponibilidad o necesidad de productos muy específicos o no habituales se debe consultar con banco de sangre.

Solicitud del consentimiento informado a padres o tutores y al propio niño si está en edad que lo permita. Si los padres o tutores no autorizan la transfusión, el pediatra debe comunicarlo al juez de guardia, con objeto de recibir amparo legal para la realización de la transfusión, incluso en contra de la voluntad de los tutores legales. En casos de extrema urgencia, ello se puede hacer incluso después de haber realizado la transfusión. Si el caso lo permite, se debe comunicar primero al juez, y posteriormente con la autorización proceder a la transfusión.

Solicitar el volumen adecuado de producto a la situación clínica y peso (volemia) del niño.

DOSIS Y RESPUESTA ESPERABLE A LA TRANSFUSION EN NEONATOS/NIÑOS		
Componente	Dosis recomendada	Respuesta esperada
Concentrado de hematíes	10-15 ml/Kg.	Aumento de 3 g/dl en Hb 9% en hematocrito
Plaquetas	Unidad o equivalente por cada 10 Kg. de peso	Aumento en 30-50.000/mcl
Plasma Fresco Congelado	10 ml/Kg.	Dependerá de los niveles previos y consumo

El producto sanguíneo a seleccionar debe ser ABO compatible y carecer de anticuerpos irregulares significativos. Si se transfunden plaquetas ABO incompatibles se deben lavar para eliminar las isoaglutininas y resuspender en suero salino, albúmina o en plasma fresco congelado si el paciente también requiere factores de coagulación.

Se debe tener en cuenta el volumen de cebado que se pierde con el sistema de infusión a la hora de solicitar una cantidad específica de componente sanguíneo para un neonato. La cantidad precisa de producto se extraerá de forma aséptica mediante conector estéril de la unidad original. El resto del producto de la bolsa original quedará guardado en condiciones adecuadas reservado para el mismo recién nacido, hasta su nueva petición o alcanzar fecha de caducidad. El número de alícuotas a extraer, no está definido previamente y depende del volumen inicial y el volumen requerido para cada transfusión. Puede oscilar entre 2-5 alícuotas. Cada alícuota se etiquetará de forma que sea perfectamente identificable como tal, asegurando la trazabilidad.

En nuestro centro, se irradian todos los componentes destinados a neonatos, para prevenir EICH, bajo la premisa de que pueden pasar semanas o meses hasta que se identifique una

inmunodeficiencia. Esta medida es fundamental en transfusión intrauterina, prematuros y en los excepcionales casos de transfusión dirigida de un familiar. La irradiación debe hacerse lo más próxima posible a la transfusión.

Dado que en nuestra comunidad y hospital solo se dispone de hematíes y plaquetas desleucotizadas (filtrado universal), el riesgo de una infección por CMV sería muy bajo, por lo cual no debe constituir una preocupación. Por otro lado, ello supone que no es preciso el uso de filtros de desleucotización a la cabecera del paciente usados hace unos años. En recién nacidos con especial riesgo (bajo peso, politransfundidos y transfusiones intrauterinas), a pesar de ello puede estar indicado solicitar hematíes de donante seronegativo bien aclarado que la disponibilidad no es inmediata. El banco de sangre los deberá solicitar al centro de transfusiones de la CAM.

En caso de transfusión cuantitativamente importante respecto a la volemia del niño, en menores de 4 meses se valorará la posibilidad de uso de hematíes lavados para evitar la infusión de productos potencialmente tóxicos como potasio, adenina y manitol en cuantía significativa. Para transfusiones de escasa cuantía, no hay problemas como se ha demostrado en numerosos estudios. Se ha concluido de estos estudios que se pueden infundir con seguridad, concentrados de hematíes de 42 días de conservación en solución aditiva, sin lavar, a la dosis habitual de 10-15 ml/Kg. siempre que se infunda lentamente. No es preciso lavar los hematíes para eliminar el potasio ni las isoaglutinas anti-A ni anti-B según estos datos, ni tampoco suponen un problema los niveles de 2,3-DPG bajos tras el almacenamiento prolongado.

En la exanguinotransfusión, se debe retirar el sobrenadante y reconstituir con plasma fresco congelado, a ser posible cuarentenado. En exanguinotransfusiones y transfusiones cuantitativamente importantes, está indicado la retirada del sobrenadante o bien el lavado de los hematíes. En estos casos de transfusiones de gran volumen respecto a la volemia del niño, se debe calentar el componente sanguíneo para evitar posibles efectos secundarios al frío del producto infundido. El calentamiento se realizará siempre con un sistema adecuado y autorizado para evitar hemólisis u otros problemas.

ANEXO III

	INSTRUCCIÓN ASISTENCIAL DE LAVADO DE MANOS	Código: Edición:
--	---	-----------------------------------

Realizado por: Grupo de mejora de control de la infección	Fecha Aprobación:
Destinatarios: Todo el Hospital	Fecha última revisión:
A conocer por: Todo el personal del Hospital	Fecha próxima revisión:

INDICE

1. **OBJETO Y ALCANCE**.....
2. **DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA**.....
3. **REALIZACIÓN**
4. **EVALUACIÓN**.....

III.1 OBJETO Y ALCANCE

La finalidad de este procedimiento es la de establecer las normas para el correcto lavado de manos en las diferentes áreas del Hospital.

III.2 DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

1. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. MMWR 2002;51(No. RR-16):1-56.
2. Protocolo de lavado de manos. CIPPA de la Fundación Jiménez Díaz. 1996.
3. López Matheu C. Lavado de manos. Un cambio de paradigma. Rev ROL Enf 2003, 26: 744-748.
4. Castilla Sierra ML, Murciano Sánchez A. Protocolos de Enfermería: Higiene de las manos en el medio sanitario. Medicina Preventiva 2001, 7:32-35.
5. Guía para la prevención y control de la infección en el Hospital. Comisión Clínica de Infecciones Hospital La Paz, Madrid 2003.
6. Normas UNE-EN (EN-1500; prEN-12054 y prEN-12791).

III.3 REALIZACIÓN

INTRODUCCIÓN

El lavado de manos es una de las medidas más importantes de higiene hospitalaria destinada a reducir la transmisión de microorganismos de persona a persona, particularmente de paciente a paciente a través de las manos del personal sanitario.

Durante la práctica clínica es recomendable evitar el uso de pulseras, sortijas, relojes u otros elementos que dificulten el lavado de manos.

En el año 2002 la OMS y los CDC establecieron un nuevo paradigma que planteaba el lavado de manos tradicional sólo en cuatro circunstancias: cuando éstas están visiblemente sucias; después de ir al baño, antes y después de comer y cuando se ha tocado a un paciente diagnosticado de *Clostridium difficile*, un bacilo resistente a las soluciones alcohólicas. Para el resto de circunstancias que no fueran esas cuatro, el actual paradigma de higienización de manos es el uso de productos de base alcohólica.

INDICACIONES PARA EL LAVADO Y LA ANTISEPSIA DE LAS MANOS

Lavarse las manos con agua y jabón cuando estén visiblemente sucias o contaminadas con material proteínico, o visiblemente manchadas con sangre u otros líquidos corporales, o bien cuando haya sospechas fundadas o pruebas de exposición a organismos con capacidad de esporular, así como después de ir al baño.

En todas las demás situaciones clínicas descritas en los apartados que se describen a continuación, aunque las manos no estén visiblemente sucias, utilizar preferentemente la fricción con una preparación alcohólica para la antisepsia sistemática de las manos, o lavarse las manos con agua y jabón.

- Antes y después del contacto directo con pacientes.
- Después de quitarse los guantes.
- Antes de manipular un dispositivo invasivo (se usen guantes o no) como parte de la asistencia al paciente.

- Después de entrar en contacto con líquidos o excreciones corporales, mucosas, piel no intacta o vendajes de heridas.
- Al atender al paciente, cuando se pase de un área del cuerpo contaminada a otra limpia.
- Después de entrar en contacto con objetos inanimados (incluso equipamiento médico) en la inmediata vecindad del paciente.

Lavarse las manos con agua y un jabón simple o antimicrobiano, o frotárselas con una preparación alcohólica antes de manipular medicamentos o preparar alimentos.

NOTA: No utilizar jabones antimicrobianos cuando ya se haya utilizado una preparación alcohólica para la fricción de las manos.

TÉCNICA DE HIGIENE DE LAS MANOS

CON SOLUCIONES ALCÓHOLICAS

Aplicar una dosis del producto, extenderlo por toda la superficie de las manos y friccionarlas hasta que queden secas (Figura 1)

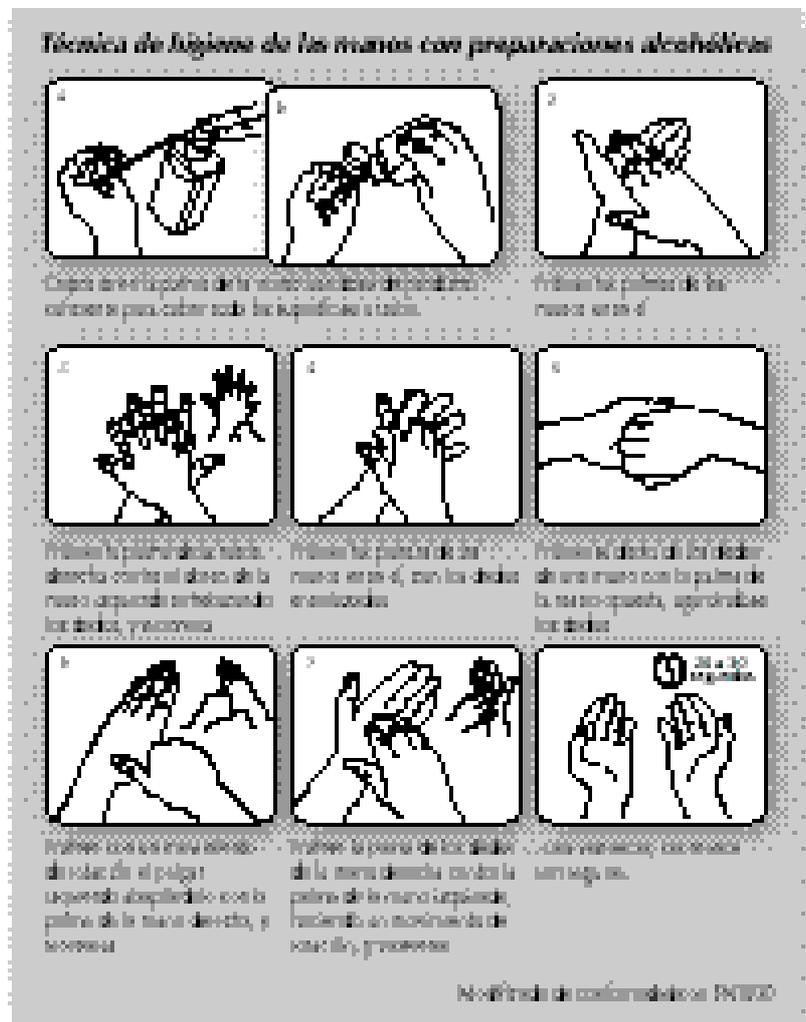


Figura 1. Higiene de manos con preparaciones alcohólicas.

CON AGUA Y JABÓN

Quando se laven las manos con agua y jabón, mojarlas con agua y aplicar la cantidad de producto necesaria para extenderlo por toda la superficie de las mismas. Frotarse enérgicamente ambas palmas con movimientos rotatorios y entrelazar los dedos para cubrir toda la superficie. Enjuagarse las manos con agua y secarlas completamente con papel secamanos desechable. Utilizar este papel para cerrar el grifo(Figura 2).



Figura 2. Higiene de manos con agua y jabón.

ANTISEPSIA PREOPERATORIA DE LAS MANOS

Si las manos están visiblemente sucias, lavarlas con un jabón común antes de proceder a la antisepsia preoperatoria. Con un limpiaúñas, bajo el grifo abierto, eliminar la suciedad que se encuentre debajo de las uñas.

Los lavabos deben estar diseñados de manera que permita reducir el riesgo de salpicaduras.

Quitarse anillos, relojes y pulseras antes de iniciar la antisepsia preoperatoria de las manos. Están prohibidas las uñas artificiales.

Proceder a la antisepsia preoperatoria de las manos lavándose las manos con un jabón antimicrobiano, antes de ponerse los guantes estériles.

Al proceder a la antisepsia preoperatoria, lavarse las manos y los antebrazos durante el tiempo recomendado por el fabricante (2 a 5 minutos). No es necesario prolongar más el lavado (por ejemplo, durante 10 minutos).

EMPLEO DE CREMAS DE MANOS

Se utilizan para reducir en lo posible las dermatitis de contacto por irritantes relacionadas con la antisepsia o el lavado de manos. La crema hidratante de manos debe ser de uso personal, no compartida, salvo que se use en forma líquida. Los botes de crema se pueden contaminar y ser un vehículo de transmisión de infecciones. Si alguna persona tiene problemas en la piel debido al lavado de manos debe ponerse en contacto con Salud Laboral.

USO DE GUANTES

El uso de guantes no sustituye la limpieza de las manos por fricción o lavado.

Utilizar guantes siempre que se prevea el contacto con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos, mucosas o piel no intacta.

Quitarse los guantes tras haber atendido a un paciente. No usar el mismo par para atender a más de un paciente.

Si se están utilizando guantes durante la atención a un paciente, cambiárselos o quitárselos al pasar de una zona del cuerpo contaminada a otra limpia del mismo paciente o al medio ambiente.

No reutilizar los guantes.

III.4 EVALUACIÓN

Se llevará a cabo mediante el control del gasto del jabón, desinfectante y solución alcohólica, solicitando para ello al departamento de compras el gasto semestral de cada unidad del hospital.

HOJA DE EVALUACION DEL LAVADO DE MANOS

Se anotará el número de litros consumido por cada unidad.

Fecha	Unidad	Jabón	Desinfectante	Sol. Alcohólica
-------	--------	-------	---------------	-----------------

ANEXO IV

PREVENCIÓN DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS CON CATÉTER VENOSO CENTRAL	CÓDIGO: HV/PCL01B/POC01 EDICIÓN: 2.1

Realizado por: Grupo de mejora Intensivos	Aprobado por: CIPA
Destinatarios: Profesionales asistenciales Unidad de Cuidados Intensivos.	Fecha Aprobación: Abril 2009
A conocer por: Profesionales asistenciales Unidad de Cuidados Intensivos.	Fecha última revisión: Fecha próxima revisión: Abril 2011

IV.1 OBJETO Y ALCANCE.

La elaboración de un protocolo de actuación en el cuidado y mantenimiento de los catéteres venosos centrales (CVC) en la unidad de cuidados intensivos está justificada por:

La incidencia de infecciones presumiblemente relacionadas con un CVC en los pacientes ingresados en nuestra unidad.

El hecho de que el 80 % de todos los pacientes son portadores de un CVC durante su estancia de UCI.

La inexistencia hasta el momento de un protocolo en funcionamiento.

La certeza de que los factores de riesgo de la bacteriemia relacionada con catéter (BRC) pueden controlarse cumpliendo las normas que propone el protocolo.

Es de aplicación por todos los profesionales sanitarios asistenciales en el desarrollo de la atención del paciente en la UCI.

IV.2 DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA / LEGISLACIÓN APLICABLE.

Manual del Sistema de Gestión de Calidad y Medio Ambiente de Capiro Sanidad.

Normas UNE-EN-ISO 9001:2008; 9000:2005 y 14001:2004.

Tratado de administración parenteral, año 2008, Difusión Avances de Enfermería (DAE S.L).

Carrero Caballero MC. Accesos vasculares. Implantación y cuidados enfermeros. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE S.L); 2002.

Carmen M. Cuidados de Enfermería ante la Cateterización Venosa y Arterial. Controles de monitorización hemodinámica en: Torres A, Ortiz I. Cuidados Intensivos Respiratorios para Enfermería. Barcelona: Espringer–Berlag Ibérica 1997.

IV.3 REALIZACIÓN.

IV.3.1 INTRODUCCIÓN.

La Bacteriemia Relacionada con Catéter (BCR) es una patología que aumenta la estancia media de los pacientes en el hospital de 12 a 14 días según Nicson.

Además se sabe que esta patología asociada a la que padece el paciente, puede desembocar en un aumento del estado de gravedad e incluso provocar la muerte del paciente en un 6-10%.

IV.3.1.1 Etiología de la BRC.

La contaminación de un CVC y proliferación de los microorganismos intraluminal o extraluminal, pueden dar lugar a una infección en el torrente sanguíneo, que va desde infección local a la sepsis del paciente.

CONTAMINACIÓN INTRALUMINAL

Se produce por dos motivos:

- 1.- La infusión de productos contaminados desde su fabricación o con la manipulación en el hospital.
- 2.- Contaminación de las conexiones del CVC y de las llaves de tres pasos.

CONTAMINACIÓN EXTRALUMINAL

Pueden originarse por vía hematógica, al contaminarse el catéter con microorganismos procedentes de otro punto del organismo.

Pueden originarse en la piel por:

No tomar las medidas de higiene y asepsia antes de la canalización del CVC, lo que provoca la introducción de microorganismos y contaminación del cvc en el momento de la introducción de la vía.

Por los microorganismos que se encuentran presentes en la piel alrededor del orificio de inserción, que penetran hacia la punta del CVC por su superficie externa.

IV.3.1.2 Factores de riesgo asociados al paciente.

Edades extremas: ancianos por el deterioro de su sistema inmunológico así como neonatos por inmadurez del mismo.

Politraumatizados y quemados.

Patológicos: Diabetes, comas, leucemias, etc.

Pacientes sometidos a cirugía mayor.

Inmunodeprimidos.

Malnutridos.

IV.3.1.3 Factores de riesgo asociados al catéter y la manipulación del mismo.

Técnica de inserción defectuosa.

Incorrecto lavado de manos antes de la inserción y manipulación del CVC, por contaminación provocada por los microorganismos existentes en las manos del personal.

Mal uso del material y ropa estéril durante la inserción y manipulación del CVC, lo que provoca contaminación por microorganismos procedentes del pelo, ropa, etc.

Excesivo número de días de cateterización, por aumento de manipulaciones y proliferación de colonias.

Uso de nutrición parenteral total y de perfusiones ricas en lípidos como el propofol.

Utilización de antisépticos poco eficaces, siendo los más efectivos clorhexidina al 2% y povidona yodada.

Acumulación de humedad alrededor del punto de punción.



Hospital de Collado Villalba

 Comunidad de Madrid

Rasurado de la piel antes de la inserción, por las micro abrasiones que se produce.

IV.3.1.4 Manifestaciones clínicas de la BRC.

Locales:

Inflamación: Del punto de inserción con dolor, enrojecimiento de la piel, hinchazón y calor alrededor del punto de inserción.

Flebitis: Induración del trayecto de la vena junto con los síntomas anteriores.

Tromboflebitis: Dolor y edema del miembro afectado.

Tromboflebitis supurada: Cuando al trombo se adhieren gérmenes.

Generales:

Bacteriemia: Fiebre mantenida o en picos. Se produce en el 20% de los pacientes.

Shock séptico: Hipotensión, oligoanuria.... Se produce en el 10% de los pacientes.

Endocarditis: Ya que los microorganismos colonizan las válvulas del corazón. Se produce en el 0,8 a 1% de los pacientes.

Gérmenes más frecuentes en el BRC:

Staphylococcus epidermidis, que causa el 50% de las BRC, presentes en la piel de las personas.

Estreptococos.

Cándidas: Sobre todos en perfusiones lipídicas.

Por orden de menor a mayor riesgo de infección:

- Subclavia
- Yugular.
- Femoral.

IV.3.2. IMPLANTACIÓN CVC:

INDICACIONES:

Hacer grandes aportes parenterales al paciente.

Mediciones hemodinámicas.

Las más utilizadas en pacientes críticos, en servicios como UCI y quirófano.

ZONAS DE INSERCIÓN:

Torácicas: V. Subclavias y Yugular externa, interna y anterior.

Inguinales: Safena y femoral. Siendo éstas las de última elección por tener más riesgo de infección, al ser zonas más sucias.

PROTOCOLO DE IMPLANTACIÓN:

Personal necesario: Médico, enfermera y auxiliar de enfermería.

Material necesario:

- Set con el catéter (1-4 lumen, según necesidades)
- Campo estéril (paños, guantes, mascarilla, bata y gorro).
- Anestesia local como mepivacaína.
- Antiséptico (clorhexidina 2% o povidona yodada)
- Gasas estériles.
- Jeringas y agujas IM estériles.
- Llaves de tres pasos (tantas como luces tenga el catéter).
- Bisturí y seda.
- Apósito estéril.

Antes de proceder, se debe aplicar sobre la piel limpia clorhexidina al 2% o povidona.

Es preferible no rasurar la zona ya que se hace micro abrasiones aumentando el riesgo de infección.

La técnica de inserción debe ser totalmente estéril, por ello es primordial la **asepsia del personal:***

- La principal medida de asepsia sigue siendo el lavado de manos aunque se vaya a usar guantes, para evitar infecciones nosocomiales.
- Se realizará un lavado de manos higiénico, con agua y jabón, antes de realizar cualquier técnica en la que manipulemos el catéter, sistemas de infusión y perfusiones.
- Será obligatorio el lavado de manos quirúrgico antes de canalizar la vía central o cualquier otro catéter.
- Utilizaremos guantes estériles tanto para la inserción, como manipulaciones posteriores de las conexiones, curas y cuando se vaya a retirar este y mandar la punta a cultivar.
- Técnica estéril en el cambio de infusiones especialmente el NPT, no usar los mismos guantes con los que hemos manipulado las bombas de infusión.
- Uso obligatorio de gorro y bata en todas las canalizaciones de vías centrales y arterias, igual ocurre con la utilización de mascarilla, en este caso se la deben poner todas las personas que vayan a ayudar en la técnica.
- Ser generosos con los paños estériles, cuanto mayor sea el campo estéril, más asépticas serán las manipulaciones.
- Los paños estériles se pueden utilizar también para cubrir las luces con las llaves de tres pasos, o en su defecto se pueden utilizar compresas estériles.

POST-IMPLANTACIÓN:

*Rx de control.

*Control de la zona de inserción por si existieran hematomas, en este caso se pondría compresión y frío local.

*Cura estéril a las 24h de la implantación, espaciándose más las siguientes. Se limpiará la zona con SSF de dentro hacia fuera, repitiendo la operación con clorhexidina o povidona.

*Heparinizar las luces con "Fibrilin", hacerlo con jeringas distintas para cada luz. Se hará cada 24 horas.

IV.3.3 CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DEL CVC.

IV.3.3.1 Cuidados extraluminales: Cuidados de la parte externa del catéter y sus anejos.

Curas periódicas asépticas cada 48 horas en el caso de apósitos de gasas y hasta 7 días con apósitos transparentes transpirables. Y siempre que el apósito esté sucio o deteriorado. Mantener los anejos limpios y libres de pegamentos.

La cura se realizará limpiando con ssf empezando desde la zona de inserción del catéter en forma circular hasta unos 20 cm y posteriormente con clorhexidina al 2%, dejar secar al aire antes de cubrir con un apósito estéril, siendo el transparente el más recomendado. La cura siempre ha de ser estéril.

Conservar siempre las pinzas de clampado que mantendrán el sistema cerrado, o válvulas de seguridad Luer-Lok, que dará seguridad en cuanto al riesgo de posibles desconexiones.

Cualquier manipulación y desconexión se debe procurar siempre hacerlas por debajo de la altura del corazón evitando así la embolia aérea.

Cualquier manipulación se hará siempre usando guantes previo a lavado de manos.

No utilizar atb ni antisépticos tópicos en pomada para la protección del punto de inserción, creando de esta manera resistencias.

IV.3.3.2 Cuidados intraluminales: Incluye el criterio de manejo del lumen del catéter que se tiene que implantar, a menor lumen menor daño de la íntima en esta técnica. Siendo el facultativo quien valorará la necesidad del grosor del catéter.

Con respecto al uso de las luces se recomienda:

- Luz distal para la nutrición parenteral exclusivamente (siempre que sea posible).
- Luz medial para sueroterapia y drogas.
- Luz proximal para medicación intermitente.

Se retirarán todas las conexiones y llaves de tres pasos cuando ya no sean necesarias.

Cerrado y sellado estricto de las luces que no se estén utilizando con monodosis de heparina (20 UI/ml).

Evitar continuas conexiones cambiando sistema por cada medicación. Es preferible lavar el sistema ya existente y poner la misma medicación en el mismo.

Se limpiará las válvulas de inyección con antiséptico antes de acceder con ellos al sistema.

IV.3.3.3 Cambios de sistemas y perfusiones:

Se cambiarán todos los sistemas de infusión, transductores de presión, llaves y tapones cada 72 hrs.

Emulsiones lipídicas se cambiarán cada 24h.

Antibióticos en perfusión cada 48.

El propofol se cambiará cada 12h.

Es muy importante mantener estériles todos los componentes de los sistemas de monitorización de presiones. No utilizar estos sistemas para administrar medicación, ni sacar analíticas.

Todos los sistemas que estén conectados se cambiarán a l mismo tiempo, no se pondrán en contacto uno nuevo con uno viejo.

*Para extraer una muestra de sangre de un CVC, se extraerán 10cc de sangre para desechar, siendo muy importante lavar con SSF, evitando que quede cualquier resto hemático en el catéter, ya que los resto de fibrina que pudieran quedar tanto en luz como en tapones o llaves de tres pasos, favorecen la proliferación de gérmenes.

PERFUSIONES.

Cada 12hrs.: Amiodarona, NAD, NTG, Propofol, Insulina, Dobutamina y cualquier perfusión diluida en Dxt. (son diluciones cuyo principio activo solo permanece activo durante este tiempo)

Cada 24hrs.: Perfusiones lipídicas y la NPT

Cada 48hrs.: ATB en perfusión.

IV.3.3.4. Manejo de luces:

La compatibilidad de medicaciones depende mucho de concentraciones, velocidad de infusión. Las precipitaciones pueden ocurrir en cualquier momento, por lo que es importante lavar la vía entre medicaciones.

Las diluciones con S. Glucosado no deben permanecer más de 12h. aumentando con ello el riesgo de infección.

Se aconseja el uso de guantes tanto para cargar medicación, como para manipular los equipos de infusión.

RETIRADA DEL CATÉTER.

Cambiar un catéter de múltiple luz por uno de menos luces cuando ésta ya no sea necesaria.

Retirar cualquier catéter que no sea absolutamente imprescindible.

Cuando la inserción del catéter se ha realizado de forma urgente y sin poder usar la técnica estéril, se recomienda el cambio del catéter antes de las 48 hrs.

No realizar recambio con guía cuando exista evidencia de infección relacionada con el catéter, en cuyo caso se mandará la punta del catéter a cultivar.

Esta técnica se realizará estéril.

IV.4. FORMATOS.

No aplica.

IV.5. ANEXOS.



Hospital de Collado Villalba



No aplica.

ANEXO V

DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE RCP	CÓDIGO: HV/PCL01B/IT01 EDICIÓN: 2.1
--	--

Realizado por: Grupo de trabajo de Enfermería	Aprobado por: NPC
Destinatarios: Equipos de Enfermería de las Unidades Asistenciales	Fecha Aprobación: Abril-2009
A conocer por: Personal asistencial del Hospital	Fecha última revisión: Fecha próxima revisión: Abril-2011

1. OBJETO Y ALCANCE.

Los carros de parada son elementos indispensables para atender en condiciones óptimas, los casos de PCR con material específico.

- Se precisa protocolizar material, orden del mismo y revisión de caducidades.
- Unificar contenido de todos los carros de parada, salvo los ubicados en los servicios de Neonatología y Pediatría (que poseen material específico).
- Establecer el mecanismo de revisión y reposición de los elementos incluidos en el carro de parada.
- Difundir la información.

Este procedimiento es de aplicación en todas las Unidades Asistenciales del Hospital.

2. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA / LEGISLACIÓN APLICABLE.

- Manual del Sistema de Gestión de Calidad y Medio Ambiente de Capio Sanidad.
- Normas UNE-EN-ISO 9001:2008; 9000:2005 y 14001:2004.

3. REALIZACIÓN.

PROFESIONALES IMPLICADOS. Médicos, personal de enfermería, auxiliares de Farmacia y Farmacéuticos.

AMBITO DE APLICACIÓN. Todas las unidades dotadas con carro de parada salvo los servicios previamente citados en el punto 1.

LOCALIZACIÓN DEL CARRO.

- Lugar de fácil acceso, que permita su movilidad.
- Debe ser conocida por todo el personal.

CONTENIDO DEL CARRO.

Comprende el material **imprescindible** para la atención inmediata del paciente en PCR. (Ver Anexo 01).

REVISIÓN DEL CARRO.

El carro permanecerá **precintado** hasta su uso.

Siempre será revisado cuando haya sido abierto, independientemente del uso que se haya hecho de él, volviéndolo a precintar tras dicha revisión/reposición, correspondiendo esta labor a la **enfermera** que lo haya utilizado, rellenando el formato correspondiente.

En el caso de no ser utilizado, la primera semana de cada mes, la **supervisora** romperá el precinto y procederá a su revisión/reposición, precintando nuevamente al finalizar, firmando el formato correspondiente.

COMPROBACIÓN DEL DESFIBRILADOR. Debe considerarse como fundamental la comprobación del **monitor/desfibrilador, laringoscopio, ambú.**

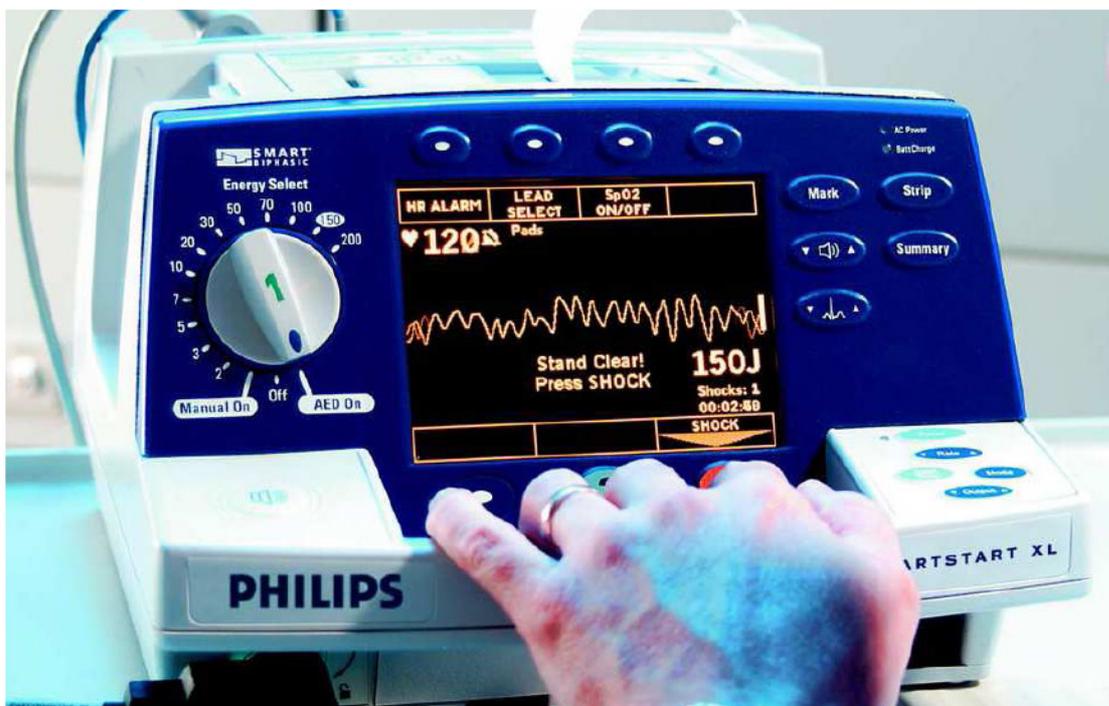
La comprobación de la **correcta carga y funcionalidad** del desfibrilador se realizará **de forma diaria** (en cualquiera de los turnos), correspondiendo esta labor a cualquiera de las enfermeras presentes en la unidad, firmando el formato correspondiente.

METODO DE COMPROBACIÓN COMPLETA.

1. El desfibrilador permanecerá **siempre enchufado a corriente**, salvo en el momento de comprobación de su funcionamiento.

2. Una vez desenchufado, se conectará el cable que se utiliza para conectar las palas adhesivas, al que se acoplará el dispositivo de test de carga/MP.

3. Manteniendo pulsada la tecla “tira” se girará el selector de carga desde la posición “apagado” a la posición “manual” o “DEA” siguiendo las instrucciones que aparecen en pantalla. **De esta forma se realiza también la comprobación del funcionamiento del marcapasos.** Dado que esta forma precisa la apertura del carro para utilizar el cable y el dispositivo de test de carga/MP se realizará **justo antes de precintar el carro.**



Desfibrilador.



Palas adhesivas externas.



Cable de conexión a palas adhesivas.

METODOS ALTERNATIVOS.

A. Manteniendo conectadas las palas convencionales al desfibrilador se repite el punto 3. En este caso el choque se realiza desde las palas. No se prueba el MP.

B. Desplazar el selector de carga hasta 150 Julios y realizar carga y choque desde las palas. Aún siendo el método más rápido es el que menos parámetros testa.

COMPROBACIÓN DE LARINGOSCOPIO Y AMBÚ.

Se realizará junto con la comprobación del desfibrilador. El laringoscopio permanecerá dentro su maletín, desmontado. Durante la comprobación se probarán todas las palas que contenga para confirmar su correcta articulación, la luminosidad de las ópticas y que las pilas tienen suficiente carga.

En el interior del maletín se guardarán también las pilas de repuesto y al menos una bombilla de reposición.

El ambú permanecerá en todo momento montado, es decir, bolsa, reservorio con alargadera y mascarilla.

Se reflejará su revisión firmando la enfermera responsable de su revisión en la hoja de formato correspondiente.

4. FORMATOS.

- HV/PCL01B/FIT01/01: Revisión mensual del carro de RCP.
- HV/PCL01B/FIT01/02: Revisión diaria del carro de RCP.

5. ANEXOS.

- HV/PCL01B/IT01/Anexo01: Contenido del carro de RCP.

ANEXO VI

	PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN NUTRICIONAL	Código: FJ/PCL01A/POC02 Edición: 1.1
--	---	---

Realizado por: Grupo Mejora Nutrición	Fecha Aprobación:
Destinatarios: Unidades de Hospitalización	Fecha última revisión:
A conocer por: Personal de enfermería y médico	Fecha próxima revisión:

INDICE

1. OBJETO Y ALCANCE

2. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

3. REALIZACIÓN

4. EVALUACIÓN

5. FORMATOS

6. ANEXOS

1. OBJETO Y ALCANCE

Disponer de un documento para la valoración nutricional de los pacientes ingresados en la Fundación Jiménez Díaz.

2. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- Weekes E, Elia M et al. The development, validation and reliability of a nutrition screening tool based on the recommendations of the British Association for Parenteral and enteral Nutrition (BAPEN). Clin Nutr. 2004 Oct; 23 (5): 1104-12.

3 REALIZACIÓN

Las actividades se esquematizan en el Diagrama de Flujo (Anexo 1).

1.1. Pacientes susceptibles de valoración nutricional:

La valoración nutricional se realiza al **ingreso del paciente** y **semanalmente** siempre que se cumpla alguno de los criterios siguientes:

1. Estancia prevista superior a cuatro días.

2. Criterios sociales:

Ancianos

Indigentes

Toxicómanos

3. Criterios clínicos en pacientes adultos:

- Neoplasias del tracto digestivo
- Enfermos oncológicos
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Fístulas enterocutáneas
- Síndrome de intestino corto
- Pancreatitis

- SIDA
- Hepatopatías
- Cirugía mayor
- Traumatismos graves
- EPOC
- Insuficiencia renal
- Enteritis postradiación
- Diabetes
- Sepsis
- Quemados
- Ancianos
- Deterioro cognitivo, ACVAS

1.2. Valoración Nutricional por la Enfermería:

- La enfermera responsable de los cuidados del paciente es la encargada de Valorar el estado nutricional del paciente registrando esta actividad en la Hoja de Valoración del Paciente:
 - Talla
 - Peso habitual
 - Peso actual
 - Pérdida de peso no intencionada.....SI/NO
 - ¿En cuánto tiempo? _____
 - % pérdida de peso
 - IMC
 - Riesgo de desnutrición..... SI/NO

1.3. Criterios de comunicación de la valoración al médico responsable:

- El enfermo presenta un IMC menor de 19Kg/m².

IMC	DESNUTRICIÓN
17-18,4	LEVE
16-16,9	MODERADA
<16	INTENSA

- Pérdida de peso previa o durante el ingreso.

TIEMPO	PORCENTAJE PÉRDIDA DE PESO		
	LEVE	MODERADA	SEVERA
1 SEMANA	1-2%	2%	>2%
1 MES	<5%	5%	>5%
3 MESES	>10%	10-15%	>15%

5.4. Valoración Nutricional por el Médico de planta:

Tras recibir la comunicación por parte de la Enfermería del posible riesgo nutricional del enfermo, el facultativo responsable realiza una valoración personal y la prescripción de un soporte nutricional, si procede, para lo cual dispone como material de apoyo del "Manual de Nutrición Hospitalaria Fundación Jiménez Díaz".

- **Aspectos que debe cumplir la valoración nutricional:**
 - Revisión de la historia nutricional del paciente.
 - Exploración física del estado nutricional.
 - Revisión del estado clínico.
 - Evaluación de los datos antropométricos e índices bioquímicos del estado nutricional.
- **Criterios de riesgo de malnutrición:**

Se considera que un adulto presenta riesgo de malnutrición si coinciden 2 de los 3 siguientes:

- Pérdida de peso superior al 10% del habitual en los últimos 3 meses.
- Albúmina sérica inferior a 3.5 g/dl.
- Paciente con patología de riesgo nutricional: neoplasias, fístulas, sepsis, cirugía mayor, hepatopatía etc.

Indicación de soporte nutricional:

- Paciente con buen estado nutricional y estrés metabólico leve, si la situación de mantiene 7 o más días.
- Paciente con buen estado nutricional y estrés metabólico grave, si la situación se mantiene 3-5 días.
- Pacientes con desnutrición.

5.5. Realización de un parte de interconsulta al Servicio de Nutrición:

El médico responsable puede emitir una interconsulta al Servicio de Nutrición cuando lo crea conveniente.

4. EVALUACIÓN

Con periodicidad anual, el grupo de mejora realiza la evaluación del cumplimiento de este procedimiento obteniendo los siguientes indicadores:

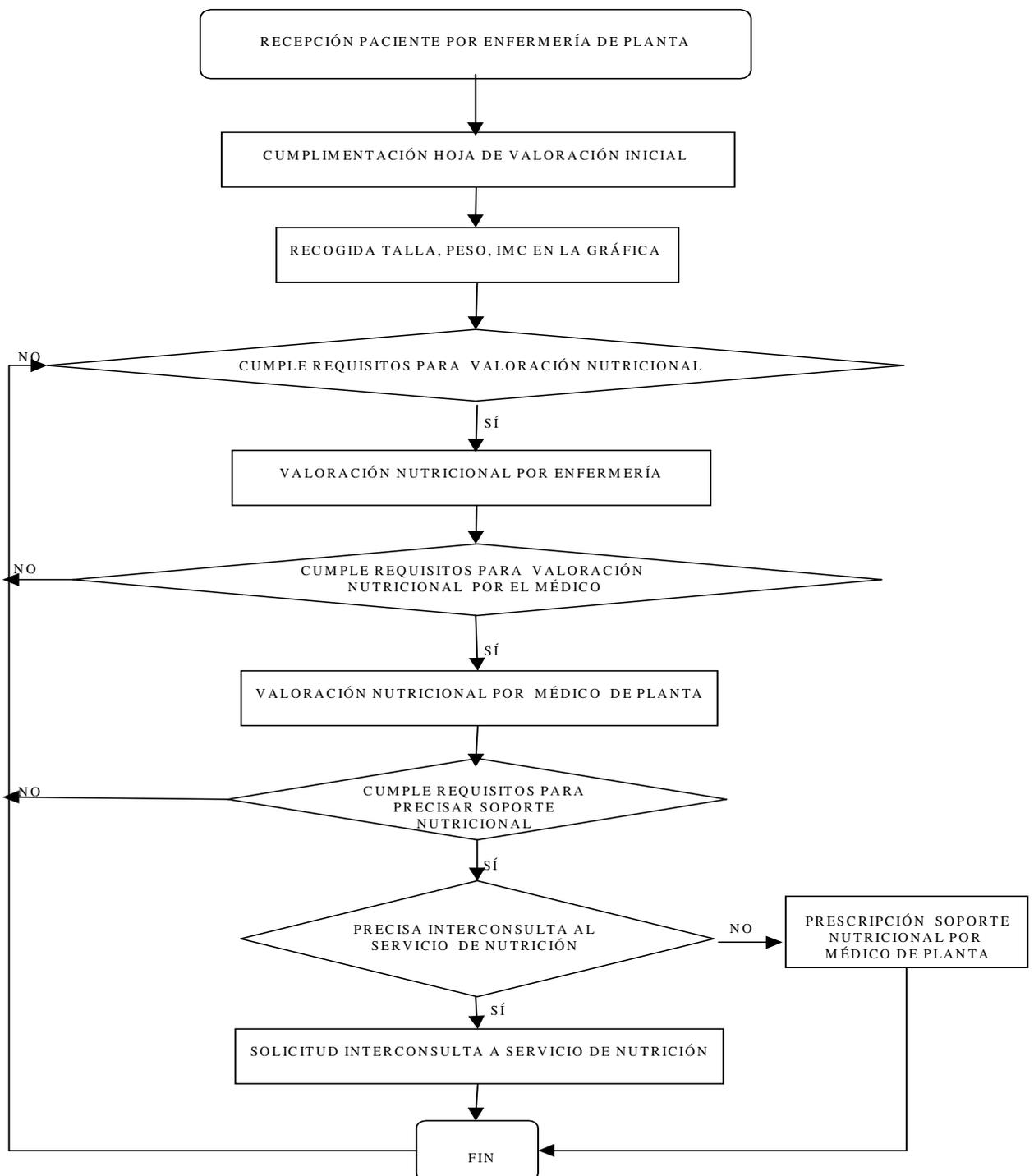
- % de valoraciones del estado nutricional por personal de enfermería.
- % de pacientes valorados con riesgo de desnutrición

5. FORMATOS

Historia Clínica informatizada INDRA

6. ANEXOS

1.- Diagrama de Flujo del Procedimiento de Valoración Nutricional:



ANEXO VII

	PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	Código: Edición:
--	---	---------------------

Realizado por:	Fecha Aprobación:
Destinatarios: Unidades Hospitalización y Urgencias	Fecha última revisión:
A conocer por: Personal médico Personal de Enfermería	Fecha próxima revisión:

INDICE

- 1. OBJETO Y ALCANCE**
- 2. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA**
- 3. REALIZACIÓN**
- 4. EVALUACIÓN**
- 5. FORMATOS**

VII.1 OBJETO Y ALCANCE

La finalidad de este documento es la prevención de caídas en pacientes ingresados. En el se detallan los cuidados de enfermería que se deben prestar para mantener cubiertas las necesidades de seguridad del paciente y su entorno durante el ingreso.

La instrucción asistencial, también se ocupa de la prevención secundaria (evitar complicaciones de la caída una vez se ha producido ésta).

Esta Instrucción Asistencial es de aplicación a todos los pacientes ingresados en las Unidades de hospitalización y Urgencias.

VII.2 DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

Vellas B. Trastornos de la postura y riesgo de caídas. Ed. Glosa. Barcelona 1996.

Vidan Astiz MT. Inestabilidad y caídas. Ed Uriach. Madrid 1991: 75-81.

Hospital Da Costa. Burela. Lugo España.

Gómez A, Matesanz Mateos E. Caídas en pacientes hospitalizados. FJD.

Astrain. ¿Cuál de sus pacientes tienen más riesgo de caída? Revista RM.

VII.3 REALIZACIÓN

FACTORES DE RIESGO DEL ENTORNO

Ausencia de barandillas de la cama.

Freno de la cama en mal estado

Iluminación mala

Timbre de llamada no funciona

Mobiliario inadecuado

Servicio inaccesible y sin asideros.

Suelo mojado deslizante.

Desorden.

Ropa y calzado inadecuado.

FACTORES DEL PACIENTE

Movilización y deambulaci3n sin solicitar ayuda.

Edad superior a 75 a1os o inferior a 5 a1os.

Estado de confusi3n, desorientaci3n y/o alucinaci3n

Impotencia funcional (amputaci3n de miembro, paresia, par3lisis, Parkinson, artrosis...) o inestabilidad motora y debilidad muscular por inmovilizaci3n prolongada.

Alteraciones oculares o sensitivas.

Postoperatorio inmediato.

Sedaci3n o ingesti3n de f3rmacos que produzcan depresi3n del nivel de conciencia o mareos.

Alcoholismo y/o drogadicci3n.

Actitud resistente, agresiva o temerosa.

Hipotensi3n.

Hipoglucemia.

Ansiedad relacionada con el patr3n de eliminaci3n en enfermos que deben permanecer en reposo absoluto.

Enfermedades neurol3gicas (epilepsia, convulsiones...)

Enfermedades cardiacas (arritmias, portadores de marcapasos...)

Enfermedades del aparato respiratorio (disnea, hipercapnia...)

Portadores de dispositivos externos que puedan interferir en la movilidad y deambulaci3n (sondas vesicales, drenajes, pies de gotero, bastones, andadores...)

En la Valoraci3n al ingreso que hace la enfermera responsable del paciente se usar3 la escala de Downton.(ver anexo) para ver el riesgo de ca3da del paciente.

La reevaluaci3n de los pacientes con riesgo de padecer ca3das se realizar3 cuando se produzca un cambio de situaci3n del paciente.

MEDIDAS PREVENTIVAS DE CAÍDAS EN PACIENTES CON RIESGO

Verificar seguridad ambiental

- Barandilla de la cama
- Freno de la cama
- Iluminación
- Timbre de llamada
- Mobiliario
- Servicio inaccesible y sin asideros
- Suelo mojado deslizante
- Desorden
- Ropa y calzado inadecuado

Instaurar medidas con los pacientes encamados :

- Comprobar que la barandilla de la cama está elevada.
- Verificar que el freno de la cama está puesto.
- Mantener alguna iluminación nocturna.
- Asegurar que el timbre de llamada está a su alcance, así como los dispositivos de ayuda –bastones, andador...-.
- Retirar obstáculos.
- Facilitar que el baño esté accesible y con asideros.
- Promover el uso de ropa y calzado adecuado.
- Mantener al enfermo incorporado en la cama antes de
- Mantener al enfermo incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, por si tiene algún mareo.

- Sentar al enfermo en un sillón apropiado.
- Acompañar al paciente, ayudándole a caminar.

La supervisora comprobará que se han realizado las evaluaciones y se han adoptado las medidas preventivas.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Ante una caída deben iniciarse medidas de **prevención secundaria**:

Comprobar lesión.

Descartar pérdida de conciencia así como descartar enfermedades sincopales.

Algunas preguntas útiles: ¿Cuándo y dónde tuvo lugar la caída? ¿Qué estaba haciendo en ese momento? ¿Tuvo sensación de que se iba a caer? ¿Perdió el conocimiento? ¿Cómo se levantó? ¿Notó algún síntoma antes de que se produjera la caída?

Identificar y corregir factores ambientales.

La enfermera rellenará la hoja de registro de caídas (ver anexo) y la supervisora la enviará a Dirección de Enfermería junto con el informe de caídas (ver anexo), una copia se deja en la Historia Clínica.

VII.4 EVALUACIÓN

Los requisitos establecidos para la evaluación de la prevención de caídas son los siguientes:

Se ha registrado los factores de riesgo.

Se ha aplicado la escala Downton, al ingreso.

Se ha aplicado la escala Downton ante la ocurrencia de un "cambio relevante".

Se ha registrado alguna modificación de la valoración.

Se ha cumplimentado la Hoja de Registro de Caídas.

Se ha cumplimentado el Informe de Evaluación de Caídas.

Todos los aspectos descritos anteriormente serán evaluados mediante revisión de las incidencias recogidas en la Hoja de Valoración de Enfermería, la Hoja de Registro de Caídas y el Informe de Evaluación de Caídas.

De los datos recogidos por la dirección de enfermería con la Hoja de Registro de Caídas y el Informe de Evaluación de Caídas, se obtendrán anualmente los siguientes indicadores:

Nº de caídos totales / Nº total de pacientes ingresados

Nº de pacientes identificados de riesgo bajo de caídas / Nº total de pacientes

Nº de pacientes identificados de riesgo alto de caídas / Nº total de pacientes

Nº total de caídos / Nº de pacientes identificados de riesgo bajo de caídas

Nº total de caídos / Nº de pacientes identificados de riesgo alto de caídas

VII.5 FORMATOS

Hoja recogida datos caídas

Hoja informe evaluación caídas

ANEXO VIII

	INSTRUCCIÓN ASISTENCIAL PARA EL CUIDADO DE LAS ULCERAS VASCULARES	Código: FJ/PCL 01/IA 03 Edición: 1.1.
--	---	---

Realizado por: Grupo mejora	Fecha Aprobación:27/09/05
Destinatarios: Unidades de Hospitalización	Fecha última revisión:
A conocer por: Personal Médico y de Enfermería	Fecha próxima revisión:

INDICE

1. OBJETO Y ALCANCE
2. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA
3. REALIZACIÓN
4. FORMATOS.....

VIII.1 OBJETO Y ALCANCE

La finalidad de este documento es establecer las actividades y cuidados de enfermería en el tratamiento de las úlceras vasculares.

Este procedimiento es de aplicación a todos los pacientes ingresados en la Fundación Jiménez Díaz y que precisen cuidados de úlceras vasculares.

VIII.2 DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- Manual de Procedimientos y Técnicas de la FJD.
- Técnicas de Enfermería. Enfermería Profesional de McGraw-Hill. Ineramericana.

VIII.3 REALIZACIÓN

1. VALORACIÓN ULCERA VASCULAR

La enfermera revisa con detenimiento los siguientes aspectos:

- Tipo de lesión
- Características de la lesión
- El número de lesiones
- Estado de los miembros inferiores, observando las diferencias entre ellas de:
 - Calor
 - Color
 - Movilidad
 - Pulsos
 - Hidratación
- Diagnóstico y pronóstico para poder optar por un tipo de cura u otro.
- Tener en cuenta patologías asociadas de base, como:
 - Hipertensión.
 - Diabetes.

- Tabaquismo.
- Otras.

2. MATERIAL NECESARIO

Carro de curas:

- Betadine jabonoso
- Betadine solución
- Suero salino.
- Esponjas.
- Equipo de curas
- Bisturí
- Gasas estériles y compresas
- Empapadores
- Pomadas : vaselina, iruxol, bactroban
- Esparadrapo
- Tubitón
- Patucos vasculares
- Vendas elásticas y de gasa
- Linitul.

3. CURAS SEGÚN LESIÓN

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE ULCERA VASCULAR ARTERIAL Y ULCERA VASCULAR VENOSA		
	VENOSA	ARTERIALES
LOCALIZACION	tercio inferior mmii, cara interna	prominencias óseas, dedos, talones
ETIOLOGIA	insuficiencia valvular venosa	déficit aporte arterial
CLASIFICACION	superficial/ profunda	superficial/ profunda
LECHO	granulado y muy rojo	Esfacelos, necrótico
BORDES	irregulares	regulares
TAMAÑO	tendencia a crecer	reducido
PROFUNDIDAD	superficial	profundas
TUNELIZACIONES	No	si/no
EXUDADOS	muy exudativas y sangrantes	Secas/exudativas
PIEL PERILESIONAL	eczematosa, hiperpigmentada	pálida, brillante, delgada
ADEMA	generalizado	si hay, está localizado
DOLOR	moderado, disminuye con elevación	dolor intenso, punzante, mejora en declive

CURA ULCERA VASCULAR VENOSA

- Recoger exudado de la lesión.

- Lavar la lesión de manera muy suave con betadine jabonoso (si el paciente no es alérgico) Si lo fuera limpiar con suero salino.
- Aclarar con suero salino muy bien eliminando los restos de jabón, siempre con mucha suavidad.
- Secar la zona con gasa estéril y de manera muy suave pues este tipo de lesiones sangran con gran facilidad.
- Hidratar la zona de alrededor con vaselina.
- Poner Linitul desgrasado con betadine, si hay confirmación de la infección utilizamos bactroban pomada.
- Cubrir la lesión con compresa estéril
- Vendar con cierta compresión ó poner media compresiva
- Recomendarle al paciente que no esté mucho tiempo de pie y que cuando esté sentado tenga las piernas ligeramente elevadas
- Habrá que poner especial cuidado en que no se produzcan contusiones en esa zona.
- La posición de la cama será con los pies elevados.

CURA ULCERA VASCULAR ARTERIAL

La ulcera arterial se puede presentar con isquemia seca (Lesión con placa necrótica sin exudado exterior) ó con isquemia húmeda (Lesión con tejido necrótico blando con exudado hacia el exterior y despegada del lecho) Según sea el tipo de isquemia que presenta actuaremos de una manera u otra.

Ulceras arteriales con isquemia seca:

Se recogerá un exudado de la lesión si se puede, y si no lo registraremos para recogerlo en cuanto podamos.

Lavar bien de forma exhaustiva con betadine jabonoso.

Aclarar con suero salino, eliminando los restos de jabón.

Dependiendo del pronóstico como hemos dicho anteriormente procedemos a curar de una manera u otra.

Si el pronóstico es desfavorable (amputación), mantendremos la lesión limpia y seca y la cubrimos con gasa mojada en betadine. Empatucar con compresa o patuco vascular.

Si el pronóstico es favorable (cirugía, revascularización), hacemos varios cortes lo más profundos posibles en la placa necrótica, con un bisturí, formando cuadraditos. Cubrimos la lesión con gasa estéril con pomada de iruxol humedecida ligeramente en suero salino (si no humedecemos la pomada no actuará). Hidratamos el pie con vaselina y lo cubrimos con compresa estéril.

Si las lesiones están entre los dedos pondremos gasas interdigitales.

Proteger los talones y evitar apoyarlos

Mantener la cama en posición vascular (con los pies hacia abajo)

Valorar el nivel de dolor del paciente frente a las curas, para administrarle la analgesia prescrita.

En las curas de los días siguientes, intentaremos ir retirando la parte de tejido necrótico, esfacelos que podamos con el bisturí pues esto nos acelerara el proceso de limpieza de la herida

Si la lesión huele a necrosis podremos utilizar ácido acético, que además es eficaz en aquellas infecciones producidas por pseudomonas.

Cuando la lesión ya no tenga placa necrótica ponemos placa de carbono activado, la cual nos va a limpiar de detritus la lesión, va a actuar también como antiséptico y nos va a disminuir el olor a necrosis

Ulceras arteriales con isquémia húmeda:

Recoger exudado de la lesión.

Lavar exhaustivamente con betadine jabonoso

Aclarar bien con suero salino, eliminando los restos de jabón

Secar bien sin hacer mucha presión en la zona de alrededor, secamos de fuera hacia dentro, el lecho de la lesión lo limpiamos haciendo movimientos circulares para arrastrar los esfacelos.

Desbridar mecánicamente con un bisturí el tejido necrótico que podamos, evitando el sangrado.

Poner placa de carbono activado cubrir con apósito estéril,

Hidratar bien con vaselina la zona de alrededor

almohadillar el pie con compresa y con patuco vascular, dependiendo de la temperatura del pie.

Vendar o poner calcetín sin hacer compresión.

proteger los talones y evitar el apoyo, manteniéndolos sobre una almohada.

si la lesión es muy exudativa, cambiará el apósito siempre que esté manchado, procediendo a curar desde el punto 1.

Cuando el fondo de la lesión ya no tenga esfacelos y presente un aspecto limpio y sonrosado, pondremos azúcar más suero salino para que granule más rápidamente.

En estos pacientes con úlceras vasculares, es importante mantener la almohada bajo los miembros inferiores de forma que los talones estén al aire. La cama en posición vascular (antitrendelemburg) y especial cuidado con los pacientes dependientes a la hora de movilizarlos, evitando cualquier contusión accidental.

EVALUACIÓN

Este procedimiento es evaluado continuamente en la Unidad de Cirugía Vascular por la Supervisora.

En el resto de Unidades de Hospitalización la Supervisora es la responsable de realizar la evaluación continuada, en cualquier momento la Supervisora de la Unidad de Cirugía Vascular puede ayudar a dicha evaluación.

VII.4 FORMATOS

No aplica

ANEXO IX

DESPEDIDA Y ALTA DEL PACIENTE	CÓDIGO: HV/PCL01A/POC10 EDICIÓN: 2.1
Realizado por: Dirección Médica, Dirección de Enfermería, Servicio de Atención al Usuario	Aprobado por: Dirección Médica; Dirección de Enfermería
Destinatarios: Personal asistencial de las Unidades de Hospitalización y CMA	Fecha Aprobación: Agosto 2009
A conocer por: Todo el personal asistencial	Fecha última revisión: Fecha próxima revisión: Agosto 2011

1. OBJETO Y ALCANCE.

El objeto de este documento es sistematizar las acciones encaminadas a despedir al paciente que ha finalizado su ingreso hospitalario con la intención de facilitar su incorporación a la vida cotidiana, continuando su recuperación y la atención en otro nivel asistencial.

Este procedimiento debe aplicarse a todos pacientes que sean dados de alta desde las Unidades de Hospitalización y, con sus peculiaridades, desde Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Infanta Elena.

2. DOCUMENTACION DE REFERENCIA / LEGISLACIÓN APLICABLE.

- Manual del Sistema de Gestión de Calidad y Medio Ambiente de Capio Sanidad.
- Normas UNE-EN-ISO 9001:2008; 9000:2005 y 14001:2004.
- Ley 41/2002 de 14 de Noviembre básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Procedimiento de entrega de Guías de Recomendaciones a Pacientes de la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección del SERMAS de Diciembre de 2006.
- Instrucciones de la Dirección General de Atención al Paciente del SERMAS de 23 de Julio de 2009.

3. REALIZACIÓN.

3.1 Justificación.

Dentro del proceso de atención al paciente ingresado, el Alta es tan importante como cualquier otro momento, y así ha sido considerado tradicionalmente. No obstante, y debido a la presión asistencial se corre el riesgo de considerarlo un mero trámite administrativo en el que el único papel del facultativo consista en redactar el informe de alta.

Desde el punto de vista del paciente, es un acto que incide directamente en su percepción de la calidad y en su estado de ánimo cuando sale del Centro. Una despedida adecuada requiere poco esfuerzo y otorga un valor añadido importante.

3.2 Realización.

✓ Día -2 al alta.

El médico comentará con Enfermería el alta próxima. Si procede, debe comentarlo también con Trabajo Social.

Comunicará la proximidad del Alta al Paciente -y en su caso, a la familia- con al menos 24 horas de antelación (dos días sería más apropiado). Es el momento de comunicarles que la habitación deberá quedar disponible antes de las 12 de la mañana.

La enfermera ha de asegurarse que el paciente y su familia disponen de toda la información que necesitan para realizar los cuidados necesarios al Alta. De no ser así, planificará la realización de la Educación e Información.

Desde este momento hasta el Alta se irá preparando la Documentación necesaria:

- **Informe de Alta Médico.**
- **Informe de Alta de Enfermería.**
- **Informe de Trabajo Social.** Necesario únicamente en los casos de:
 - derivación a Hospital de apoyo o Centro de prestación de cuidados,
 - si posteriormente se van a realizar trámites con los Servicios Sociales para solicitar ayuda o prestación de servicios.
- **Recomendaciones y cuidados a seguir después del Alta.** Existen documentos internos elaborados por los diversos Servicios. Además, se encuentran disponibles en la Intranet las Guías de Recomendaciones al Paciente editados por la Dirección General de Atención al Paciente del SERMAS.
- **Hoja de Medicación.** En ella se especifican los fármacos que tiene que tomar el paciente, con su posología, la forma adecuada de tomarlos, efectos secundarios más frecuentes, interacciones importantes, etc. (*Agosto 2009: pendiente de desarrollo*)
- **Recetas de medicamentos de nueva prescripción.**
- **Citas para las consultas o pruebas de revisión indicadas.**
- **Recomendaciones nutricionales al alta.** Si procede.
- **Prescripción del transporte Sanitario gestionado, siempre que exista esa indicación médica.**
 - Se trata de una Hoja en papel auto-copiativo que ha de ser cumplimentada por el médico.
 - Es preciso rellenar todos los campos y prestar especial atención a la dirección de destino, que no tiene que coincidir necesariamente con la que consta en los datos de filiación.
 - Entregar el original en el Control de Enfermería, que la hará llegar a Admisión.

- Incluir la copia en la carpeta de despedida.
- Si existen citas previstas, realizar la solicitud de Ambulancia de ida y vuelta para el día de las mismas, y adjuntar el reporte de fax con el OK de la recepción, para que el paciente pueda reclamar desde su domicilio en caso de que ocurriera alguna incidencia.
- **Solicitud de reintegro de material ortoprotésico.** Si procede.
- **Otros documentos que el equipo sanitario considere necesario.**

✓ **Día 0.**

La despedida de los pacientes deberá ser el primer acto médico de la mañana, de manera que la cama quede disponible lo más rápidamente posible. No hacerlo así provoca disfuncionalidades que retrasan los ingresos programados y de Urgencias.

El facultativo hace entrega al paciente y/o su familia de la Carpeta de Despedida con la documentación necesaria. Es importante repasar con el paciente las distintas partes del informe de alta, con especial hincapié en lo que se ha hecho durante su ingreso, el diagnóstico final, y sobre todo, las implicaciones pronósticas y el tratamiento necesario. Se debe garantizar que el paciente y/o su familia disponga de tiempo suficiente para plantear sus dudas e inquietudes al respecto.

La enfermera, antes de dar por concluido el episodio de atención, actualizará los registros acorde a la situación del paciente y, cuando éste abandone la habitación, liberará la cama en el sistema informático.

3.3 Evaluación.

Se realizará un corte observacional semestral, y se valorará su impacto en las encuestas de Satisfacción del Paciente y en los reportes de Atención al Usuario.

4. FORMATOS.

No aplica.

5. ANEXOS.

No aplica.

ANEXO X

	PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN DE LA CIRUGÍA EN LUGAR ERRÓNEO	Código: Edición:
--	--	---------------------

Realizado por: Grupo de Seguridad Quirúrgica. Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios	Fecha Aprobación:
Destinatarios: Especialistas quirúrgicos	Fecha última revisión:
A conocer por: Anestesiólogos, Personal Enfermería	Fecha próxima revisión:

INDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. OBJETO Y ALCANCE**
- 3. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA**
- 4. REALIZACIÓN**
- 5. ANEXOS**

X.1 INTRODUCCIÓN

La cirugía en el lugar incorrecto es un problema relevante en el ámbito de la seguridad de los pacientes, no solamente porque las consecuencias pueden ser graves, sino porque además tiene un gran impacto mediático y legal. Se define como la cirugía realizada en el lugar anatómico incorrecto. Puede referirse al lado incorrecto (pierna derecha o izquierda), a la

posición o el nivel (dedo incorrecto de la mano correcta) o incluso al procedimiento (procedimiento quirúrgico incorrecto en el ojo correcto).

X.2 OBJETO Y ALCANCE

Es la identificación inequívoca del lugar de la incisión (o inserción), mediante el marcaje preoperatorio; está indicado en los casos en que el procedimiento quirúrgico afecta a órganos o estructuras pares, realizando la distinción izquierda/derecha, múltiples estructuras (mano, pie) o niveles (columna)

X.3 DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

Performance of Correct Procedure at Correct Body Site, Patient safety Solutions; Vol 1, solution 4, May 2007. The Joint Commission International

Patient Safety Alert. Preoperative marking recommendations, Mar 05. National Patient Safety Agency

Alerta de Seguridad en Atención sanitaria, nº4: Cirugía en el lugar erróneo, Fundación Avedis Donabedian

American Academy of Orthopaedic Surgeons, disponible en [www.aaos.org/] <http://www.aaos.org/wordhtml/papers/advistmt/1015.htm>, accedido abril 2004

La seguridad del paciente en cirugía de columna: abordaje de sistemas J Am Acad Orthop Surg (Ed Esp) 2006;5:250-256

X.4 REALIZACIÓN

El marcaje está indicado en los procedimientos de cirugía electiva. No es preceptiva en la cirugía de urgencia, ni en caso de intervención bilateral simultánea (amigdalectomía, estrabismo...), ni en la extracción/intervención de piezas dentarias (se debe indicar el nombre/número del diente)

Comprobación del sitio: tras la adecuada identificación del paciente, comprobando la documentación clínica disponible, y en caso necesario las imágenes y otras pruebas complementarias

Como marcar: con un rotulador de tinta suficientemente permanente, para que sea visible tras la preparación quirúrgica de la piel, en el sitio de la incisión o próximo (ojos), en una posición visible tras la colocación de la cobertura. La marca puede ser una línea, o la inicial del cirujano o un SÍ. Deben evitarse las X, porque pueden ser ambiguas.

Quién: el cirujano principal o el ayudante, quien deberá estar presente en la intervención

Dónde: en la sala preoperatorio, con el paciente consciente, recabando su participación siempre que sea posible. Posteriormente el marcaje se verificará de nuevo en el quirófano

X.5 EVALUACIÓN



Hospital de Collado Villalba



Tasa de marcaje sobre el total de los casos en que procede. Fuente: Checklist de Verificación de la Seguridad Quirúrgica, casos en los que no consta “No procede”

ANEXO XI

	PROCEDIMIENTO DE PREPARACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO	Código: Edición: 1.1.
--	--	-----------------------------

Realizado por: Grupo de Preparación Quirúrgica	Fecha Aprobación:03/06/09
Destinatarios: Urgencias, Unidades de Hospitalización	Fecha última revisión:
A conocer por: Personal de Enfermería	Fecha próxima revisión:

INDICE

1. **OBJETO Y ALCANCE**
2. **DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA**
3. **REALIZACIÓN**
4. **EVALUACIÓN**
5. **FORMATOS**
6. **ANEXOS**

XI.1 OBJETO Y ALCANCE

La finalidad de este documento es establecer las actividades y cuidados de enfermería, a realizar previo a una intervención quirúrgica en pacientes ingresados.

Este documento es de aplicación a todos aquellos pacientes que van a ser intervenidos en el bloque quirúrgico central procedentes de una planta de hospitalización (incluida UVI) o del Servicio de Urgencias.

XI.2 DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

Art. Científico (Cuidados de enfermería en el paciente quirúrgico). Hurtados Soler C. Y Martínez Cuadrados M.J.

Tribuna Sanitaria julio - agosto 2004 (Revista del Colegio de Enfermería)

Formación Continuada LOGOS. Enfermería en Quirófano. Pilar Cayuela Parras; Tema II, pag. 215.

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (C.I.E.) Campo II, J, pag. 356 y 639.

Manejo del paciente quirúrgico. C. Lope. Fundación Jiménez Díaz.

Registro Quirúrgico de Enfermería. Servicio Vasco de Salud. Hospital Txagorritxu.

Seguimiento de la preparación preoperatoria del paciente quirúrgico. Hospital Gregorio Marañón.

XI.3 REALIZACIÓN

Este procedimiento tiene como finalidad asegurar que el paciente acude al quirófano en las mejores condiciones de preparación física, emocional y psicológica.

Otro de los objetivos es evitar anulaciones quirúrgicas, retrasos y/o complicaciones en el perioperatorio.

Tras la indicación de cirugía previo a la intervención la enfermera responsable del paciente debe realizar las siguientes actividades (ver Anexo 1) y registrar su realización en la Hoja de Control de Cuidados prequirúrgicos. (FJ/PCL01A/FPOC06/01).

Revisión de documentación:

- Identificación del paciente y verificación de etiquetas actualizadas.
- Programación quirúrgica confirmada en el sistema informático.
- Revisión de la Historia Clínica del paciente, haciendo hincapié en los siguientes aspectos.
 - Alergias
 - Consulta preanestésica realizada, en su defecto revisar la realización del preoperatorio.
 - Indicaciones del cirujano y anestesiólogo, sobre ayunas, medicación y preparación física del paciente.
 - Consentimiento informado: quirúrgico y de anestesia.

Preparación física del paciente.

La enfermera responsable del paciente debe revisar que la preparación física del paciente se ha realizado según las indicaciones dadas por el cirujano.

A continuación planifica los cuidados necesarios para la intervención:

- El paciente debe de estar en ayunas como norma general 6 horas previas a la intervención, salvo otra indicación del cirujano.
- Administración de enemas o medicamentos de preparación intestinal.
- Administrar y registrar los medicamentos previos a la cirugía, según prescripción del cirujano y anestesiólogo y con la adecuada explicación al paciente.
- Higiene corporal (jabón antiséptico) y bucal.
- Bata quirúrgica y cama limpia.
- Retirar esmalte de uñas, maquillaje.
- Retirar dentadura postiza u otras prótesis, gafas o lentillas, si procede.
- Rasurado quirúrgico.
- Colocación de vías y dispositivos según prescripción médica (SV, Venopunción, etc).
- Control de glucemia, si precisa.
- Registrar signos vitales: Tª, FC, TA, peso, talla.

Preparación psicológica del paciente.

La enfermera responsable del paciente valora y da apoyo teniendo en cuenta los antecedentes culturales y necesidades emocionales.

Comunicación y coordinación con el bloque quirúrgico.

Comunicar y coordinar con el bloque quirúrgico hora de salida del paciente de la planta, enviar los equipos adicionales (pie de suero, bomba de infusión, collarín, etc.) y la historia clínica completa.

Comunicar las consideraciones de cuidados especiales (ceguera, pérdida auditiva, minusvalías, etc).

Información general a familiares:

La enfermera responsable del paciente informa a la familia acerca de las zonas de espera y circuito previsto para el paciente (UVI, Recuperación).

La enfermera responsable del paciente sigue la sistemática establecida en el procedimiento de gestión de objetos personales (FJ/PSN06/POC01)

XI.4 EVALUACIÓN

Anualmente se realiza una evaluación de cumplimiento del procedimiento por el Grupo de Mejora de Preparación Quirúrgica evaluando la cumplimentación de la Hoja de Control de Cuidados Prequirúrgicos (FJ/PCL01A/FPOC06/01).

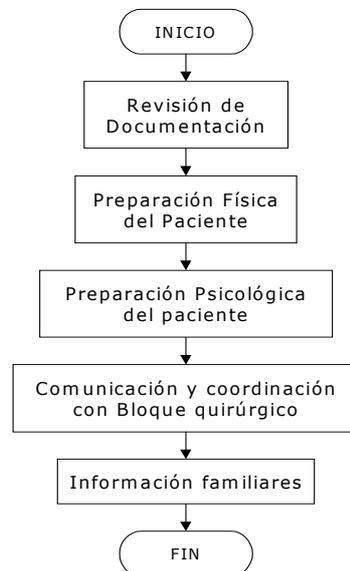
Indicador: Porcentaje de cumplimentación de la Hoja de Control de Cuidados Prequirúrgicos.

XI.5 FORMATOS

FJ/PCL01A/FPOC06/01 Hoja de Control de cuidados prequirúrgicos.

XI.6 ANEXOS

Diagrama de flujo de las actividades a desarrollar.



CIRUGÍA PREVISTA:

FECHA:

ALERGIAS:

	SI	NO	NO PRECISA
Programación quirúrgica confirmada			
En Ayunas			
Historia Clínica(sobre azul)			
Hoja órdenes Médicas			
Hoja Gráfica constantes			
Consulta preanestésica realizada			
Preoperatorio urgente si procede			
Consentimiento informado anestesia			
Consentimiento informado cirugía			
Enema			
Higiene corporal			
Higiene bucal			
Rasurado			
Retiradas prótesis			
Retirados objetos metálicos			
Esmalte de uñas y maquillaje retirados			
Bata quirúrgica			

Vejiga urinaria vacia: **Micción** **Sondaje**

Estado emocional: **Ansiedad** **Preocupado** **Tranquilo**

Parámetros:

P.A.	F.C.	Tª	Peso	Talla

Control de Glucemia	Pauta seguida

Medicación administrada(anotar todos los medicamentos administrados en las 6h previas a la intervención)

Medicamento	Dosis/ vía	Hora

Observaciones:

Firma de Enfermera

Firma de Enfermera

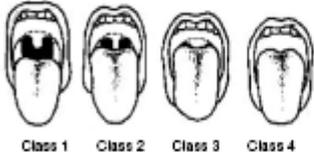
de Hospitalización

de Quirófano

ANEXO XII. VALORACION POSIBLE DIFICULTAD VIA AEREA

Figure 2.1 – Proposed list of anaesthesia safety checks before any anaesthetic

Patient name _____ Number _____
 Date of birth _____ Procedure _____
 Site _____

Check patient risk factors (If yes – circle and annotate)		Check resources	Present and functioning
ASA 1 2 3 4 5 E		<u>A</u> irway – Masks – Airways – Laryngoscopes (working) – Tubes – Bougies	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Airway (Mallampati classification)  Class 1 Class 2 Class 3 Class 4		<u>B</u> reathing – Leaks (a fresh gas flow of 300 ml/min maintains a pressure of >30 cm H ₂ O) – Soda lime (colour, if present) – Circle system (two-bag test, if present)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aspiration risk?	No	<u>s</u> uction	<input type="checkbox"/>
Allergies	No	<u>D</u> rugs and devices – Oxygen cylinder (full and off) – Vaporizers (full and seated) – Drips (Intravenous secure) – Drugs (labelled, total intravenous anaesthesia connected) – Blood and fluids available – Monitors: alarms on – Humidifiers, warmers and thermometers	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Abnormal Investigations?	No		
Medications?	No	<u>E</u> mergency – Assistant – Adrenaline – Suxamethonium – Self-inflating bag Titrating table	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
co-Morbidities?	No		

ANEXO XIV

	PROCEDIMIENTO DE USO DEL LISTADO DE VERIFICACION SOBRE SEGURIDAD QUIRURGICA	CÓDIGO: EDICIÓN:
--	--	-----------------------------

Realizado por: Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios	
Destinatarios: Admisión, Unidades de Hospitalización, Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, Bloque quirúrgico	Fecha Aprobación:
A conocer por: todo el personal del ámbito quirúrgico	Fecha última revisión: Fecha próxima revisión:

INDICE

- 1. OBJETO Y ALCANCE**
- 2. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA/LEGISLACIÓN APLICABLE**
- 3. REALIZACIÓN**
- 4. FORMATOS**
- 5. ANEXOS**

XIV.1 OBJETO Y ALCANCE: El listado de verificación de Seguridad Quirúrgica es una herramienta para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables. Se enmarca en el contexto del Reto Mundial “La Cirugía Segura Salva Vidas”, de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS.

1. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

- UNE-EN-ISO 9001:2008. Gestión de Calidad. Requisitos
- World Alliance for Patient Safety. WHO Guidelines for Safe Surgery (First Edition) WHO/IER/PSP/2008.08-1E © World Health Organization 2008
- MANUAL DE INSTRUCCIONES PARA EL USO DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN SOBRE SEGURIDAD QUIRÚRGICA DE LA OMS (Traducción y Adaptación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía)
- Alex B. Haynes M.D. et al. A surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. N Engl J Med 360:5 NEJM:ORG January, 2009 491-9

XIV.2 REALIZACIÓN

XII.2.1 INTRODUCCIÓN: Las complicaciones quirúrgicas son frecuentes y a menudo evitables. Estudios realizados en países desarrollados muestran una tasa de mortalidad perioperatoria en pacientes ingresados de 0,4-0,8%, y 3-17% de complicaciones mayores. En 2008, la OMS publicó una Guía con recomendaciones para garantizar la seguridad de los pacientes quirúrgicos, y diseñó un Listado de Verificación con el objetivo reducir la morbi-mortalidad. Los resultados del estudio realizado en ocho hospitales del mundo han demostrado que la aplicación sistemática del Listado ha reducido en los Centros de los países más desarrollados la tasa de complicaciones mayores asociadas a la cirugía, de 10,3% a 7,1%, y la mortalidad descendió de 0,9% a 0,6%.

XIV.2.2 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

XIV.2.2.1 Objetivo: es la minimización de las complicaciones severas y la disminución de la mortalidad asociada a la cirugía, para lo que los equipos quirúrgicos tienen una serie de objetivos esenciales en cada caso:

Operar al paciente correcto en el sitio correcto

Prevenir daños por la anestesia, mientras se protege contra el dolor

Prevenir riesgo por compromiso de la vía aérea y la función respiratoria

Conocer y prevenir los riesgos por elevadas pérdidas hemáticas

Evitar las reacciones alérgicas a medicamentos o las reacciones adversas

Reducir el riesgo de infección del sitio quirúrgico

Evitar la retención de cuerpos extraños

Asegurar la correcta identificación de las muestras quirúrgicas

Intercambiar la información crítica para el manejo seguro de la intervención

XIV.2.2.2 Aplicación: el Listado se ha adaptado al funcionamiento y flujo de pacientes propio de la FJD, y se aplica a:

Pacientes de Cirugía Mayor Ambulatoria

Pacientes ingresados con intervención quirúrgica, programada y urgente

XIV.2.2.3 Realización: Se divide en tres fases:

XII.2.2.3.1 En el prequirófano,

XII.2.2.3.2 El período previo a la inducción anestésica en el quirófano,

XII.2.2.3.3 El período durante o inmediatamente después de cerrar la herida.

En cada fase hay un responsable (Coordinador) del chequeo del Listado, y de marcar la confirmación en las correspondientes casillas, son:

Prequirófano: Enfermera de prequirófano responsable del paciente. En la UCSI es la enfermera de la sala

Quirófano: Cirujano principal (o cirujano ayudante); en el caso de estar ya lavado, marcará la confirmación la enfermera circulante

Cada uno de los miembros del equipo quirúrgico deberá responder a las cuestiones del listado que le plantea el Coordinador, según sus responsabilidades clínicas

XIV.2.2.4Desarrollo

XIV.2.2.4.1 En la sala prequirúrgica, el Coordinador (Enfermera) del listado de verificación repasa verbalmente con el paciente, cuando sea posible, o en caso contrario, con el tutor o un miembro de la familia la confirmación de la identidad, la localización de la cirugía y el procedimiento previsto, así como la existencia de los Consentimientos, y se comprobará todo con la documentación clínica (Historia Clínica Electrónica en INDRA y sobre azul);

A continuación se realizará la completa revisión del Protocolo de Preparación Quirúrgica, que incluye la comprobación del estudio preoperatorio, y la posible existencia de alergias a medicamentos, alimentos o a alérgenos ambientales, incluido el látex.

Posteriormente el Coordinador pedirá la confirmación al **Cirujano** que realiza la intervención (principal o ayudante, quien debe visitar al paciente en esta sala) de:

- El procedimiento quirúrgico previsto, así como si se ha marcado, cuando proceda, el sitio de la intervención: casos que implican lateralidad – derecha, izquierda-múltiples estructuras o niveles (dedos concretos, lesiones cutáneas, nivel vertebral...). Si no procede el marcaje, se señala dicha casilla
- El Cirujano confirmará que dispone de las imágenes, estudios e información clínica necesaria para abordar la intervención

Con el **Anestesiólogo** responsable, se repasará y preguntará:

- En primer término la disponibilidad del estudio preanestésico, y su conocimiento del informe sobre el paciente
- Las posibles alergias del paciente
- Si se ha valorado la presencia de dificultad de la vía aérea, y en caso positivo si están dispuestas las medidas y equipo para su manejo.

- El riesgo de pérdida importante de sangre durante la cirugía, y si se han dispuesto las medidas de manejo necesarias (accesos venosos adecuados y disponibilidad de hemoderivados/fluídos); en caso contrario el Anestesista dará las instrucciones apropiadas al personal de quirófano.

XIV.2.2.4.2 En el quirófano, antes del comienzo de la intervención, y con los miembros del equipo presentes, el coordinador (Cirujano principal o ayudante) confirmará que se han realizado los diferentes controles de seguridad. El Coordinador podrá repasar el listado de una vez, o secuencialmente. La anotación en el documento (o en INDRA) la hará la enfermera circulante. En un momento dado, con el paciente ya preparado para la incisión, el Coordinador indicará una pausa momentánea para revisar con todo el equipo los posibles aspectos o pasos críticos en la intervención quirúrgica.

Los apartados que se comprueban en esta Fase son:

Que se ha registrado en INDRA de la identidad de los miembros del equipo quirúrgico, de los diferentes estamentos sanitarios

La identificación activa del paciente, la cirugía a realizar, la localización de la misma y la posición del paciente. Se marca la casilla cuando todos confirman explícitamente que están de acuerdo

La Enfermera Instrumentista corroborará que dispone del material e instrumental necesario, incluso las prótesis e implantes, y que los indicadores de esterilidad son correctos. También responde sobre la verificación del correcto funcionamiento del equipamiento general

El Anestesiólogo confirma se han efectuado los adecuados controles de seguridad anestésica relativos al equipo, material y medicación. Informa sobre la administración de la profilaxis antibiótica, y si se ha hecho en los 30 minutos previos. Se marca la casilla, y en caso de no estar indicada según el Protocolo de la FJD, se registra "No Procede", siguiendo la indicación del cirujano. El Anestesiólogo Informa al equipo, mediante la valoración del riesgo ASA, de la complejidad mayor del paciente, o de la ausencia de cualquier precaución especial. Caso de que la presencia de un Anestesiólogo no sea permanente, por no estar indicada (anestesia local...), se puede marcar "No procede"

El Cirujano informará al resto del equipo si existen preocupaciones específicas o se prevé algún paso crítico en el curso de la intervención, o en caso contrario, que se trata de un caso de rutina

XIV.2.2.5 Al término de la intervención, antes de que el paciente abandone el quirófano el Coordinador repasa con el equipo:

Con la Instrumentista, que se ha realizado el recuento final de compresas, gasas e instrumental

Que se han identificado correctamente las muestras biológicas, así como su número, obtenidas durante la intervención, según el procedimiento determinado por Anatomía Patológica

El Cirujano confirma el procedimiento finalmente realizado, que se anota

Por último cada uno (cirujano, anestesiólogo o enfermera) informará si se ha producido algún incidente, o efecto adverso, o complicación inesperada en el curso de la intervención, de tipo quirúrgico, anestésico o relacionado con los materiales y equipos, marcando el Coordinador la casilla Si/NO. Es atribución de cada uno registrar posteriormente los incidentes en los informes clínicos adecuados

Con estos pasos finales se completa el Listado de Verificación, y el Coordinador lo fecha y lo firma.

El documento de verificación se remite desde la Unidad de Reanimación a la Unidad de Calidad para su análisis

XIV.5 FORMATOS: el Listado de Verificación, en su formato en papel (provisional) se incluye como Anexo

LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA

ANTES DE LA ENTRADA (Sala Prequirófano)	ANTES DEL COMIENZO DE LA INTERVENCIÓN - PAUSA QUIRÚRGICA	FINALIZACIÓN (ANTES DE LA SALIDA)
<p>CONFIRMACIÓN DE PACIENTE.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Identidad <input type="radio"/> Sitio Quirúrgico <input type="radio"/> Procedimiento previsto <p>CONSENTIMIENTO INFORMADO.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Quirúrgico <input type="radio"/> Anestésico <p>PROTOCOLO DE PREPARACIÓN QUIRÚRGICA COMPLETADO.</p> <p>ANESTESIOLOGO</p> <p>¿HA VERIFICADO EL INFORME PREAMESTÉSICO?:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No procede <p>¿Tiene el paciente?:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> SI, y se planifican los equipos/ ayuda necesarios. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> SI <p>Riesgo de pérdida hemática > 500 ml (7ml/Kg en niños).</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> SI, y se planifican las medidas de manejo. <p>CIURJANO</p> <p>LOCALIZACIÓN/MARCAJE DEL SITIO QUIRÚRGICO.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No procede <p>DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA/IMÁGENES NECESARIAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No procede 	<p>EQUIPO QUIRÚRGICO IDENTIFICADO Y REGISTRADO.</p> <p>CONFIRMACIÓN DE PACIENTE.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Identidad <input type="radio"/> Sitio Quirúrgico <input type="radio"/> Procedimiento previsto <p>ENFERMERA INSTRUMENTISTA/CIRCULANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> COMPROBACIÓN DE INSTRUMENTAL (ESTERILIZADO), MATERIAL Y PROTESIS NECESARIOS. <input type="radio"/> VERIFICACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPAMIENTO Y CONTROL DEL MATERIAL QUIRÚRGICO. <p>ANESTESIOLOGO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD DE LOS SISTEMAS Y CONTROL DEL MATERIAL DE ANESTESIA. <input type="radio"/> ¿ADMINISTRACIÓN DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 30 MINUTOS?: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No procede <p>EQUIPO QUIRÚRGICO</p> <p>COMUNICACIÓN AL EQUIPO DE COMPLETIDAD ESPECIAL O PASOS CRÍTICOS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No procede <p>Quirúrgica <input type="radio"/> Procedimiento de rutina</p> <p>Anestésica (Se comunica el riesgo ASA) <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No procede</p>	<p>CONFIRMACIÓN DEL CONTAJE DE GASAS, AGUJAS E INSTRUMENTAL CORRECTO.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No procede <p>VALIDACIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN Y NÚMERO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No procede <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> CONFIRMACIÓN Y REGISTRO DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO (Cirujano). <p>EXISTENCIA DE COMPLICACIONES INESPERADAS.</p> <p>Quirúrgicas: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</p> <p>Anestésicas: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</p> <p>Materiales: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</p>
<p>Etiqueta identificativa</p>		
<p>FIRMA: _____</p> <p>PROCEDIMIENTO: _____</p> <p>Coordinador del listado (Cirujano): _____</p>		
<p>Coordinador (preparación) _____</p> <p>FECHA: ____/____/____</p>		
<p>OBSERVACIONES, AL DORSO (Texto libre)</p>		

ANEXO XV

CIRCUITO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES CON SOSPECHA DE MALIGNIDAD DESDE ATENCIÓN PRIMARIA	CÓDIGO: FJ/PSA07/POC11 EDICIÓN: 2.0

Realizado por: SUBDIRECCIÓN MEDICA	Aprobado por: Director Médico
Destinatarios: ADMISIÓN, CONSULTAS EXTERNAS ESPECIALIDADES, PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	Fecha Aprobación: Septiembre 2009
A conocer por: Personal administrativo, médicos,...	Fecha última revisión: Fecha próxima revisión: Año 2011

INDICE

- 1. OBJETO Y ALCANCE**
- 2. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA/LEGISLACIÓN APLICABLE**
- 3. REALIZACIÓN**
- 4. FORMATOS**
- 5. ANEXOS**

XV.1 OBJETO Y ALCANCE

La finalidad de este documento es establecer una sistemática en la Fundación Jiménez Díaz para la atención rápida de los pacientes derivados desde Atención Primaria con cuadros clínicos sospechosos malignidad.

XV.2 DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA/LEGISLACIÓN APLICABLE

Circuito de Derivación de pacientes con sospecha de malignidad desde Atención Primaria. Instrucciones de la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria. Salud Madrid.

XV.3 REALIZACIÓN

Para la ejecución y seguimiento de este circuito se ha establecido en Admisión la figura de un *Responsable Proceso de Citación Rápida* que es el que coordina la continuidad de la asistencia de estos pacientes desde la notificación de sospecha de malignidad desde el Centro de Salud a la FJD hasta la notificación a los responsables de Area de la confirmación o no del proceso.

La sistemática establecida en la Fundación Jiménez Díaz se resume en el Diagrama de Flujo del Anexo1, y conlleva las siguientes actuaciones:

Solicitud desde el Centro de Salud a través de Fax al Servicio de Admisión. Indicando en dicha solicitud que es un *PROCESO DE ATENCIÓN RÁPIDA* con el **CODIGO 15 (C15)**.

Citación del paciente en 24 horas, para consulta externa con el especialista correspondiente para el día siguiente de notificación.

En el caso de no disponer en las agendas hueco para la citación al día siguiente se gestiona personalmente por el *Responsable Proceso de Citación Rápida* con el Servicio, el cual adjudica en qué agenda y la hora de citación.

En caso de solicitud de una prueba específica el periodo de citación debe contemplar la preparación previa del paciente (p.ej. colonoscopia).

En el Sistema informático se registra el MOTIVO DE CONSULTA como **Código 15 (C15)**.

Notificación telefónica al paciente de la cita.

Se le informa al paciente los trámites a seguir y LA NECESIDAD DE QUE ACUDA AL SERVICIO DE ADMISIÓN (*Responsable Proceso de Citación Rápida*) para citar las pruebas que le solicite el especialista en la consulta.

Si el paciente rechaza la cita o prefiere posponerla algún día se gestiona la cita y las incidencias quedan reflejadas en el registro Excell Circuito de Derivación de pacientes con sospecha de malignidad.

Notificación vía fax al Centro de Salud correspondiente con la documentación necesaria (p.ej. justificante de cita, consentimiento informado de prueba, documento de preparación del paciente,...)

Valoración médica del paciente en Consulta. El especialista es el responsable de establecer la prioridad del paciente definiendo la necesidad de interconsultas o pruebas complementarias. (**Ver anexo 2 REGISTRO INDRA CÓDIGO 15**).

Desde el Servicio se dirige al paciente a Admisión para la gestión de las citas de pruebas complementarias (*Responsable Proceso de Citación Rápida*).

Responsable Proceso de Citación Rápida de Admisión hace seguimiento para verificar la adecuación de las peticiones así como el plazo de respuesta. Informa a los responsables de Area y a la Dirección Médica en los plazos establecidos (bimensual) a través de correo electrónico.

XV.4 FORMATOS

Registro Excel. Responsable proceso de atención rápida. Circuito de derivación de pacientes con sospecha de malignidad desde atención primaria.

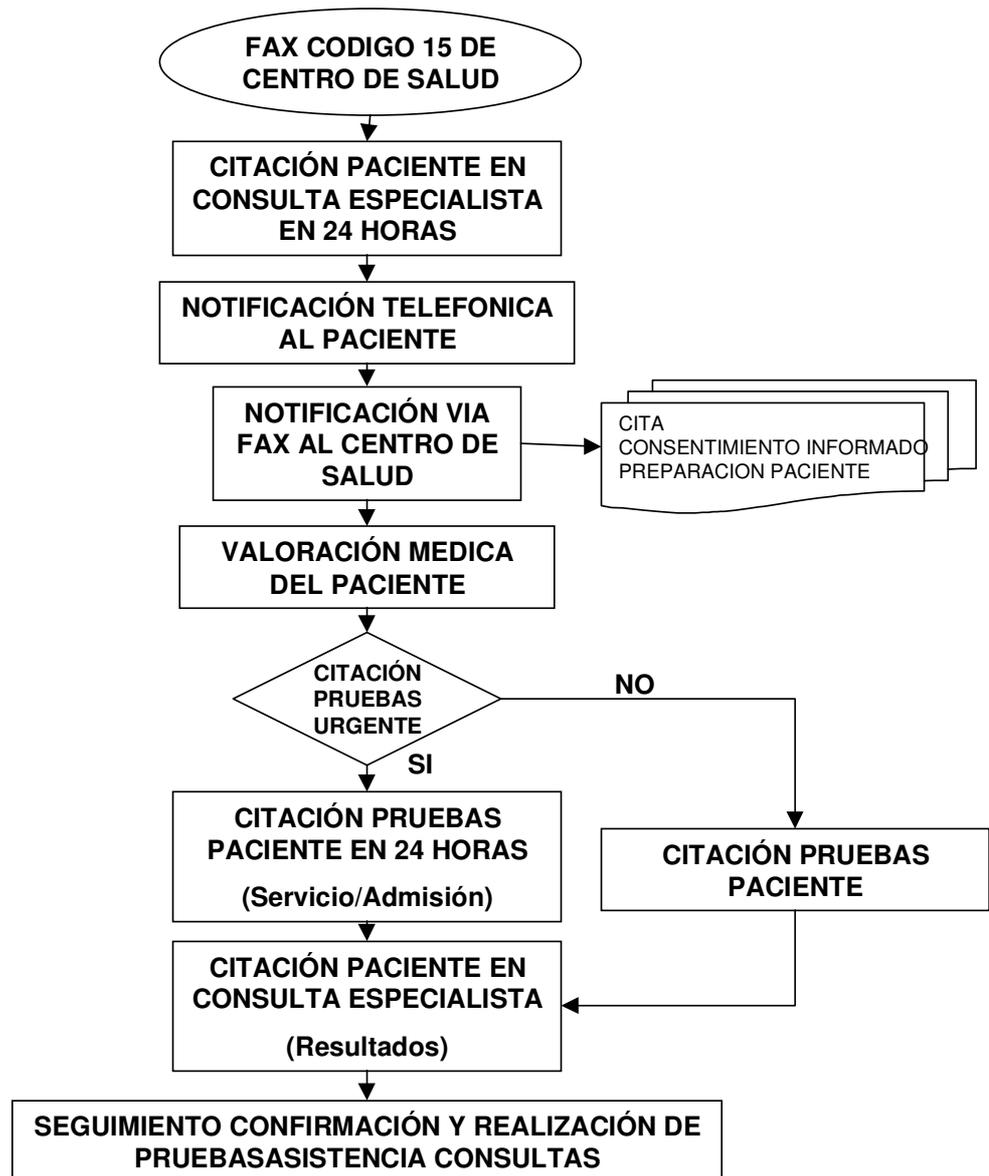
Hoja de recogida de datos del circuito de derivaciones de paciente con cuadros clínicos sospechosos de malignidad. Comunidad de Madrid.

XV.5 ANEXOS

Anexo 1: Diagrama de Flujo Circuito de citación de pacientes con sospecha de malignidad derivados desde Atención Primaria Al Hospital.

Anexo 2: Registro Informático de Código 15

DIAGRAMA DE FLUJO CIRCUITO DE CITACIÓN DE PACIENTES CON SOSPECHA DE MALIGNIDAD DERIVADOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA



PANTALLAS DE INDRA DONDE FIGURA EL CÓDIGO DEL PROCESO DE ATENCIÓN

Capio Salud
FUNDACION JIMENEZ DIAZ
Avd Reyes Católicos, N° 2

CCI
Fech
Págo

LISTADO DE CITAS PROGRAMADAS

Desde: 04/06/2009 00:00 Hasta: 04/06/2009 23:59
SERVICIO: CIRUGÍA DE CUELLO Y MAMA - C
RESPONSABLE: GENERICO GENERICO, MEDICO
SALA CONSULTA: CIRUGIA CUELLO Y MAMA
PRESTACION:

AGENDA		SERVICIO		RESPONSABLE		SALA CONSULTA		Nº DI
HISTORIA	PACIENTE	D.N.I.	TELÉF.	FECHA	HORA PRESTACIÓN	DUR. SOCIEDAD	MOTIVO ATENCIÓN	
AMCCM * 1181077	AMCCM-C DE CUELLO, MAMA Y GEN			CIRUGÍA DE CUELLO Y		GENERIC O GENERICO, MEDICO	CIRUGIA CUELLO Y MAMA	28003
					04/06/2009 10:00	1ª CONSULTA CIRUGIA GENERAL DE CUELLO Y MAMA - C	SEGURIDAD SOCIAL	
							VALDEARZA SERMAS CODIGO 15	

RÁPIDA



Consulta Valoraciones Médicas - MCV760F1

Paciente:
Historia:

Consulta Sin Valoración

Visualizar valoraciones realizadas Incluir elementos no activos

Area del episodio: Hospitalización Nido Urgencias Consultas Quirófanos Sesiones Todos

Agrup. de Servicio: Servicio:

Profesional: Fecha desde: Hasta:

Fecha Valoración	Edad	Área	Servicio	Profesional	Archivo	Motivo/Anotación
	61 Años	C	GINECOLOGÍA Y OB	CUETO HERNANDEZ I		codigo 15

Crear en Base

ANEXO XVI

CIRCUITO INTERNO DE PACIENTES CON SOSPECHA DE MALIGNIDAD EN HOSPITAL	CÓDIGO: FJ/PSA07/POC12 EDICIÓN: 2.0

Realizado por: Grupo de Mejora	Aprobado por: 4.2.3.1. BORRADOR 1/09/2009
Destinatarios: AREA ASISTENCIAL	Fecha Aprobación:
A conocer por: Personal área asistencial	Fecha última revisión: Fecha próxima revisión:

INDICE

1. OBJETO Y ALCANCE

2. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA/LEGISLACIÓN APLICABLE

3. REALIZACIÓN

4. FORMATOS

XVI.1 OBJETO Y ALCANCE

La finalidad de este documento es establecer una sistemática de asistencia de los pacientes con cuadros clínicos sospechosos de malignidad que requieran una atención rápida en la Fundación Jiménez Díaz.

EL PROCESO FINALIZA UNA VEZ CONFIRMADA O DESCARTADA LA SOSPECHA DE MALIGNIDAD.

Confirmada la sospecha de malignidad se seguirán los protocolos clínicos establecidos en la Fundación Jiménez Díaz.

XVI.2 DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA/LEGISLACIÓN APLICABLE

Circuito de Derivación de pacientes con sospecha de malignidad desde Atención Primaria. Instrucciones de la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria. Salud Madrid.

Procedimiento de Circuito de derivación de pacientes con sospecha de malignidad desde Atención Primaria. (FJ/PSA07/POC11).

XVI.3 REALIZACIÓN

La sistemática establecida en la Fundación Jiménez Díaz se resume en el Diagrama de Flujo del Anexo1, y conlleva las siguientes actuaciones:

Detección de sospecha de malignidad que requiera una atención rápida por cualquier médico especialista en cualquiera de las áreas asistenciales del hospital.

El médico activa el Proceso de Atención Rápida (C15) indicando como MOTIVO de la asistencia (En los documentos de Solicitud de ingreso, Volante de prestación) "C15".

Prestaciones - EGI217F1

Paciente: PD RD, ALEJANDRO Cama: Desde: 02/08/2009 Todos

Fecha	Hora	Prestación	Estado	Motivo	Prioridad	Nº de Placas	Ser
02/06/2009	09:50	RX TORAX AP	Pendiente	PREOPERATORIO	Normal		ALERGOLOG
02/06/2009	09:50	BIOPSIA DE PERITONEO	Pendiente		Normal		ALERGOLOG
02/06/2009	09:50	.PERFIL PREOPERATORIO					

Serv. Peticionario: ALERGLOGIA - C
 Med. Peticionario: SASTRE DOMINGUEZ, JOAQUIN
 Prestación:
 Motivo:
 Responsable realización:
 Estado: / / : :
 Prioridad: Normal Urgente
 Pendiente Comunicada
 Realizada Anulada

Solicitud de Interconsultas a otros Servicios - EGI2113F1

DX: BB, RAFAT HUSSEIN 240206

Interconsultas: Apuntes activos Apuntes activos e inactivos Desde: 02/08/2009 Todos

Fecha	Hora	Servicio solicitante	Mé	Estado	Motivo	Servicio solicitado	Méc
28/05/2009	13:26	CARDIOLOGÍA - H	MAR	Pendiente	VISION BORROSA, ROGA	OFTALMOLOGÍA - H	
28/05/2009	13:26	CARDIOLOGÍA - H	MAR	Pendiente	VISION BORROSA, ROGA	OFTALMOLOGÍA - H	
28/05/2009	13:26	CARDIOLOGÍA - H	MAR	Pendiente	SECRECION OCULAR	OFTALMOLOGÍA - H	NELSI
28/05/2009	13:26	CARDIOLOGÍA - H	MAR	Pendiente	FONDO DE OJO PATOLO	OFTALMOLOGÍA - H	

Servicio Solicitante: CARDIOLOGÍA - H
 Médico Solicitante: OREJAS OREJAS MIGUEL
 Servicio Solicitado:
 Prof. Realizador:
 Motivo:
 Cambio de estado: Pendiente Comunicada Realizada Anulada
 Fecha/Hora del apunte: 01/09/2009 Hora: 14:04 Urgente
 Fecha y hora de la modificación: / / : :
 Hoja de interconsulta Resultado Aceptar Cancelar Cerrar

Apuntes de urgencias
 Interconsulta urgente
 Apuntes activos
 Apuntes cerrados

Trámite administrativo de la solicitud de citas.

Las prestaciones asistenciales prescritas con MOTIVO C15 se citan en 24 horas por la secretaria del Servicio dónde ha sido visto el paciente, salvo aquellas pruebas que requieren más tiempo para realizar una adecuada preparación del paciente.

En el caso de encontrar dificultad para citar al paciente se comunica con el *Responsable Proceso de citación Rápida de Admisión*.

Responsable Proceso de Citación Rápida de Admisión realiza el seguimiento de los casos con sospecha de malignidad para verificar la adecuación a este procedimiento.

Informa a la Dirección Médica de la Fundación mensualmente.

SISTEMA DE ALERTA

Como ayuda a la comunicación clínica entre profesionales se ha diseñado la siguiente herramienta informática que se describe a continuación:

En caso de detectarse algún hallazgo clínico de sospecha de malignidad en una *prueba complementaria* se documenta en el *informe de la prestación correspondiente* y se

GENERA ALERTA DE RESULTADO A TRAVÉS DEL DE INDRA.

1. En la HC del paciente sobre la prestación médica peticionario pulsando en el icono  o selección de la opción "Generar alerta de  realizada puede enviarse alarma al pulsando el botón derecho del ratón, RESULTADO".

Historia Clínica del Paciente - DHC300F1

Paciente:

Historia nº: Nº de Historia Antigua:

Proceso:

Centro	Fecha Asistencia	Edad	Archivo	Prestación	Motivo C
FUNDACION J	02/06/2008 09:30	76 Años		ECOCARDIOGRAMA TI	

Episodios incluidos en el proceso: ■ Recién Nacido: ■ Con Valoración: ■

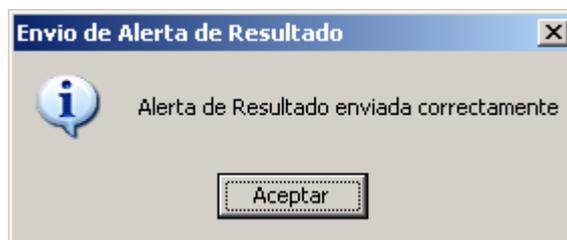
2. El sistema pide confirmación para enviar la alarma.

Envío de Alerta de Resultado

Ha elegido enviar una alerta de resultado de la prestación ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO realizada el día 02/06/2008 al paciente SN SZ, ¿Esta Usted Seguro ?



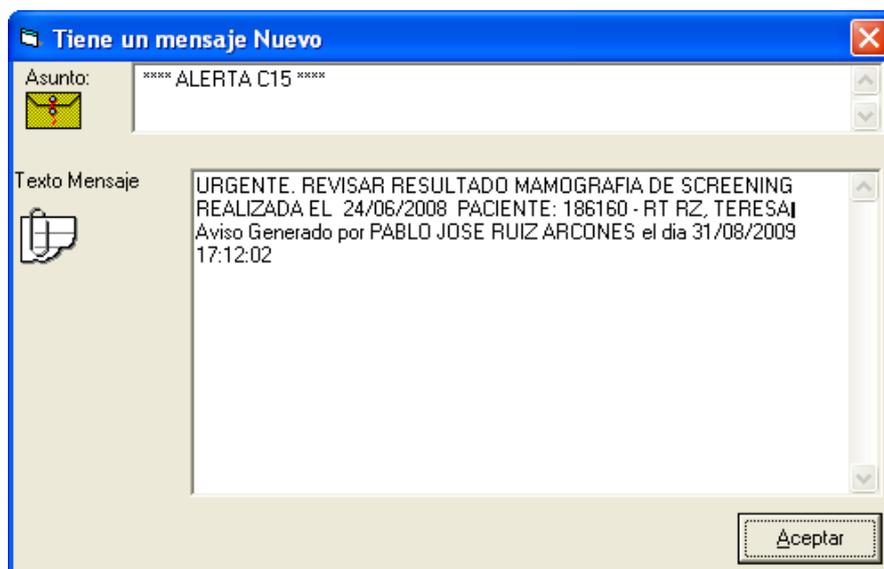
BOTON DERECHO



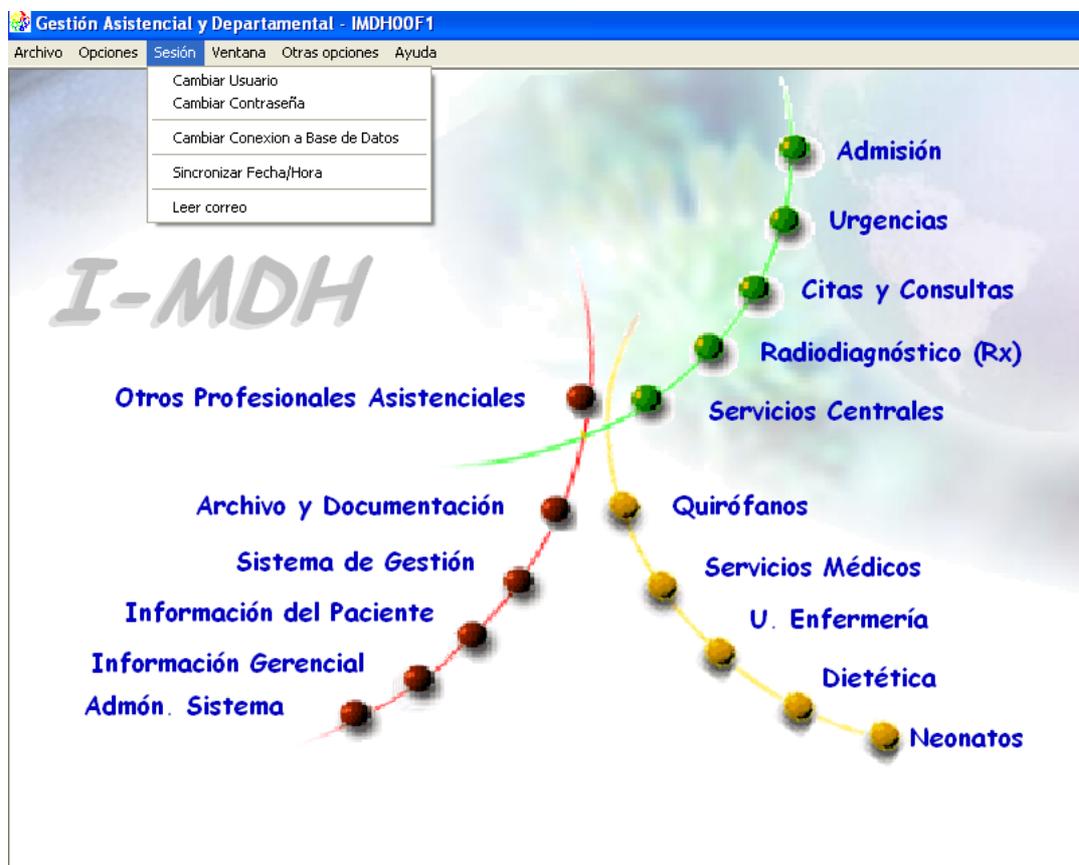
3. Verificación de envío de la alarma al médico peticionario.

4. El mensaje que se recibe por el MÉDICO PETICIONARIO.

"URGENTE. Revisar resultado "descripción de la prestación" realizada el "fecha de realización" paciente "Número de Historia".



El sistema de alerta también permite hacer un seguimiento de las alertas recibidas.



Consulta de Mensajes S06000F1			
	Fecha Envío	Asunto	Fecha Lectura
	19/07/2009 13:35:05	***** ALERTA C15 *****	06/08/2009 14:00:28
	19/07/2009 13:35:19	***** ALERTA C15 *****	06/08/2009 14:00:28
	31/08/2009 17:12:02	***** ALERTA C15 *****	01/09/2009 14:09:28
	31/08/2009 17:12:21	***** ALERTA C15 *****	01/09/2009 14:08:38

Salir

5. Los CRITERIOS DEL SISTEMA AUTOMÁTICO DE ENVÍO DE ALARMA son:

1. Se envía el aviso al médico petionario de la prueba.
2. Si en dos días no se ha leído la alarma se envía al Jefe de Servicio Médico.
3. Si en una semana no se ha leído se reenvía a todos los médicos del Servicio y a la Dirección Médica.

NOTA INFORMATIVA

Este sistema de Alerta Clínica podrá utilizarse en caso de otras alertas clínicas como pueden ser problemas de salud pública como la tuberculosis,...

USO RESTRINGIDO de esta herramienta para los casos de **ATENCIÓN RÁPIDA**. La validez de esta herramienta depende de la adecuación al USO.

La Dirección M0édica realiza un seguimiento mensual de dicha adecuación .

XVI.4 FORMATOS

No

aplica

ANEXO XVII

NORMAS DE OBTENCIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS DE CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA	CÓDIGO: EDICIÓN: 2.0

NORMAS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA (SEAP) EN RELACIÓN CON LA CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN

1. Es imprescindible que sean remitidas todas las muestras para su estudio anatomopatológico (independientemente del porcentaje de correlación diagnóstica obtenida en el Centro). Deben llegar:

a) En formol (al 10%, a partir del formol comercial, y tamponado); ello permite que la muestra se pueda demorar en su envío (los Centros de Atención Primaria deben contactar con los Servicios de Anatomía Patológica respecto a su preparación, si procede).

b) En suero; en estos casos el envío debe ser inmediato. Está indicado en aquellos casos en que se deban hacer estudios especiales: inmunofluorescencia, estudios de microscopía electrónica, etc.

2. Debe usarse un documento de petición homologado y consensado por las partes, en la que deberá figurar:

- Etiqueta con los datos del paciente entre los que conste la edad; deberá también colocarse esta etiqueta, en la parte autocalcable. En el caso de que la recogida de datos sea manual deberá hacerse con letra legible.

- Que conste el nombre del Médico y de los Centros emisor y receptor de la solicitud de estudio anatomopatológico. Ambos Centros pueden figurar ya impresos en la hoja de petición previamente consensuada.
- Datos de identificación y localización de cada muestra; si se envían múltiples, y se cree aconsejable por el tipo de patología su posterior identificación individualizada, deberá remitirse cada una en un envase.
- Cada envase deberá llegar rotulado y numerado en su pared, nunca en la tapa.
- Datos clínicos del paciente, que deban ser conocidos en relación con la muestra.

3. Se utilizará un programa informático adecuado para realizar un registro correcto que permita la información que los Centros de Gestión demandan, en cuanto a procedencia, tipos de muestra, correlaciones clínico-patológicas, etc.

4. Es muy aconsejable:

- Una protocolización conjunta con los responsables, Área o Centro, de la circulación de muestras-informes, de la Cirugía Menor (Atención Primaria y Servicios de Anatomía Patológica).
- Sesiones periódicas conjuntas, clínico-patológicas, para la evaluación del desarrollo del Protocolo y las posibles modificaciones (se engloba dentro de actividad asistencial y docente).
- En estas sesiones es conveniente homogeneizar nomenclatura entre clínicos y patólogos.
- Se pueden llevar a cabo Proyectos conjuntos de Investigación. Para ello resulta imprescindible la colaboración de las Direcciones correspondientes.

ANEXO XVIII

	<p>PROTOCOLO DE CONTROL DE EMBARAZO DE BAJO RIESGO CON ATENCIÓN PRIMARIA.</p> <p>Servicio de Obstetricia</p>
--	--

DX DE EMBARAZO

CAPTACIÓN PRECOZ.

(Médico de familia o ginecólogo/ matrona/ enfermera)

1. realización de test de gestación
2. valoración de resultado
3. información de resultado a la usuaria, valorando grado de aceptación e información sobre IVE, si procede
4. incorporación precoz de la gestante al programa de control de gestación antes de las 12 SG
5. captación activa de gestantes de riesgo (adolescentes, población marginal, grupos étnicos) para asegurar su incorporación al programa
6. interrogar sobre hábito tóxicos a la mujer y su pareja
7. reforzar la quimioprofilaxis con ácido fólico y yodo.

8. actualizar estado vacunas

1ª VISITA (sem 8)

(Médico de familia, matrona/ enfermera, auxiliar de enfermería)

1. realizar lo más precozmente posible en el curso de las 12 primeras SG
2. actualizar y registrar adecuadamente en la HC con especial énfasis:
 - a. antecedente ginecoobstétricos: FUR, FPP, TM y fórmula obstétrica. Patología ginecológica y mamaria y anticoncepción
 - b. factores de riesgo de ETS
 - c. deseo de lactancia materna
 - d. hábitos tóxicos
 - e. signos y síntomas asociados al embarazo
3. valoración del grado de aceptación del embarazo e información sobre IVE si procede
4. percepción de apoyo social
5. actualizar exploración general, toma de tensión arterial e índice de masa corporal
6. exploración genital. Realización de citología si precisa.
7. solicitar analítica de perfil de IT. Añadir test de O´ullivan si riesgo de DG.

8. información sobre diagnóstico prenatal (solicitud de marcadores bioquímicos de IT: B-HCG y PAPP-A, en la 9 – 10 SG). Dar consentimiento informado
9. recomendaciones:
 - a. aconsejar educación maternal
 - b. preguntar sobre hábitos tóxicos
10. reforzar quimioprofilaxis con ác. Fólico y yodo.
11. evaluar y registrar riesgo obstétrico. Criterios de derivación para control en hospital.

2ª VISITA (sem 11 -13) (prestación ecografía obstétrica y revisión)

(Ginecólogo/ auxiliar de enfermería)

1. anamnesis: datos sobre la evolución del embarazo
2. identificación de factores de riesgo de ETS (si no se hizo en la primera visita)
3. registro de datos en la historia informatizada
4. exploración: peso y TA
5. exploración genital y mamaria. Realización de citología, si no se ha hecho en la primera visita.
6. solicitar analítica de perfil de IT y screening prenatal si no se ha hecho. Valorar y registrar resultados aportados por la paciente.
7. **ECOGRAFIA DE IT:** cálculo de riesgo de cromosopatías e información a la paciente.

8. reforzar recomendaciones, consejo antitabáquico, educación maternal y quimioprofilaxis con ácido fólico
9. evaluar y registrar riesgo obstétrico.
10. Citar para consultas de eco 20 (dar consentimiento informado) y IIIT. Derivar a matrona en semana 16

3ª VISITA (sem 16)

(Médico de familia, matrona / enfermera, auxiliar de enfermería)

1. anamnesis: datos sobre la evolución del embarazo
2. registro de datos
3. exploración: peso, TA. Altura uterina y auscultación fetal con Doppler
4. evaluar y registrar analítica de IT
5. reforzar recomendaciones
6. evaluar y registrar riesgo obstétrico.
7. Confirmar citas de la paciente y citar revisión de matrona en la 24 SG

4ª VISITA (sem 20) (prestación eco Doppler 20 sem)

(Ginecólogo, auxiliar de enfermería)

1. anamnesis: datos sobre evolución del embarazo

2. registro de datos
3. exploración: peso y TA
4. ECOGRAFIA MORFOLÓGICA
5. evaluar y registrar riesgo obstétrico
6. reforzar recomendaciones
7. remitir a matrona en 24 SG

5ª VISITA (sem 24)

(Médico de familia, matrona / enfermera, auxiliar de enfermería)

1. anamnesis: datos sobre la evolución de embarazo
2. registro de datos
3. exploración: peso y TA. Altura uterina y auscultación fetal
4. analítica de perfil de IIT (añadir coombs en pacientes Rh negativas y serología TXP si no inmune)
5. reforzar recomendaciones
6. evaluación y registro de riesgo obstétrico.

6ª VISITA (sem 28)

(Médico de familia, matrona / enfermera, auxiliar de enfermería)

1. anamnesis: datos sobre la evolución de embarazo
2. registro de datos
3. exploración: peso y TA. Altura uterina y auscultación fetal
4. evaluar y registrar analítica de perfil de IIT.
5. evaluar y registrar riesgo obstétrico
6. reforzar recomendaciones
7. en gestante Rh negativo, si el coombs indirecto es negativo, indicar gamma globulina anti- D entre las 28-30 SG.
8. confirmar cita de IIIT
9. dar volante PERFIL GINE IIIT y recomendar extracción una semana antes de la cita de IIIT

7ª VISITA (sem 32-34)

(Ginecólogo/ auxiliar de enfermería)

1. anamnesis: datos sobre la evolución del embarazo
2. registro de datos
3. exploración: peso y TA
4. ECOGRAFÍA IIIT
5. valorar analítica perfil de IIIT

6. reforzar recomendaciones
7. evaluación y registro de riesgo obstétrico.
8. Citar revisión matrona hospital en la 36SG y fisiopatología en la 39SG. Dar consentimiento informado de asistencia a parto.
9. Si presentación PODÁLICA comentar posibilidad de versión externa, dar consentimiento informado y citar en FPF viernes con 36 SG .

8ª VISITA (sem 36)

(Matrona de hospital/ auxiliar enfermería)

1. anamnesis: datos sobre la evolución de embarazo
2. registro de datos
3. exploración: peso y TA. Altura uterina y auscultación fetal.
4. toma de cultivo para cribado de estreptococo del grupo B.
5. información sobre el parto y donación de sangre de cordón. Confirmar consentimientos informados.
6. reforzar recomendaciones. Énfasis en lactancia materna
7. evaluación y registro de riesgo obstétrico.

10ª VISITA (sem 39 -40 y sucesivas)

(Ginecólogo/ auxiliar de enfermería)

1. anamnesis: resumen de datos sobre la evolución del embarazo en la historia informatizada
2. registro de datos
3. exploración: peso y TA
4. reforzar recomendaciones
5. evaluación y registro de riesgo obstétrico
6. realización de pruebas RCTG semanal hasta la 40+SG y dos veces por semana a partir de entonces.
7. Ecografía en la 41 SG para valoración de PFE , LA y Doppler si procede
8. Inducción programada en la 41+5 SG. Dar consentimiento informado

APÉNDICE 1

PERFILES ANALITICOS.

PERFIL IT:

1. hemograma, glucosa, creatinina, colesterol, GOT, GPT, GGT. Ferritina
2. grupo, Rh y coombs indirecto
3. sistemático de orina
4. serología incluyendo: LUES, TXP, VIH, rubéola, VHC y VHB

5. O´Sullivan si: (si resultado $> o = 140$ se solicita SOG) :
 - a. Antecedente familiar de primer grado de diabetes.
 - b. Obesidad definida como IMC > 30
 - c. Antecedente personal de intolerancia a hidratos de carbono o diabetes gestacional
 - d. Antecedentes obstétricos desfavorables (abortos de repetición, muerte fetal sine causa, macrosomía fetal (>4 kg), malformaciones u otro dato obstétrico o perinatal sugestivo de diabetes)
 - e. Pertenencia a grupo étnico de elevada prevalencia.

6. B-HCG y PAPP-A para diagnóstico prenatal entre las semanas 9-10.

PERFIL IIT:

1. hemograma
2. sistemático de orina
3. test de O´Sullivan
4. añadir TXP si no inmune en IT y coombs si Rh negativo

PERFIL IIIT:

1. hemograma, ferritina, glucosa, creatinina, GOT, GPT, GGT.
2. VHC, HBsAg (añadir TXP si no inmune)

3. coagulación
4. sistemático de orina

APENDICE 2

CRITERIOS DE ALTO RIESGO OBSTETRICO

TABLA1 Factores de riesgo sociodemográfico

Edad materna < 15 a
Edad materna > 38 a en primigestas
IMC
Obesidad > 29
Delgadez < 20
Alcoholismo
Drogadicción

TABLA 2. Factores de riesgo: antecedentes médicos

HTA
Enfermedad cardíaca
Enfermedad renal
DM
Endocrinopatías
Enfermedad respiratoria aguda
Enfermedad hematológica
Epilepsia y otras enfermedades neurológicas
Enfermedad psiquiátrica
Enfermedad hepática con insuficiencia
Enfermedad autoinmune con afectación sistémica
Tromboembolismo
Patología medicoquirúrgica grave.

TABLA 3. Factores de riesgo: antecedentes reproductivos

Esterilidad en tratamiento al menos durante dos años

Aborto de repetición

Antecedente de parto pretérmino

Antecedente de nacido con CIR

Antecedente de muerte perinatal

Hijo con lesión residual neurológica

Antecedente de nacido con defecto congénito

Antecedente de cirugía uterina (excepto legrado instrumental y cesárea)

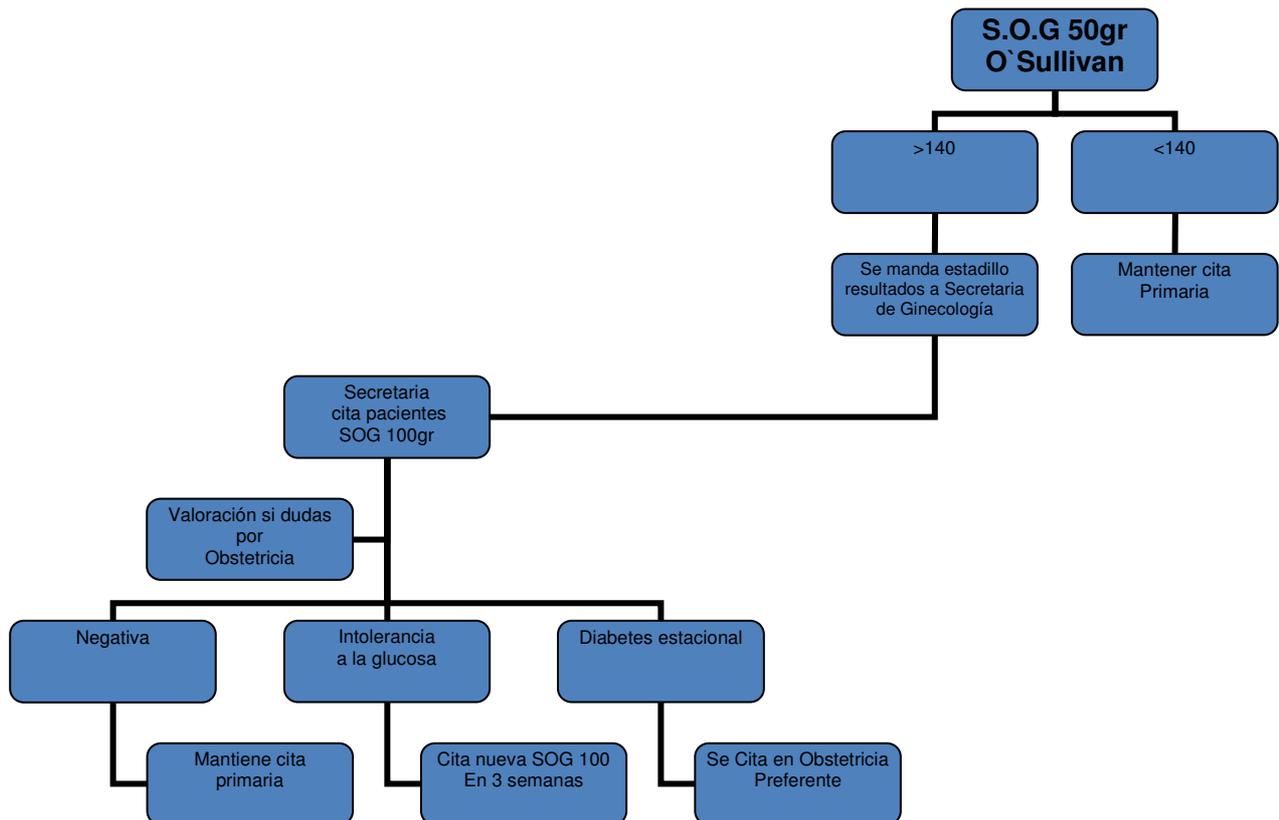
Malformación uterina

Incompetencia cervical.

TABLA 4. Factores de riesgo: embarazo actual

HTA inducida por el embarazo
Anemia grave
Diabetes gestacional mal controlada o que precise insulina
Infección urinaria de repetición
Infección de transmisión perinatal
Isoinmunización Rh
Embarazo múltiple
Polihidramnios
Oligohidramnios
Hemorragia genital
Placenta previa asintomática (diagnóstico ecográfico >32 SG)
CIR
Defecto fetal congénito
Estática fetal anómala >36SG
APP
GCP
RPM
Tumoración uterina
Patología medicoquirúrgica grave

FLUJOGRAMA DE DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL.



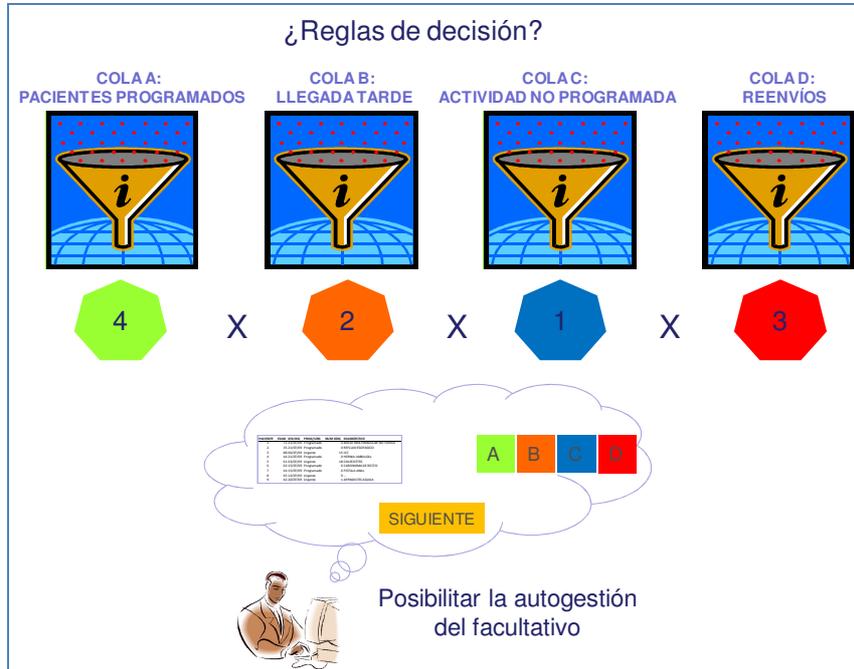
ANEXO XIX. GESTION AUTOMÁTICA ENTRADA DE PACIENTES.

Se está implantando en los hospitales del Grupo Capiro un sistema de gestión automatizada del turno de los pacientes. Se rige por un sistema de prioridad de la hora de cita que provoca en el paciente la satisfacción de que se respetarán los turnos.

El paciente accede a recoger su ticket de turno identificándose mediante su Documento Nacional de Identidad o mediante su Tarjeta Individual Sanitaria en uno los dispensadores automáticos de tickets o gracias al personal de admisión. Se trata de un trámite de entre cinco y diez segundos, por lo que se eliminan las colas de pacientes en las secretarías de los diferentes servicios, y permite que el paciente espere cómodamente sentado en la sala de espera que se le indica en el ticket correspondiente.

La identificación del paciente, ya sea ésta manual o automática, provoca que el facultativo conozca del hecho de su llegada, así como de su hora de cita y del tiempo de espera que lleva soportado el paciente. El gestor de turnos organiza a los pacientes en función de unos criterios de prioridad de la hora de cita, por lo que el facultativo, a través de un simple botón de siguiente, puede dar entrada al siguiente paciente sin necesidad de gestión alguna. Al pulsar dicho botón, aparecerá una llamada numérica, y por tanto no nominal, en una de las pantallas instaladas en las salas de espera. Dicho número es personal y está asociado al ticket de turno que obtuvo originariamente cada paciente.

Existe, además, la posibilidad para el facultativo de reenviar a dicho paciente a la sala de espera en el caso de tener que volver a verle trascurrido el tiempo preceptivo de una prueba o de efecto de un fármaco; o incluso la posibilidad del reenvío a la sala de curas. El sistema prioriza a dichos pacientes que deben volver a consulta.



ANEXO XX

Manual de Estilo de la Fundación Jiménez Díaz.

***SE INCLUYE COMO MODELO DE MANUAL DE ESTILO EL DE LA FUNDACION JIMENEZ DIAZ AL NO ESTAR DESARROLLADO Y APROBADO A FECHA DE PRESENTACIÓN DE ESTE PLAN DE GESTIÓN EL ESPECIFICO DEL HOSPITAL DE COLLADO VILLALBA**

XX.1 CARTA DEL DIRECTOR-GERENTE

Como un trabajador más de la Fundación Jiménez Díaz, me siento orgulloso de presentar este manual de estilo que sirve de guía de apoyo en algunos aspectos formales e informales de nuestro trabajo. Algunos de los puntos puedan parecer obvios al leerlos en un manual, pero es muy importante que todos los trabajadores de la FJD los tengamos siempre presentes.

El manual de estilo no solo recoge los valores fundamentales de la Institución, orientados a la prestación de la mejor asistencia sanitaria posible al paciente sino que es fruto de la práctica y la colaboración, pues ha sido elaborado por los propios trabajadores del hospital, reunidos en varios grupos de mejora.

Tanto el personal sanitario como no sanitario no debemos olvidar que las personas a las que nos dirigimos son pacientes, familiares o acompañantes que buscan mejorar su salud y están en entorno desconocido, viviendo momentos complicados, lo que hace que requieran toda nuestra atención y el mejor trato.

Por eso, el fin último de este Manual es la incorporación de estas normas a los protocolos de actuación de cada trabajador, para lograr así no sólo mantener el nivel de satisfacción esperado de esta Institución, sino ir más allá y ser capaces de mejorar cada día.

Juan Antonio Álvaro de la Parra

Director-Gerente de la Fundación Jiménez Díaz

XX.2 PRESENTACIÓN

El modo característico de actuar o comportarse es lo que se define como estilo; es hacer las cosas de una manera personalizada. Cuando además, el estilo es bueno, confiere distinción y originalidad a nuestro comportamiento.

Si el mismo estilo es compartido por todos los componentes de una organización, refuerza la imagen y la opinión general sobre ese colectivo, y predispone favorablemente a las personas que se relacionan con él.

Como profesionales de la Fundación Jiménez Díaz tenemos ante nosotros el reto de distinguirnos en el desarrollo de nuestra labor, con un estilo propio de la Institución que se manifieste en una buena actitud hacia el paciente, sus acompañantes y hacia todas las personas que trabajan en la Fundación Jiménez Díaz.

Nuestra actividad debe tener como uno de sus objetivos fundamentales **la satisfacción del paciente**, tanto en lo referente a la asistencia sanitaria, como a aspectos que le procuren bienestar y comodidad.

Con este objetivo se ha elaborado este manual, para mantener un estilo corporativo en las distintas áreas de cada Centro, estableciendo criterios, algunos de los cuales se desarrollan en protocolos de actuación.

Se trata de un manual vivo y dinámico, elaborado por los profesionales y trabajadores en general de la Fundación Jiménez Díaz, basado en la experiencia del trato diario con el paciente, y abierto a cualquier consideración y aportación.

XX.3 TRATO GENERAL AL PACIENTE EN LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ.

La relación del profesional de la Fundación Jiménez Díaz con el paciente debe ser de atención y confianza, actuando siempre con corrección y respetando en todo momento la intimidad y dignidad del paciente, así como las convicciones de este y de sus allegados.

La etnia, el sexo, la religión, la clase social, la orientación sexual, el estado civil o el propio aspecto físico del paciente, no pueden causar diferencias en la atención, ni pueden utilizarse en ningún caso para expresar una opinión ni, menos aún, un prejuicio.

Debemos tener presente siempre que, detrás de una historia clínica, una gráfica, una analítica, o cualquier otra prueba, se encuentra un ser humano con una identidad propia y en una situación emocional vulnerable por eso:

Dirígete al paciente por su nombre, manteniendo un trato amable y afectuoso, tanto con él como con sus familiares/acompañantes.

Evita utilizar calificativos desconsiderados hacia el paciente o sus acompañantes, tales como "abuelo" u otros similares o expresiones vulgares.

Antes de entrar en una habitación, o en cualquier otro despacho frecuentado por pacientes, debemos llamar a la puerta. Aunque no hay que esperar una contestación, la llamada sirve de aviso y es una muestra de respeto al paciente.

Informa de manera comprensible al paciente y familiares/acompañantes, asegurándote de que han entendido lo fundamental del mensaje, realizando preguntas concretas para constatarlo.

Evita el uso de tecnicismos, porque además de ser incomprensibles para el paciente, no aportan información adicional e interfieren y dificultan la comunicación. Se claro y conciso.

Satisface la demanda de información por el paciente, contestando a cuántas preguntas y dudas realice.

Ante un conflicto, mantén una postura atenta, pero distante, sin implicarte como parte, ni entrar en discusiones directas o en conversaciones en tono elevado con pacientes y o familiares/acompañantes. Si es necesario se les convocará para otro momento, para conseguir relajar la tensión y escoger una situación y lugar más adecuados.

La comunicación no verbal (gestos, posturas...), es la vía que transmite mayor cantidad de información. Es esencial para mejorar la relación profesional-paciente, porque permite comunicar nuestro mensaje, más allá de las palabras.

NUESTRA ESCUCHA AL PACIENTE DEBE SER ACTIVA, ES DECIR, ESTANDO MUY ATENTOS A LO QUE NOS DICE.

Crea y establece un clima agradable y de confianza.

Presta el mayor interés y atención a los mensajes verbales y no verbales del paciente y no des señales de tener prisa para que concluya lo que está contando.

Haz sentir al paciente que lo escuchas, concentrándonos y evitando la distracción. Preguntarle y toma nota de los puntos más importantes de su relato.

Deja el protagonismo del relato al paciente, permitiendo que se exprese sin interrumpirlo. No te anticipes, ni complementes sus argumentos, ni adelantes conclusiones.

XX.4 CONFIDENCIALIDAD

La discreción es una cualidad esencial de los profesionales sanitarios, y así se ha recogido en los diferentes códigos deontológicos. Pero además de los profesionales sanitarios, todos los trabajadores de un Centro hospitalario sin distinción, estamos obligados de la misma manera a

guardar indefinidamente el secreto de la información sobre de los pacientes ya que no puede divulgarse a terceros sin su consentimiento expreso y con las únicas excepciones previstas por la Ley.

El secreto profesional abarca todo aquello que hayamos podido oír, ver o conocer en nuestra relación con el paciente, así como todo lo que nos haya podido confiar, incluyendo la historia clínica, que es el documento personal con información más comprometedor sujeta al deber de confidencialidad.

Puesto que, para la mayoría de las personas, la información sobre la salud forma parte de su intimidad estamos obligados a respetar esa convicción, por tanto debemos:

Abstenernos de realizar comentarios sobre los pacientes fuera de los controles o despachos (pasillos, ascensores y lugares donde otras personas puedan escucharnos).

No hacer juicios morales sobre el comportamiento del paciente, ni sobre su condición. No expresar opiniones personales ajenas a la ética profesional.

No incluir, en la historia clínica, comentarios que hagan referencia a aspectos íntimos del paciente y que carezcan de relación con el resto de su información clínica.

Solamente pueden acceder a la historia clínica los profesionales que estén expresamente autorizados para ello. Acceder a la información que sea imprescindible conocer para el desempeño de nuestro trabajo y para la que su acceso esté autorizado en particular.

Respetar la voluntad del paciente si manifiesta el deseo de que no se conozca su identidad durante la estancia en el Hospital.

Informar del estado de salud o cualquier otra información que consideremos pertinente sólo a quien, por expreso deseo, el paciente determine. Sólo el interesado está legitimado para tomar esa decisión y es una decisión importante.

No proporcionar telefónicamente información alguna sobre los pacientes a terceras personas.

Abstenernos de proporcionar información a los medios de comunicación sobre los pacientes. Esta se facilitará sólo por personas autorizadas por la Dirección del Centro.

Evitar que puedan estar al alcance de personas ajenas al proceso asistencial documentos tales como informes clínicos, volantes de citación de consultas, volantes de pruebas o de cualquier otra índole en los que aparezca el nombre del paciente.

Tener especial cuidado al destruir esos documentos, para evitar que puedan ser utilizados posteriormente por otras personas.

No exponer listados con los nombres de pacientes que acuden a consultas, o que se encuentran hospitalizados en el Centro.

En referencia a los archivos informáticos:

No comprometer el derecho del paciente a la intimidad, utilizando de forma poco adecuada soportes o accesos informáticos con datos que permitan la identificación del paciente.

Mantener protegidas las claves de acceso informático, que son personales e intransferibles, puesto que es una obligación legal y profesional.

Asegurarnos, después de que hayamos utilizado la aplicación informática, que ésta queda cerrada, a fin de evitar la visualización indebida de datos de pacientes por otras personas.

XX.5 INTIMIDAD

Cuando la intimidad de los pacientes es cuidada y respetada por los profesionales, resulta ser uno de los indicadores de mayor satisfacción en las encuestas de calidad percibida. En situaciones como exploraciones, consultas, o durante la hospitalización, el paciente puede verse sometido en muchas ocasiones a situaciones incómodas para su pudor y, en general, que afecten a su intimidad, desde una perspectiva integral de los pacientes en lo que se refiere a su cultura, creencias, convicciones y preferencias.

Asegúrate de que la intimidad del paciente está garantizada durante todo el proceso asistencial.

Al inicio del proceso y, en todo caso, al ingreso debemos preguntar si existen condicionantes culturales o religiosos que haya que tener en cuenta y que puedan influir durante el proceso asistencial.

Acceder a la visión o contacto con áreas corporales de un paciente con su previo consentimiento. Sólo quien el paciente permita puede tocarle, observarle o preguntarle. Por supuesto, las consecuencias que se deriven de su negativa serán responsabilidad del propio paciente.

Realizar los actos asistenciales, que requieran visualización o contacto con partes íntimas, de la forma más discreta posible y durante el tiempo indispensable.

En ningún caso se simultanearán actos asistenciales con diversos pacientes en una misma consulta aunque se interpongan barreras visuales, como biombos u otras.

Ver y explorar al paciente sólo por los profesionales necesarios y siempre con su consentimiento expreso. Limitar la presencia de “observadores” ajenos a cualquier acto asistencial, ya sean familiares o profesionales que no estén implicados directamente en ese proceso.

Al ingreso, instruye al paciente y a sus familiares/acompañantes sobre el desarrollo de las visitas durante la hospitalización.

Coloca una señal de aviso en la puerta de la habitación del paciente, para indicar, al resto del personal, que se está procediendo a un acto asistencial en el que se debe preservar la intimidad del paciente.

Limita al máximo la desnudez del paciente cuando se procede a realizar su higiene personal o cualquier otro procedimiento que requiera de esta condición.

Favorece la autonomía motriz del paciente siempre que sea posible. Cuando se precise su traslado para la realización de pruebas, exploraciones, etc. se fomentará que lo haga por sí mismo y no en silla de ruedas, camilla, etc. ya que supone una agresión a la propia imagen.

Dota al paciente de un mínimo espacio físico vital, en el que disponga de las pertenencias personales y hospitalarias básicas para una confortable estancia durante su ingreso, ya sea en observación de urgencias, en el hospital de día, o en cualquier otra dependencia del Hospital.

En las situaciones en las que sea posible, facilita al paciente la elección de traer de casa su pijama/camisón, evitando la despersonalización que sienten algunas personas cuando se les obliga a vestir la ropa del hospital.

XX.6 INFORMACION GENERAL Y ATENCIÓN TELEFÓNICA

La información que se ofrece a los usuarios es un aspecto muy valorado que influye en gran medida en el índice de satisfacción de los pacientes.

Informar de forma comprensible, prudente y con respeto al usuario, es una de nuestras obligaciones profesionales. Como regla general, la información debe ofrecerse anticipadamente a la que pueda demandar el usuario.

Para la consecución de este objetivo, los profesionales de la Fundación Jiménez Díaz debemos:

Canalizar las sugerencias, reclamaciones y opiniones de los usuarios, en cuanto al funcionamiento del Centro. Si recibimos una queja del usuario, le ofreceremos una respuesta, con una actitud positiva, y evitaremos reforzar su postura.

Proporcionar ayuda cuando el usuario esté desubicado. En ocasiones, bastará con una explicación verbal, pero si no es suficiente y la situación lo requiere, se le acompañará a su destino.

Avisar al usuario, con suficiente anticipación, de cambios organizativos que afecten a su atención: cambio de citas o de profesionales.

Asumir, cuando sea posible, la omisión de la labor que deberían desarrollar otros profesionales a todo lo que requiera el usuario. Una vez solventada la situación, se pondrá en conocimiento de un superior para evitar que se repita.

XX.7 INFORMACIÓN CLÍNICA

La Información Clínica es un eje básico para conseguir la humanización de los servicios sanitarios que realizamos. Todos los profesionales de la Fundación Jiménez Díaz, debemos preservar, sin ningún tipo de discriminación, la intimidad de la información relativa a su salud, puesto que una adecuada información clínica genera la cooperación del paciente en la realización de las consultas o pruebas diagnósticas y en la evolución de su tratamiento.

Solicita al paciente qué personas designa para que sean informadas de su proceso y reflejarlo en la historia, desde el momento de su primer contacto con el Centro. Así mismo debemos respetar su derecho a no ser informado ni informar a otras personas si así lo manifiesta.

Asegúrate que la comunicación de la información clínica transmitida al paciente y a sus familiares/acompañantes, es entendida por estos, adaptándola a sus circunstancias psicológicas, nivel intelectual y cultural. Se comunicará, por tanto, con un lenguaje sencillo y fácilmente comprensible.

Transmite la información con amabilidad, respeto y delicadeza, sin brusquedad, y poniéndonos en el lugar de quienes van a recibirla. Ten un cuidado extremo, al comunicar noticias negativas sobre la salud del paciente.

Obtén información de los familiares/acompañantes sobre los pacientes en situaciones de deterioro cognitivo o alteración de nivel de conciencia, siendo prudentes a la hora de transmitirles la información clínica.

Informa al paciente y a sus familiares/acompañantes de los tiempos de espera estimados para la obtención de resultados de pruebas, en áreas especiales como Urgencias, así como de los horarios de visitas restringidas en los servicios que lo requieran.

Dirígete al paciente, cada cierto tiempo, aunque no tengamos ninguna novedad que comunicarle (no ha habido ningún cambio, pero le iremos informando). La ausencia de comunicación genera ansiedad, desesperación, da lugar a numerosos conflictos.

Facilita la intervención de un intérprete, si el paciente no comprendiera español.

En todo caso, los jefes clínicos y supervisoras de enfermería, deberán garantizar:

Desde el momento del ingreso, la asignación de un profesional médico y de enfermería responsables por turno durante todo el proceso asistencial, quienes serán los responsables de informar al paciente y a sus familiares/acompañantes de acuerdo a sus respectivas competencias.

El acceso del resto de profesionales a conocer la identidad de los responsables asignados a cada paciente, a través del sistema informático, cuando precisen.

Que el personal de enfermería, dentro de sus competencias, informe al paciente de todos los procedimientos y acciones relacionadas con su cuidado y de todas aquellas cuestiones de las que el paciente solicite información.

Que el personal sanitario en general incluirá en el informe de recomendaciones al alta, todo lo que considere que el paciente debe conocer, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y cumplimiento terapéutico.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, que la información médica no podrá ser sustituida por la de cualquier otro profesional.

Que la información clínica se comunique en lugares adecuados, señalizados convenientemente para el paciente y sus familiares/acompañantes, y que aseguren la intimidad y el aislamiento durante todo el proceso de información.

Transmite la información clínica a los pacientes encamados, respetando en todo momento su derecho a la intimidad y confidencialidad, evitando por tanto, que pueda ser escuchada por otro paciente u otras personas para los que este no hubiera solicitado su presencia.

XX.8 ATENCION TELEFONICA

Una adecuada comunicación telefónica, es garantía de la buena impresión que recibe el usuario de nuestro Centro, por tanto, es un aspecto que debemos cuidar.

Identifica primero el nombre del nuestro Centro “ **Fundacion Jiménez Díaz , Buenas tardes/días le atiende en que puedo ayudarle?** y a continuación el tuyo, preguntando en qué podemos ayudarle.

Modula y cuida el tono de voz, no utilizando uno muy alto o demasiado bajo.

Habla despacio, sin prisas y acorde a las circunstancias personales que detectemos en nuestro interlocutor.

Si es preciso interrumpir una llamada, hazlo de la forma más cordial, intentando que la espera sea lo más breve posible y pidiéndole al retomarla, excusas por la espera.

Protege el entorno físico para contribuir a mejorar la confidencialidad de las llamadas.

XX.9 UNIFORMIDAD Y ASPECTO FISICO EN LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ.

Proyectar una buena imagen general, aumenta considerablemente la confianza del paciente en el profesional que le atiende. Es por eso, que la obligatoriedad de mantener esta imagen se hace extensible a todos los profesionales de la Fundación Jiménez Díaz, para que esté acorde con los valores y el propio estilo que queremos transmitir.

El profesional debe acudir a su Centro de trabajo con un aspecto limpio y aseado. La ropa que compone la uniformidad debe estar exenta de suciedad y manchas, incluyendo las relacionadas con la actividad clínica: sangre, antisépticos, etc.

El profesional debe vestir únicamente las prendas que componen la uniformidad y no otras, como combinaciones de ropa de calle (pantalones, faldas o camisas) con la parte complementaria del pijama de trabajo.

Los uniformes, incluyendo las batas deben llevarse abotonados y con apariencia cuidada.

Asimismo, debe abstenerse de portar, en su uniformidad, distintivos como pegatinas, insignias, etc., excepto la tarjeta identificativa y el logotipo del Grupo.

La diferenciación en los elementos distintivos del atuendo de cada profesional según su categoría, evita la confusión del paciente. Por eso, cada trabajador debe cumplir estrictamente lo establecido en el Protocolo de Uniformidad de la Fundación Jiménez Díaz, para cada una de las categorías profesionales. Del mismo modo, se procede con respecto al uso del calzado reglamentario. (Anexo I).

La ropa de calle debe guardarse en lugares destinados a este fin y no quedar expuesta a la vista de los pacientes, en despachos, consultorios, o cualquier otra zona frecuentada por ellos.

"Estos Anexos forman parte del **Manual de Estilo de la FJD por lo que se actualizará cuando se elabore el Manual de Estilo específico del Hospital de Collado Villalba. No obstante, la uniformidad se ajusta al Plan de Identidad Visual de la Consejería de Sanidad"*

XX.10 IDENTIFICACIÓN PERSONAL E INSTITUCIONAL DE LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ.

La identificación verbal de cada profesional ante el paciente, debe llevarse a cabo en cada acto asistencial, para evitar que éste pueda sentirse desorientado.

El trabajo en equipo, **no puede ser excusa** para no informar al paciente de quien es el profesional que asume la responsabilidad de su atención o para no proporcionarle la información general necesaria.

Cada paciente que ingresa en la Fundación Jiménez Díaz, debe tener asignado un médico responsable desde el momento del ingreso. Este profesional, debe presentarse al paciente lo antes posible, visitarlo diariamente de lunes a viernes y comunicarle el alta, así como cualquier otra incidencia importante que suceda durante el proceso, incluyendo quien lo sustituye los días en que no pueda visitarlo.

Del mismo modo, el médico responsable, es el interlocutor ante los familiares y/o acompañantes, cuando el paciente se encuentre en situaciones de alteración de su nivel de conciencia o en caso de deterioro cognitivo.

En todo caso, cada profesional debe hacer una presentación verbal ante el paciente, informándole de su categoría, nombre y apellido, y debe portar, obligatoriamente tarjetas de identificación personal que deben exhibirse prendidas en el uniforme y en lugar cómodamente visible por el paciente.

"Estos Anexos forman parte del **Manual de Estilo de la FJD por lo que se actualizará cuando se elabore el Manual de Estilo específico del Hospital de Collado Villalba.*

XX.11 TRABAJO EN EQUIPO EN EL GRUPO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ.

Un Equipo se define como un grupo de personas que trabajan con un objetivo común. En la Fundación Jiménez Díaz, el objetivo y la razón de ser, es la satisfacción del paciente.

Debemos reconocer la importancia de las personas en sí mismas. En un equipo multidisciplinar, cada miembro de un equipo, puede aportar soluciones a los demás integrantes, no se trata de que cada uno cumpla con lo suyo y no se preocupe por lo que haga el resto .

XX.12 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Todos los profesionales de la Fundación Jiménez Díaz, debemos conocer y cumplir, en los términos que recoge la normativa, que cualquier intervención en el ámbito de la salud, requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento específico y libre, y haya sido previamente informada del mismo.

En los casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasivos y, en general, cuando se llevan a cabo procedimientos que supongan riesgos susceptibles de repercutir en la salud del paciente, el consentimiento debe recogerse de forma obligada, por escrito. En los demás casos, es suficiente que lo manifieste verbalmente, pero debe ser anotado en la historia clínica.

Cuando el documento del Consentimiento Informado deba recogerse por escrito:

Deberá ser específico para cada procedimiento, sin perjuicio de que se puedan adjuntar hojas y otros medios de información de carácter general.

Describirá de forma clara y comprensible qué procedimiento se va a realizar, para qué se realiza, los beneficios esperables, los riesgos, molestias y efectos secundarios posibles.

Será entregado por el médico responsable del procedimiento, acompañándolo con una explicación verbal clara y comprensible, dedicando el tiempo necesario para que el paciente exprese sus

dudas y entregándolo con suficiente antelación, para que el paciente, en circunstancias normales, pueda llevárselo para leerlo y en su posterior entrega, exponer sus dudas antes de firmarlo.

El paciente será siempre el receptor de la información y firmante, excepto en los casos de negativa a recibirla, o incapacidad para tomar decisiones porque se encuentre en un estado físico, o psíquico que no le permita hacerse cargo de su situación. En tales casos, la información irá dirigida a la familia o representante legal si lo hubiera.

Existe la obligación de entregar una copia del Consentimiento Informado al paciente, familiar o representante legal que lo haya firmado, cuando así lo soliciten.

El paciente puede revocar en cualquier momento el consentimiento informado del procedimiento que se va a llevar a cabo, obviamente se respetará su decisión.

No se requerirá la firma si, a criterio médico, la urgencia en la asistencia que precise el paciente, no permita demoras porque se puedan ocasionar lesiones irreversibles, o si hay riesgo de fallecimiento. En tal caso, el médico debe hacer constar tal circunstancia en la historia clínica.

XX.13 COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

Comunicar una mala noticia puede provocar una crisis en quien la recibe, especialmente si es algo súbito e inesperado. El paciente y sus familiares/acompañantes se pueden sentir desorientados, impotentes, vulnerables, y muchas veces, incapaces de escuchar o entender lo que les decimos, más allá de nuestras primeras palabras.

Por eso, los profesionales de la Fundación Jiménez Díaz debemos ayudar al paciente y sus familiares/acompañantes, trasladando el mensaje de la manera más cálida y correcta.

Prepara la entrevista de manera que pueda hacerse con tranquilidad y sin interrupciones externas. Apaga el móvil e indicar que no nos pasen llamadas durante este tiempo. No muestres prisa.

Procura un entorno adecuado, un lugar tranquilo, privado, donde se pueda asegurar la intimidad de la comunicación.

Relee la historia clínica del paciente, para poder dar respuesta con seguridad a cualquier pregunta que nos puedan realizar.

En particular, en la entrevista, si el paciente está hospitalizado:

- Si está en una habitación compartida, asegúrate de que la comunicación se realiza con la mayor intimidad posible, pidiendo que trasladen unos minutos al otro paciente, si es posible o corriendo la cortina o biombo, si no lo es, y en ese caso hablando en voz baja.
- Pregunta al paciente si desea estar acompañado y obrar en consecuencia. Evita, siempre que sea posible, las horas nocturnas.

- Siéntate junto al paciente, a su altura si está encamado.

Mantén respeto y empatía, utilizando un lenguaje claro, sencillo y directo.

Darle información sincera y comprensible, de modo que les permita asumir con claridad la nueva situación.

Evita dar demasiada información en una situación en la que el paciente y sus familiares/acompañantes están bloqueados emocionalmente. Anticípate y verbaliza posibles necesidades que no son capaces de expresar.

Da la información que en ese momento el paciente quiera saber. Si no desea toda o parte de la información, ofrecerle la posibilidad de una nueva entrevista para solucionar dudas posteriores.

Deja que el paciente y sus familiares/acompañantes expresen sus emociones libremente. Cuando no tenemos nada apropiado que decir en situaciones emotivas, es mejor mantenerse en un respetuoso silencio, antes que decir frases estandarizadas como que sabemos lo que sienten o cosas por el estilo ni crear falsas expectativas.

Aunque en ocasiones parezca que “no podemos hacer nada”, no debemos sentir que estorbamos en el dolor del paciente y sus familiares/acompañantes por lo que es conveniente que permanezcamos acompañando al paciente un mínimo de tiempo después de comunicarle la situación.

Transmite al paciente que los profesionales estamos a su lado para apoyarle y ayudarles a superar la enfermedad.

Asegúrate de que comprenden las diferentes alternativas que podemos ofrecerles, sin tomar decisiones por ellos.

XX.14 CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES

XX.4.1 DERECHOS DE LOS CIUDADANOS EN RELACIÓN CON EL SISTEMA SANITARIO

1.- El ciudadano tiene derecho a ser verazmente informado, en términos comprensibles, en relación con su propia salud, para poder tomar una decisión realmente autónoma. Este derecho incluye el respeto a la decisión de no querer ser informado.

2.- En situaciones de riesgo vital o incapacidad para poder tomar decisiones sobre su salud, se arbitrarán los mecanismos necesarios para cada circunstancia que mejor protejan los derechos de cada ciudadano.

3.- El ciudadano tiene derecho a mantener su privacidad y a que se garantice la confidencialidad de sus datos sanitarios, de acuerdo a lo establecido en la legislación vigente.

4.- El ciudadano, como paciente, tiene derecho a conocer la identidad de su médico o facultativo, quien será responsable de proporcionarle toda la información necesaria que requiera para poder elegir y, en su caso, otorgar su consentimiento a la realización de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, profilácticos y otros que su estado de salud precise.

5.- El ciudadano, como paciente, tiene derecho a conocer si el procedimiento, diagnóstico o terapéutica que le sea dispensado será empleado en un proyecto docente o en una investigación clínica. A efectos de poder otorgar su consentimiento.

6.- El paciente, por decisión propia, podrá requerir que la información sea proporcionada a sus familiares, allegados u otros, y que sean estos quienes otorguen el consentimiento por sustitución.

7.- El derecho a la información sobre la propia salud incluye el acceso a la información escrita en la historia clínica, resultados de pruebas complementarias, informes de alta, certificados médicos, y cualquier otro documento clínico que contenga datos sanitarios propios. El grado de confidencialidad de los mismos debe ser decidido por el paciente.

8.- El ciudadano tiene derecho a ser informado de los riesgos para su salud en términos comprensibles y ciertos, para poder tomar las medidas necesarias y colaborar con las autoridades sanitarias en el control de dichos riesgos.

9.- Los ciudadanos tienen derecho a la libre elección de médico y centro sanitario, así como a la segunda opinión, en los términos que reglamentariamente se determinen.

10.- El ciudadano tiene derecho a que las prestaciones sanitarias le sean dispensadas dentro de unos plazos previamente definidos y conocidos, que serán establecidos reglamentariamente.

XX.14.2 DEBERES DE LOS CIUDADANOS EN LA UTILIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

1.- Cumplir las prescripciones en materia de salud comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios.

2.- Utilizar las instalaciones de forma adecuada, a fin de que las mismas se mantengan en todo momento en condiciones de habitabilidad.

3.- Responsabilizarse del uso adecuado de los recursos ofrecidos por el Sistema Sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de los servicios, procedimientos de incapacidad laboral y prestaciones.

4.- Cumplir las normas y procedimientos de uso y acceso a los derechos que se otorgan a través de la presente Ley.

5.- Mantener el debido respeto a las normas establecidas en cada centro, así como al personal que preste servicios en los mismos.

6.- Firmar, en caso de negarse a las actuaciones sanitarias, el documento pertinente en el que quedará expresado con claridad que el paciente ha quedado suficientemente informado y rechaza el procedimiento sugerido.

ANEXO XXI. HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS.

A continuación se expondrán algunos de los trípticos informativos que recibirán las embarazadas como medida del proyecto "Hospital amigo de los niños".

 Capiro Fundación Jiménez Díaz



PROGRAMA SEGUIMIENTO EMBARAZO

FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN

www.fjd.es

 Capiro Fundación Jiménez Díaz

ANESTESIA EPIDURAL EN EL PARTO

¿En qué consiste?

Se trata de una técnica, mediante la cual se coloca un catéter en la zona baja de la espalda por donde se administran distintas dosis de anestesia.

Se anestesia localmente la piel por donde se introduce una aguja entre dos vértebras, se introduce un catéter por donde pasa la anestesia, se retira la aguja y se fija el catéter a la piel con un esparadrapo.

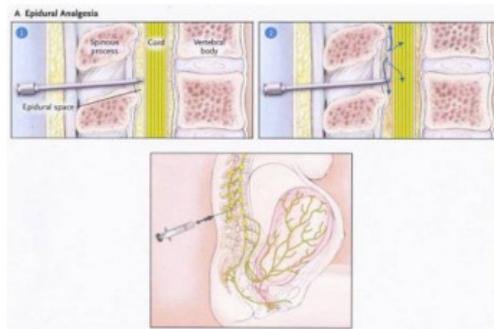
Se puede también conectar el catéter a un dispositivo llamado "bomba de infusión", que permite la introducción de la anestesia y el ritmo de administración que fije el anestesista, según las necesidades de cada paciente

www.fjd.es

¿En qué momento del parto se administra y cuánto dura su efecto?

Normalmente se pone cuando el cuello del útero ya está dilatado 3-4 cm. Sin embargo **dependerá de las circunstancias de cada mujer.**

La anestesia epidural puede suministrarse **durante todo el tiempo que sea necesario** a través del catéter que permanece fijo en el espacio epidural. Esto permite a los médicos ponerlo al comienzo del parto y retirarlo después del nacimiento del bebé.



¿Cuándo está contraindicada?

- Cuando la gestante esté bajo los efectos de una medicación anticoagulante por otro proceso.
- En determinadas enfermedades neurológicas
- Si la mujer tiene alteraciones en la columna vertebral de cierta consideración como una escoliosis grave

El anestesta tendrá que valorar estas situaciones antes de realizar la punción. Antes de administrar la anestesia se le ofrece a la mujer un documento oficial denominado "Documento de consentimiento informado" de características similares a los que se utilizan antes de cualquier intervención quirúrgica o diagnóstica. Es en ese momento cuando se aclara cualquier duda sobre la técnica, sus ventajas y riesgos.

Además de las guías informativas sobre la anestesia epidural, existirán recomendaciones sobre la lactancia materna.

Se debe evitar

EXPONER AL RECIÉN NACIDO AL HUMO DEL TABACO.

Entre otros efectos perjudiciales, aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante.

El consumo materno de cualquier sustancia tóxica (alcohol, tabaco, etc.)

Contacto del recién nacido y del lactante durante los primeros meses de vida con niños pequeños o con cualquier persona enferma (con catarro, tos, vómitos, diarrea), por el riesgo de contagio de enfermedades que en ellos pueden ser más graves.

LA FORMA MÁS EFICAZ DE EVITAR EL CONTAGIO ES EL LAVADO DE MANOS ANTES DE TOCAR AL BEBÉ.

Para otras informaciones les recomendamos la siguiente página web de consulta de la Asociación Española de Pediatría: <http://www.aeped.es>



Recomendaciones para la lactancia materna



Alimentación recién nacido

LA LECHE MATERNA ES EL MEJOR ALIMENTO QUE UNA MADRE PUEDE OFRECER A SU HIJO RECIÉN NACIDO.

Contiene todos los nutrientes que el niño necesita durante los primeros meses de vida y, además, tiene dos ventajas fundamentales frente a las leches artificiales: **REFUERZA EL VÍNCULO AFECTIVO MADRE E HIJO Y ES UN FACTOR PROTECTOR PARA LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO**, ya que le aporta defensas frente a algunas infecciones, disminuye el riesgo de la muerte súbita del lactante, e incluso puede prevenir enfermedades como asma, alergia, obesidad, etc. en la edad adulta. Existen sólidas bases científicas que demuestran que la lactancia materna es beneficiosa para el niño, para la madre y para la sociedad.

Es importante que al niño **SE LE OFREZCA EL PECHO PRECOZMENTE, A SER POSIBLE EN LA PRIMERA MEDIA HORA TRAS EL PARTO**. Después de la primera hora, el recién nacido suele quedar adormecido unas horas. Durante este tiempo, es recomendable que **EL BEBÉ PERMANEZCA JUNTO A SU MADRE AUNQUE NO MUESTRE INTERÉS POR MAMAR Y QUE SE ESTIMULE EL CONTACTO PIEL CON PIEL ENTRE AMBOS**.

Alimentación recién nacido

Las causas que contraindican la lactancia materna (algunas enfermedades infecciosas o medicamentos...) son excepcionales. Si tiene dudas al respecto, debe consultarlo con el pediatra. Es excepcional que una madre no produzca suficiente leche para alimentar a su hijo.

El principal estímulo que induce la producción de la leche es la succión del niño, por lo tanto, cuantas más oportunidades tiene el bebé de mamar del pecho de la madre y cuanto mejor se vacía éste, más leche se produce. Es por ello que, para lograr una lactancia eficaz, se recomienda la lactancia "a libre demanda" del bebé, sobre todo los primeros días.

Ponga a su hijo a mamar siempre que él quiera, no espere a que lllore.

Así, puede ofrecerse el pecho tan pronto como se observe que el niño está dispuesto a mamar (movimientos de la boca buscando el pezón, hociqueo...) y no solamente cuando lllore. El llanto es un signo tardío de hambre. Tanto el número de tomas que el niño realiza al día, como el tiempo que invierte en cada una, es muy variable, y no hay que establecer reglas fijas. Los primeros días se produce calostro, de aspecto amarillento y que puede parecer "aguado". Sin embargo, no existe la leche materna de baja calidad; ésta siempre es adecuada al bebé y generalmente es todo cuanto necesita, siempre que la técnica sea correcta.

Alimentación recién nacido

ASEGÚRESE DE QUE SE COGE BIEN AL PECHO (con la boca abarca el pezón y un buen bocado de areola) y deje que mame todo el tiempo que quiera del mismo pecho. **NO LIMITE LA DURACIÓN DE CADA TOMA, EL BEBÉ ES EL ÚNICO QUE SABE CUÁNDO SE HA QUEDADO SATISFECHO**, lo ideal es que la toma dure hasta que sea el niño quien se suelte espontáneamente del pecho. Luego, ofrézcale el otro pecho. Si el niño no lo vacía completamente, la toma siguiente deberá iniciarse en éste último. No es importante que el niño mame de los dos pechos, sino que vacíe completa y alternativamente cada uno de ellos.

Tampoco fije un intervalo mínimo de tiempo entre tomas, aunque es recomendable que no pasen más de 4 horas entre una toma y la siguiente, en estos primeros días. Para lograrlo, se recomienda que el recién nacido permanezca con la madre las 24 horas del día.

La mayoría de los problemas con la lactancia materna se deben a una mala posición, a un mal agarre o a una combinación de ambos. Una técnica correcta evita la aparición de grietas en el pezón.

UN RECIÉN NACIDO SANO NO NECESITA MÁS LÍQUIDOS QUE LOS QUE OBTIENE DE LA LECHE DE SU MADRE, no es recomendable ofrecer suplementos de otros líquidos, salvo indicación médica.

Si el niño está tranquilo y moja 4-6 pañales diarios, es que está tomando la leche que necesita.

Es normal una pérdida de peso no superior al 10% de su peso al nacer en los primeros días de vida, que debe recuperar antes de 10-15 días.

Alimentación recién nacido

LA ÚNICA HIGIENE QUE NECESITA EL PECHO MATERNO ES LA QUE SE REALIZA CON LA DUCHA DIARIA.

Después de cada toma no es necesario lavar los pechos con jabón, tan solo secarlos. Posteriormente pueden ser útiles los discos absorbentes, cambiándolos tantas veces como sea necesario.

La madre no necesita variar sus hábitos de comida o de bebida. Sin embargo, debe saber que todo lo que consuma pasará en mayor o menor cantidad a la leche. Por ello, no debe beber alcohol, y limitará al máximo las bebidas con cafeína u otros excitantes (café, bebidas gaseosas, té, etc). Si es fumadora, este es un buen momento para dejarlo. Si toma algún tipo de medicamento, consúltelo con el médico.

En algunas ocasiones, puede ser útil que la madre aprenda a extraerse la leche, bien para guardarla y que alguien alimente al bebé cuando la madre no pueda hacerlo, o bien para aliviar las molestias producidas por un acúmulo de leche, evitando así que se produzca una mastitis. La extracción de la leche puede hacerse de forma manual o mediante un sacaleches (disponible en la planta).

Si usted decide no dar lactancia materna se le darán las indicaciones oportunas para una adecuada técnica de alimentación de su bebé.

Esperamos que estos consejos le sean de utilidad. Por favor, pida la ayuda que necesite al personal de enfermería de la planta y consulte sus dudas con el pediatra cuando pase por su habitación.

Adaptado de la página web de la Asociación Española de Pediatría: <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/index.htm> (página web recomendable de consulta para padres).