



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas



TESÁJ HA TEKO
PORAVE
NOTENONDEHA
MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

TETÁ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL
Jajape nande rapera ko'aga guive
Construyendo el futuro hoy

PROTOCOLOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PRIMERA EDICIÓN - 2017





PROTOSCOLOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PRIMERA EDICIÓN - 2017



Publicación realizada con el apoyo técnico de la
Organización Panamericana de la Salud/ Organización
Mundial de la Salud - OPS/OMS en Paraguay.

Conducción Técnica:

Ms. Quim. Patricia Alejandra Giménez León

Directora General, Dirección General de Planificación y Evaluación

Dra. Nathalia Meza Noce

Unidad de Calidad, Dirección General de Planificación y Evaluación

ISBN 978-99967-36-67-4

Diseño y diagramación: **DR Creativo**

AUTORIDADES NACIONALES

DR. ANTONIO CARLOS BARRIOS FERNÁNDEZ

Ministro

DRA. MARÍA TERESA BARÁN WASILCHUK

Viceministra

MS. QUIM. PATRICIA ALEJANDRA GIMÉNEZ LEÓN

*Directora General de
Planificación y Evaluación*

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....9

PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES

1. Conflicto de intereses	11
2. Introducción	11
3. Definiciones	12
4. Objetivos	12
5. Ámbito de aplicación	12
6. Procedimientos relacionados	13
7. Población objetivo	13
8. Personal que interviene	13
9. Procedimientos y algoritmos	13
<i>Flujograma</i>	18
10. Indicador de evaluación	19
11. Referencias bibliográficas	19

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS

1. Conflicto de intereses	20
2. Introducción	20
3. Definiciones	21
4. Objetivos	23
5. Ámbito de aplicación	23
6. Documentos relacionados	23
7. Población objetivo	23
8. Personal interviniente	23
9. Procedimientos	23
<i>Flujograma de actuación</i>	27

10. Evaluación	28
11. Referencias bibliográficas	28
12. Anexos	29

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN - UPP

1. Conflicto de intereses	32
2. Introducción	32
3. Definiciones	33
4. Objetivos	34
5. Ámbito de aplicación	34
6. Documentos relacionados	34
7. Población objetivo	34
8. Personal que interviene	34
9. Procedimientos	34
<i>Cuidados generales</i>	37
<i>Cuidados específicos de prevención</i>	37
<i>Flujograma de actuación</i>	41
10. Evaluación	41
11. Referencias bibliográficas	42

PROTOCOLO DE SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN Y MANEJO DE MEDICAMENTOS

1. Conflicto de intereses	43
2. Introducción	43
3. Definiciones	44
4. Objetivo	46
5. Ámbito de aplicación	46
6. Procedimientos relacionados	46
7. Población objetivo	46
8. Personal que interviene	46
9. Procedimientos	46
10. Indicadores de evaluación	50
11. Referencias bibliográficas	51

ANEXO	52
-------	----

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afectarán la seguridad del paciente, y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, impulsa una Política Nacional de Calidad en Salud y la elaboración de Protocolos de buenas prácticas en seguridad.

Consideramos como una de las dimensiones fundamentales de la calidad asistencial la seguridad del paciente, que se entiende como el *“conjunto de acciones orientadas a la protección del paciente contra riesgos y daños innecesarios durante la atención médica”*. La seguridad del paciente involucra aspectos propios de la seguridad humana en salud, de la seguridad hospitalaria y de la seguridad clínica, por lo que no depende solamente de la atención que proporcionan al paciente directamente los profesionales de la salud.

La estandarización de procesos asistenciales se ve como una alternativa pausada, progresiva y más racional para mejorar la calidad y seguridad del paciente. Fue implementada durante años a través de las clásicas normas de diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, el desarrollo de la Epidemiología Clínica, la Medicina Basada en la Evidencia y la Investigación en Servicios de Salud le otorgaron nuevas dimensiones.

La adopción de estandarización de procesos supone la necesidad de gestionar un cambio cultural, organizativo y profesional que permita estandarizar los conocimientos de los profesionales, y la comprensión de los beneficios aportados por el uso de estos estándares tales como:

- cambio de actitudes entre los profesionales - interiorización de que las recomendaciones mejoran los cuidados.
- cambio de comportamiento - de modo que la práctica clínica tenga en cuenta las recomendaciones.
- cambio en los resultados clínicos y en la salud de la población, mejorando la calidad de la atención, la salud, la satisfacción y la seguridad del paciente.

Por esto, debería comprenderse que los documentos que definen estándares de atención no constituyen un objetivo en sí mismo, sino que en realidad son herramientas necesarias tanto en la disminución de la variabilidad innecesaria en los procesos, así como de la evaluación y mejoras de la calidad asistencial.

Uno de estos documentos es el protocolo que en términos generales, es definido como un acuerdo entre profesionales expertos en un determinado tema y en el cuál se han clarificado las actividades a realizar ante una determinada tarea. Desde ésta forma de ver las cosas, serían susceptibles de protocolizarse aquellas actividades físicas, verbales y mentales que son planificadas y realizadas por los profesionales, incluyéndose tanto actividades autónomas como delegadas.

Este documento aglutina cuatro Protocolos que han demostrado tener un alto impacto en mejorar la seguridad de los pacientes durante la atención en salud, buscando se constituyan en herramienta para mejorar la calidad de la atención en salud, un compromiso de todos.

PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES



1. Conflicto de intereses

Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración/revisión de este protocolo.

2. Introducción

La identificación inadecuada de pacientes conlleva la generación de errores en la asistencia sanitaria. El National Health Service ha recopilado 24.000 declaraciones sobre identificaciones erróneas de pacientes entre febrero de 2006 y enero de 2007.

La forma más habitual de identificación de pacientes es el número de habitación, cama, diagnóstico, características físicas o psicológicas. Esta modalidad de identificación puede variar y poner en riesgo la seguridad del procedimiento y del paciente, ocasionando errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusión de sangre, etc. Lo mismo ocurre con la identificación de muestras biológicas.

La información de un resultado analítico en un paciente equivocado en el mejor de los casos supone la repetición del análisis que genera la información, pero en el peor de los casos puede dar lugar a un evento adverso sobre el paciente (tratamientos incorrectos o ausencia de tratamientos, retraso en la verificación de diagnósticos o diagnósticos erróneos, incluso muerte). No es difícil, pues, deducir que la identificación inequívoca del paciente es el primer y más crucial paso en todo el proceso de su atención sanitaria.

3. Definiciones

Pulsera Identificativa o brazalete: Dispositivo que se le coloca al paciente, generalmente en la muñeca o tobillo del paciente, en la que figuran los datos identificativos inequívocos del propio paciente.

Inequívoco: Refiere a aquello que no admite duda o equivocación.

Datos identificativos inequívocos: Son aquellos que pertenecen a un solo paciente y que no pueden ser compartidos por otros.

Los datos definidos como inequívocos para las pulseras identificativas son:

- Nombre y Apellidos.
- Fecha de Nacimiento.
- Número de Cédula de Identidad.

No se consideran datos inequívocos para las pulseras:

- Diagnóstico.
- Número de cama.
- Unidad de ingreso.
- Fecha de ingreso o nacionalidad.

4. Objetivos

Implementar un sistema de identificación inequívoca del paciente desde el momento que es ingresado a un establecimiento de salud para ser sometido a cualquier procedimiento.

5. Ámbito de aplicación

Este protocolo será aplicado en todas las áreas de hospitalización y diagnóstico de los establecimientos de salud.

6. Procedimientos relacionados

- Protocolo de Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).
- Protocolo de Seguridad en la utilización de medicamentos.
- Protocolo de Prevención y reducción de la frecuencia de caídas.
- Protocolo de Mejorar la seguridad en los procesos quirúrgicos.
- Protocolo de Prevención de úlceras por presión.
- Protocolo de seguridad transfusional.

7. Población objetivo

Todo paciente que ingresa a un establecimiento de salud de la Red de Servicios en las áreas ambulatoria, hospitalización y/o diagnóstico.

8. Personal que interviene

Serán responsables de la aplicación de este protocolo todos los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, obstetras, personal de laboratorio, radiólogos) y personal no sanitario (camilleros, personal de admisión y otros administrativos) que tienen contacto directo en algún momento con pacientes.

9. Procedimientos y algoritmos

Admisión

El personal de admisión recogerá los datos inequívocos del paciente (verificándose con un documento/cédula de identidad), si ya se le hubiesen recogido con anterioridad, se procederá a la actualización o comprobación de los mismos. Este registro, salvo en casos urgentes, se realizara antes de la prestación de asistencia, preferentemente en el momento de la solicitud de la prestación.

La verificación de los datos identificativos del paciente se repetirá verbalmente por todo personal que entre en contacto con el paciente previo a la asistencia que se le brindará (procedimientos, administración de medicamentos o hemocomponentes, estudios), con el fin de ser verificado por el paciente.

Identificación física con pulsera identificativa

Para evitar situaciones de riesgo adicional, se procederá a la identificación física mediante el empleo de PULSERA IDENTIFICATIVA.

En todo caso, el paciente será informado del uso y finalidad de esta medida de seguridad, solicitando su participación activa.

Pacientes susceptibles de identificación con pulsera.

• **Atención Primaria**

Los que acuden de Urgencias a las Unidades de Salud de la Familia y se le realice algún tipo de procedimiento invasivo (administración de medicamentos, extracción de muestras), queden en observación o requieren derivación a otro centro.

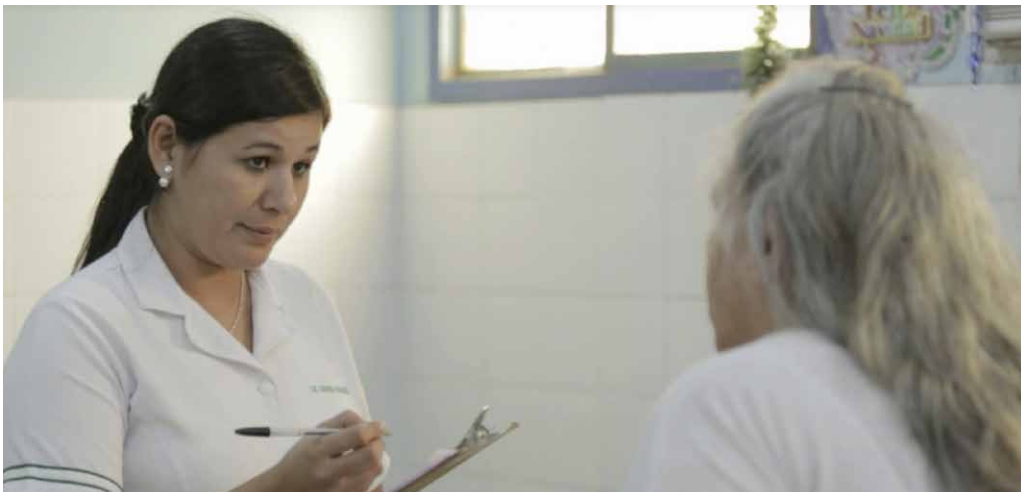
Siempre que el paciente ocupe una cama o camilla de hospitalización aunque sea temporal debe ser identificado.

• **Atención Hospitalaria**

- Todos los pacientes que acudan a solicitar un servicio de urgencias.
- Pacientes ingresados para observación u hospitalización.
- Paciente que acuden al Hospital de Día, tratamientos ambulatorios o pruebas diagnósticas invasivas.
- El paciente pediátrico / neonato (se identificará como el adulto con el dispositivo del tamaño para su edad).
- Paciente obstétrica.

Al ingreso del paciente a una unidad o servicio la enfermera u obstetra debe:

- Instalar la pulsera identificativa
- Corroborar con el paciente o acompañante la exactitud de los datos inequívocos identificativos.
- Explicar al paciente y/o acompañante la importancia de mantenerlo hasta el alta.
- Verificar en cada cambio de turno la permanencia e integridad de la pulsera en la extremidad.



- Indicar reinstalación inmediata de la pulsera en otra extremidad en caso de edema, lesión, necesidad de un procedimiento u otro motivo.
- Corroborar los datos contenidos en la pulsera en los procedimientos que requiera el paciente (administración de medicamentos, etiquetado de muestras para laboratorio o anatomía patológica, realización de estudios de diagnóstico).
- Registrar en hoja de enfermería la instalación de la pulsera con fecha, hora y sitio de instalación.

Los médicos (especialistas, anestesistas, cirujanos, residentes, internos, otros) deberán:

- Corroborar con el paciente o acompañante la veracidad de los datos de identificación.
- Cotejar la información de la pulsera antes de escribir las indicaciones, recetas, pedidos de exámenes, interconsultas, certificados, otros.
- Indicar la instalación de la pulsera identificativa en caso que el paciente no cuente con ella.

Personal de apoyo al realizar un traslado deberá

- Corroborar con el paciente o acompañante la exactitud de los datos de identificación.
- Solicitar la instalación de la pulsera identificativa en caso que el paciente no cuente con ella.

Familiar, tutor o acompañante deberá:

- Corroborar la exactitud los datos de identificación.
- Solicitar la instalación de la pulsera identificativa en caso que el paciente no cuente con ella.

En Recién Nacidos se completarán las pulseras identificativas en sala de partos con los siguientes datos: nombre completo de la madre, fecha y hora de nacimiento, sexo. El personal que realiza la atención inmediata leerá la pulsera a la madre o acompañante quién confirmará los datos, una vez confirmado se colocará al recién nacido.

No se deberá realizar ningún procedimiento invasivo a un paciente que no cuente con pulsera identificativa.

En caso de óbito, el cadáver será retirado del hospital con la pulsera identificativa.

Situaciones especiales

En emergencias o en situaciones en que la vida del paciente se pueda ver afectada, tienen prioridad los cuidados antes que la identificación. La enfermera a cargo es la responsable de identificar al paciente e instalar la pulsera identificativa.

Paciente atendido por el servicio de urgencias que no aporta documentación y es imposible conocer su identidad: Se realizará la identificación poniendo en el espacio nombre y apellidos: DESCONOCIDO/Sexo/nº de orden de llegada. Se está obligado a recabar todos los datos a posteriori y con la mayor brevedad. Si se trata de varias personas en estado crítico, el técnico o personal que lo traslada es el responsable de que queden todos identificados a la entrada al establecimiento de salud.

Características de la pulsera:

- Pulsera de color BLANCA.
- Texto en negro, con tamaño mínimo de letra 12 y fuente común (si son impresas).
- Material antialérgico (sin látex) e inocua para el paciente.
- Resistente a la tensión y rotura en cualquier dirección ya sea en estado seco o mojado.
- Inmunes al calor y a la humedad.
- Tinta indeleble e impresión resistente a la abrasión y al agua.
- Flexibles y cómodas, sin bordes cortantes.
- Cierre seguro con troquel de seguridad no manipulable.
- Imposibilidad de reutilización tras la rotura del cierre de seguridad.
- Ajustada a la normativa vigente en materia de calidad y protección del medio ambiente.
- La pulsera adaptada al tamaño del paciente (desde neonatos a adultos).
- Que permita un manejo fácil por parte del profesional (almacenaje, cumplimentación de los datos, impresión, actualización de la información, colocación en el paciente, etc.).

No se recomienda uso de códigos de colores en las pulseras identificativas, ya que puede suponer un riesgo adicional por originar confusiones en caso de inconsistencia en el significado de dicho código. Si el centro lo considera necesario, recomendamos la utilización de un troquel ROJO que se colocará como cierre de la pulsera y alertará al profesional sanitario de la existencia de un riesgo que debe consultar en la historia clínica como por ejemplo riesgo de caída.

Solicitud de análisis/exámenes

El médico solicitante de Atención Primaria o Especializada y Hospitalaria, debe asegurarse de realizar el pedido correcto, verificando los datos del paciente y solicitando a su vez al paciente que verifique sus datos. Las solicitudes realizadas deben constar en el expediente o historia clínica.

Obtención de muestras

Verificación de los datos Identificativos del Paciente: solicitar al paciente que nos indique su Nombre y Apellido/s completos y su fecha de nacimiento y/o Cédula de Identidad. Verificar la congruencia de dichos datos en la solicitud.

En el caso de encontrar discrepancias, por mínimas que puedan ser, **NO** seguir con el proceso de obtención de muestras hasta verificar todos los datos.

Una vez realizado dicho paso, obtener las muestras adecuadas en los tubos correspondientes. Identificar los tubos y la solicitud con etiquetas (de preferencia incorporar un sistema de código de barras). Dicha etiquetas deben asociar de forma inequívoca, las muestras con la solicitud.



Recepción de solicitudes y muestras en el laboratorio

Asegurarse de que los datos que vienen reflejados en la etiqueta de identificación de paciente estén correctamente transferidos de la solicitud.

Trazabilidad analítica

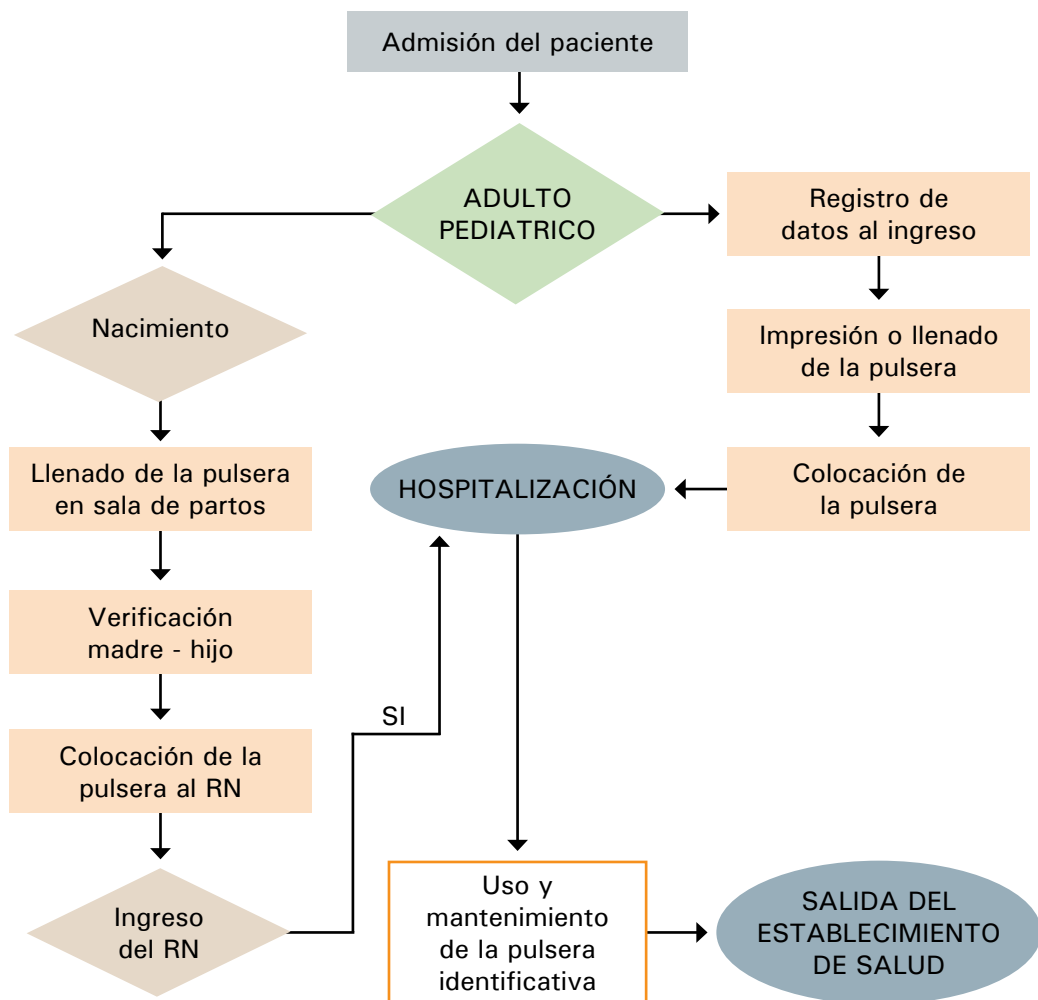
Los Sistemas Informáticos del Laboratorio deben disponer de trazabilidad analítica del paciente y sus muestras.

Validación facultativa

El profesional encargado de la validación de la prueba analítica deberá comprobar que es coherente con los resultados anteriores de ese paciente (delta check) en caso de disponer de ellos.

En caso de que existan dudas fundadas de la correcta identificación del paciente y/o sus muestras, el procedimiento analítico deberá ser anulado y se comunicará tal incidente al médico responsable.

Flujograma



10. Indicador de evaluación

Indicador 1: Porcentaje de pacientes admitidos con pulseras identificativas con datos correctos	
Definición:	Número de pacientes con pulseras con datos correctos según protocolo/ Número de pacientes evaluados x 100
Estándar:	100%
Periodicidad:	Trimestral

11. Referencias bibliográficas

Procedimiento General de Identificación de Pacientes, Junta de Andalucía Consejería de Salud. España 2009.

Protocolo de Identificación de Pacientes Seguridad Asistencial, Hospital Sotero del Río. Chile 2009.

Protocolo Identificación de Pacientes. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España 2010.

Identificación del paciente y sus muestras biológicas. Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (SEQC) Comité Científico Grupo de Trabajo de Seguridad del Paciente. 2013.

Fecha de revisión	Revisores	
Noviembre 2015	Dr.Santiago Insaurrealde Dra. María del Carmen Almada Dra. Carolina Aquino Dra. Juana Benegas Dra. Patricia Minozo Dra. Fanny Barboza Dra. Shirley Ferreira	Dra. María Elena Zorrilla Dra. Fabiola Estigarribia Lic. Lourdes Chamorro Lic. Elizabeth Ramírez Lic. Brígida González Lic. Melania García Lic. Hídalía Rodríguez Dr. Rubén Ruttia

Fecha de revisión	Revisores	
Marzo 2017	Mg. Gladys González – Coordinación de Normas y Programas de Enfermería – Instituto de Previsión Social Lic. Alejandro Martínez – Dirección Nacional de Enfermería Lic. Sofía Achucarro – Dirección Nacional de Enfermería Lic. Juana Alvarenga – Dirección Nacional de Enfermería Lic. Aida Ortigoza – Hospital San Pablo Lic. Felicia Tillería - Hospital San Pablo Dra. María del Carmen Almada – Laboratorio Central de Salud Pública Lic. Mabel Benítez – Coordinación de Terapia Intensiva y Urgencias	

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS



1. Conflicto de intereses

Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración/revisión de este protocolo.

2. Introducción

Todo paciente que ingresa a una institución de salud se enfrenta con una serie de riesgos potenciales derivados de la atención hospitalaria. Durante el tiempo de hospitalización pueden suceder incidentes que originen lesiones de distinta complejidad, entre estos se destacan las caídas, que repercuten en la convalecencia, prolongan los días de hospitalización y elevan el costo económico por las complicaciones inherentes a ellas.

El índice de caídas dentro de instituciones de salud, es considerado uno de los indicadores más relevantes para evaluar la Calidad asistencial y los niveles de seguridad del paciente, por lo tanto, el personal de salud debe tomar conciencia que uno de los aspectos más importantes en los programas de prevención de caída es la correcta "Identificación de los pacientes de riesgo". En un estudio realizado en el Hospital de Alta Complejidad EL Cruce

la proporción de pacientes hospitalizados que tuvieron al menos una caída, fue del 0,67%. En hospitales de estancia media larga, la tasa de pacientes hospitalizados que tuvieron al menos una caída fue de 2,33 por mil.

Por esto es necesario contar con un “Protocolo de Prevención de Caídas en el ámbito hospitalario”, que permita identificar en forma oportuna, práctica y objetiva el nivel de riesgos al que está expuesto todo usuario que ingrese al establecimiento de salud; que sirva de guía para realizar acciones de prevención de este tipo de incidentes, sus posibles complicaciones y consecuencias, tanto para el usuario como para los establecimientos de salud en toda la Red Integrada de Servicios de Salud, con enfoque hacia la seguridad del paciente y disminución del riesgo.

Para ello es prioritario instaurar una política de actuación en cualquier ámbito donde se atienda al ciudadano para prevenir, detectar y actuar ante las caídas. Por eso se ha elaborado un procedimiento de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas.

3. Definiciones

Caída: se define como un acontecimiento involuntario que hace perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales, aunque la mayoría de ellas no lo son¹.

Factores de riesgo: son aquellos elementos o circunstancias que, con independencia de su naturaleza, inciden de forma negativa sobre el paciente, haciéndolo más vulnerable respecto a su capacidad de autoprotección, lo que puede provocar una caída.

Se pueden distinguir dos grandes factores de riesgo:

Factores extrínsecos a la persona: en cualquier entorno de actuación

Riesgos ambientales generales	Iluminación inadecuada, suelos resbaladizos, superficies irregulares, barreras arquitectónicas, espacios reducidos, mobiliario inadecuado, entorno desconocido.
Riesgos del entorno: unidad asistencial	Altura de las camillas/camas y ausencia de dispositivos de anclaje, altura y tamaño de las barandillas, espacios reducidos, dispositivos y mobiliario asistenciales que se comportan como obstáculos, ausencia, ineficacia o mal funcionamiento de dispositivos de apoyo, deambulación o estabilización.

1 OMS –Centro de Prensa <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>

Riesgo del entorno: paciente	Calzado o ropa inadecuada, falta o mala adaptación de gafas y audífonos, carencia de ayudas técnicas para caminar o desplazarse.
Riesgo del entorno: evacuación / transferencia	Vía y medio de evacuación, medidas de sujeción física/ inmovilización, formación de los profesionales, efectos del transporte sobre la persona/ proceso de salud/ enfermedad.
Factor de tipo social	Red de apoyo / Cuidador.

Factores intrínsecos a la persona

Factores propios del paciente	Edad: menor de 5 años y mayor de 65 años. Historia de caídas previas. Alteración del estado de conciencia. Alteración de la capacidad de percepción sensorial. Alteración de la capacidad motora, nivel funcional, alteración de la marcha, movilidad, equilibrio, mantenimiento postural, astenia. Trastorno en las facultades mentales, procesos de pensamiento, conducta. Dificultad o incapacidad para controlar esfínteres. Existencia de barreras comunicativas. Alteración del estado nutricional, obesidad, carencias nutricionales, déficit vitamínico, deshidratación. Mujer en proceso embarazo-parto-puerperio.
Factores propios de la enfermedad:	Enfermedades neurológicas, respiratorias, cardíacas, articulares, inmunológicas, metabólicas, cardiovasculares, músculo esqueléticas. Enfermedad aguda, reagudizaciones de procesos ya instaurados. Dolor agudo y crónico. Hábitos tóxicos. Pacientes en proceso quirúrgico. Alteración en el control de la temperatura corporal.
Factores derivados del régimen terapéutico:	Características del régimen terapéutico del paciente, efectos adversos del mismo (antihipertensivos, antiarrítmicos, diuréticos, vasodilatadores, analgésicos, sedantes, tranquilizantes, hipnóticos, relajantes musculares, antihistamínicos, antidiabéticos, antiepilépticos, betabloqueantes). Pacientes con dispositivos implantados/ prótesis. Dispositivos de soporte que emplea el paciente referidos a la movilización.
Factores derivados de la respuesta del paciente frente a la enfermedad:	Afrontamiento del estado de salud. Conductas de riesgo. No solicitud de ayuda cuando se necesita.

4. Objetivos

- Identificar los factores de riesgo de caídas asociadas al Paciente, utilizando la escala de DOWNTON en adultos y la escala de MACDEMS en niños.
- Reducir el número de caídas mediante la aplicación de medidas de prevención e identificar las causas.

5. Ámbito de aplicación

Este protocolo será aplicado en áreas de hospitalización, diagnóstico, procedimientos ambulatorios y traslados de todos los establecimientos de salud a nivel nacional.

6. Documentos relacionados

Identificación correcta de pacientes en los procesos asistenciales.

7. Población objetivo

La población susceptible de padecer caídas es la población que asiste y/o se encuentra en una cama, camilla o sillón en los establecimientos de salud del ámbito de aplicación del protocolo.

8. Personal interviniente

Todos los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, técnicos) y no sanitarios (camilleros) que tienen contacto directo en algún momento con el paciente.

9. Procedimientos

9.1. Identificar al paciente de alto riesgo

Todos los pacientes, niños y adultos al ingresar, serán valorados por personal de enfermería.

Se aplicará la escala de riesgo de caídas de Downton² en pacientes adultos y la escala de Macdemms³ en niños. Se registrará el riesgo en el expediente clínico (Hoja de enfermería e historia clínica).

El personal de enfermería reevalúa cada vez que se modifique el estado de salud o el entorno del paciente.

2 Anexo 1

3 Anexo 2

9.2. Incluir al paciente atendido en el protocolo de prevención de caída

El puntaje de riesgo debe estar escrito en un identificador visual escrito (tarjetas que pueden identificarse por colores de acuerdo al nivel de riesgo), elaborada por el personal de enfermería que determinó el riesgo⁴. Colocarlas a la vista del familiar y otros profesionales con las recomendaciones de prevención de caídas.

9.2.1. Medidas preventivas de caídas

Estas medidas serán aplicadas por médicos, enfermeras, técnicos, camilleros, personal administrativo.

Las medidas específicas del paciente serán registradas en el identificador visual colocado visiblemente.

Riesgos ambientales generales

- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas.
- Evitar los suelos irregulares, resbaladizos, húmedos y encerados; si de momento no es posible, señalizar adecuadamente la zona.
- Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.



Riesgos del entorno: unidad asistencial

- Mantener la cama en la posición más baja adecuada según cada procedimiento a realizar.
- Comprobar que la barandilla de la cama está elevada.

- Verificar que el freno de la cama está puesto.
- Mantener iluminación nocturna tenue.
- Contar con un timbre de llamada a su alcance, así como los dispositivos de ayuda, bastones, andador.
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
- Retirar todo el material que pueda producir caídas –mobiliario, cables, líquidos.
- Promover el uso de ropa y calzado adecuado.
- Mantener al enfermo incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, por si tiene algún mareo.
- Aplicar medidas de sujeción, si precisa.
- Colocar señales que alerten al personal de que el paciente tiene alto riesgo de caídas.
- Instruir a los pacientes y familiares para pedir ayuda cuando lo necesiten.
- Instruir al paciente que lleve las gafas (u otros dispositivos) prescritos.

Riesgos del entorno: evacuación/transferencia

- Bloquear las ruedas de las sillas, camas u otros dispositivos en la transferencia del paciente.
- Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño, etc.

Deambulaci3n

- El personal de enfermería o acompañante ayudará al enfermo a caminar si lo necesita.
- Si precisa dispositivos de ayuda (andador, muletas), será acompañado por personal sanitario durante el aprendizaje.
- Acompañar al paciente, que lo necesite, en su aseo.
- Orientar a los pacientes y familiares en el uso de zapatillas cerradas y suela antideslizante.

Factores propios del paciente

- Identificar déficit cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas.
- Revisar historias de caídas con el paciente y la familia.
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulaci3n.
- Ayudar a la deambulaci3n de la persona inestable.
- Ayudar en el aseo a intervalos frecuentes y programados.

- Colocar a los pacientes con incontinencia cerca de los baños.
- Recomendar a los pacientes masculinos orinar sentados.
- Disminuir el aporte de líquidos por la tarde, o a partir de las 19 horas y administrar los diuréticos por la mañana.

Factores derivados del régimen terapéutico

- Tener en cuenta los efectos que producen en el paciente los medicamentos administrados e instruir al paciente y la familia/paciente acerca de las acciones y efectos esperados de la medicación.

Medidas generales en la unidad infantil

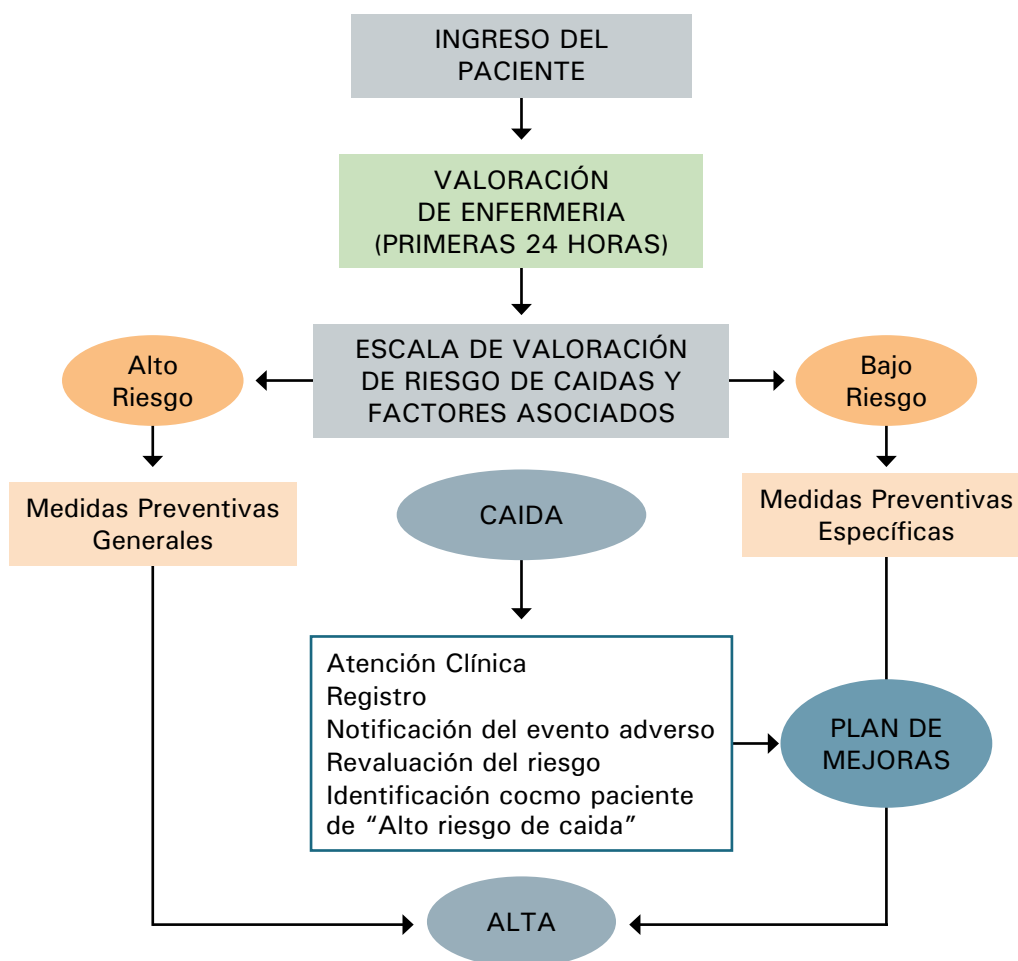
- Todo el tiempo que el niño deba permanecer en su cama/cuna, los laterales de la misma estarán en posición elevada. Se instruirá a los familiares para que no abandonen la habitación sin comprobar previamente que los laterales están elevados y haber avisado al personal de salud. En lo posible el niño no debe quedar solo.
- Cuando sea necesario realizar un procedimiento que requiera ser transportado fuera de la cama/cuna, permanecerá en compañía de un personal sanitario o un familiar.
- No permanecerá sólo en el baño.

Medidas generales en el área quirúrgica

- Todo el tiempo que el paciente deba permanecer en el área quirúrgica, las barandillas de la cama/camilla estarán en posición elevada.
- Cuando no esté protegido de caídas por barandillas, permanecerá vigilado por personal del área.
- Se asegurará convenientemente al paciente antes de realizar ningún cambio de cama a camilla o viceversa.
- Se asegurará convenientemente al paciente antes de realizar ningún movimiento de cambio de posición del paciente o de la mesa quirúrgica.



Flujograma de actuación



10. Evaluación

10.1. Indicadores de proceso

Indicador 1: Porcentaje de pacientes que se le realiza la valoración del riesgo de caídas en el primer contacto asistencial.	
Aspecto que mide:	Valoración del riesgo de caídas en el primer contacto asistencial con el paciente.
Definición:	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes a los que se ha valorado el riesgo de caída} / \text{Total de pacientes asistidos} \times 100.$
Estándar:	80%
Periodicidad:	Trimestral

Indicador 2: Porcentaje de pacientes al alta que han recibido una valoración utilizando una herramienta fiable y validada tras haber sufrido una caída. Escala establecida DOWNTON en adultos y la escala de MACDEMS en niños.	
Aspecto que mide:	Valoración del riesgo de caídas durante la hospitalización.
Definición:	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes a los que se ha valorado el riesgo de caída} / \text{Total de pacientes hospitalizados} \times 100.$
Estándar:	80%
Periodicidad:	Trimestral

10.2. Indicador de Resultado

Indicador 3: Porcentaje de pacientes que sufren caídas.	
Aspecto que mide:	Incidencia de caídas en pacientes atendidos
Definición:	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes que sufren caídas} / \text{Total de pacientes atendidos} \times 100.$
Estándar:	80%
Periodicidad:	Anual

11. Referencias bibliográficas

Protocolo para prevención de caída de pacientes. Hospital El Cruce. 2011 Argentina

Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el sistema Sanitario Público de Andalucía. Comité Operativo para la Seguridad del Paciente. Consejería de Salud. Diciembre 2009.

Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería Prevención de caídas de pacientes ingresados; Dirección general de calidad e innovación en los servicios sanitarios consejería de salud y servicios sanitarios; Principado de Asturias; Noviembre 2011.

Falls. The assessment and prevention of falls in older people. Clinical guideline 21 November 2004. National Institute for Clinical Excellence. NHS.

12. Anexos

ANEXO 1

ESCALA DE RIESGO DOWNTON (Paciente Adulto)

Variables		Puntaje
Caídas Previas	No	0
	Si	1
Uso de Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficit Sensorial	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	No deambula	1
Compromiso de conciencia	Si	1
	No	0
Puntaje Obtenido		

Interpretaci3n del Puntaje

3 o m3s = Alto Riesgo

2 = Medio Riesgo

0 a 1 = Bajo Riesgo

ANEXO 2

ESCALA DE RIESGO MACDEMS (Paciente Pediátrico)

Variables		Puntaje
Edad	Recién Nacido	2
	Lactante Menor	2
Antecedentes de caídas previstas	Lactante Mayor	3
	Pre - Escolar	3
Antecedentes	Escolar	1
Compromiso de conciencia	Si	1
	No	0
Antecedentes	Hiperactividad	1
	Problemas Neuromusculares	1
	Síndrome convulsivo	1
	Daño orgánico cerebral	1
	Otros	1
	Sin antecedentes	0
Compromiso de conciencia	Si	1
	No	0
Puntaje Obtenido		

Interpretación del Puntaje

4 a 6 = Alto Riesgo

2 a 3 = Medio Riesgo

0 a 1 = Bajo Riesgo

ANEXO3

TARJETAS DE IDENTIFICACION DEL NIVEL DE RIESGO



Fecha de revisión	Revisores
Octubre 2015	Lic. Sofía Achucarro – Dirección Nacional de Enfermería Lic. Liz Campuzano – Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñú Lic. Rosana Aquino – Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñú Dra. Rocío Cáceres – Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñú Lic. Hldalia Rodríguez – Dirección General de Planificación

Fecha de revisión	Revisores
Marzo 2017	Mg. Gladys González – Coordinación de Normas y Programas de Enfermería – Instituto de Previsión Social Lic. Alejandro Martínez – Dirección Nacional de Enfermería Lic. Sofía Achucarro – Dirección Nacional de Enfermería Lic. Juana Alvarenga – Dirección Nacional de Enfermería Lic. Aida Ortigoza – Hospital San Pablo Lic. Felicia Tillería – Hospital San Pablo Dra. María del Carmen Almada – Laboratorio Central de Salud Pública Lic. Mabel Benítez – Coordinación de Terapia Intensiva y Urgencias

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN - UPP



1. Conflicto de intereses

Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración/revisión de este protocolo.

2. Introducción

Las Úlceras por Presión afectan al nivel de salud y la calidad de vida de los pacientes; reducen su independencia para el autocuidado y son causa de baja autoestima, repercutiendo negativamente en sus familias y cuidadores, ya que son el origen de sufrimientos por dolor y reducción de la esperanza de vida, pudiendo llegar incluso a ser causa de muerte. Se tiene descrito un aumento de incidencia de úlceras entre 1995 y el 2008 del 80% y se proyecta aumento de la población en riesgo para úlceras (obeso, diabetes mellitus, ancianos). Se estima que se gastan 2700 USD y que, previniendo las úlceras, se disminuye entre 12 y 15 semanas el gasto de 40 000 USD en tratamiento. La prevalencia reportada a nivel mundial de acuerdo a la OMS está entre el 5 y 12%, en América es del 7%.

La presencia de úlceras desarrolladas es un indicador de calidad ligado no sólo a la práctica médica y factores intrínsecos que las desencadenan, sino también a los cuidados de enfermería. Su prevención debe comenzar con una exhaustiva valoración del paciente

Para valorar el riesgo de aparición de forma objetiva se utilizan escalas de valoración. Las características de la escala ideal son: alta sensibilidad, alta especificidad, buen valor predictivo, fácil de usar, criterios claros y definidos y aplicación en diferentes contextos clínicos.

3. Definiciones

Úlceras por presión: Son lesiones de la piel y tejidos subyacentes, de origen isquémico como consecuencia de la disminución de oxígeno y nutrientes producida por una compresión prolongada de la piel entre una prominencia ósea y un plano duro. Las áreas más comprometidas en más de 80% de los casos son el sacro, trocánteres, nalgas, maléolos externos y talones.

Presión: Es una fuerza que actúa perpendicularmente a la piel, como consecuencia de la gravedad, provocando el aplastamiento tisular entre el plano óseo y el plano externo. La presión capilar oscila entre 6-32 mmHg. Una presión superior a 32 mmHg, ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos, provocando hipoxia y si no se alivia, necrosis de los mismos.

Fricción: Es una fuerza tangencial, que actúa paralelamente a la piel, produciendo roce, por movimiento, tracción y arrastre.

Cizallamiento o fuerza externa de pinzamiento vascular: Combina los efectos de presión y fricción.

Factores de riesgo: Son factores que contribuyen a la aparición de úlceras y pueden ser:

PERMANENTES: aquellos que no admiten mejoría y acompañan naturalmente a las personas durante su vida, como:

- la edad
- la capacidad física disminuida

VARIABLES: son los factores de riesgo que admiten evolución a lo largo del tiempo y están agrupados en:

- Fisiopatológicos (estado nutricional y agitación psicomotora)
- Derivados del tratamiento médico
- Los derivados de los cuidados y de los cuidadores

Carga tisular: se refiere a la distribución de presión, rozamiento y cizallamiento sobre el tejido.

4. Objetivos

- Identificar y valorar el riesgo de aparición de UPP de cada paciente que ingresa al establecimiento de salud.
- Evitar que las lesiones ya instauradas progresen a estadios más severos.

5. Ámbito de aplicación

Este protocolo será aplicado en todas las áreas de hospitalización de los establecimientos de salud.

6. Documentos relacionados

- Protocolo de Identificación correcta de los pacientes en los procesos asistenciales.
- Protocolos de enfermería.
- Protocolo de prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.

7. Población objetivo

Todos los pacientes que ingresen al establecimiento de salud.

8. Personal que interviene

Médicos, nutricionistas, psicólogos, personal de enfermería, trabajador social y fisioterapeuta.

9. Procedimientos

El personal de enfermería evaluará el riesgo de UPP al ingreso de los pacientes adultos y pediátricos utilizando la escala de Braden, y de forma diaria durante el tiempo que se encuentre hospitalizado o cuando se produzcan cambios en su situación, especialmente si sufre intervención quirúrgica mayor a 10 horas, isquemia por cualquier causa, hipotensión, disminución de la movilidad, anemia, pruebas diagnósticas que requieran reposo durante al menos 24 horas.

Registrar en el expediente clínico (hoja de enfermería y hoja de evolución).

Pun- tos	Percepción Sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Fricción / Desliza- miento
1	Comple- tamente limitada	Siempre húmeda	En cama	Inmóvil	Muy Pobre	Problema
2	Muy limi- tada	Muy húmeda	En silla	Muy limitada	Probable inadecua- da	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocacional húmeda	Camina ocasional	Ligeramen- te limitada	Adecuada	No hay problema
4	Sin limitaciones	Rara vez húmeda	Camina con frecuencia	Sin limita- ciones	Excelente	
Pun- tos						
☐ < 12 = Riesgo alto ☐ 13 - 15 = Riesgo medio ☐ > 16 = Riesgo bajo						

Percepción sensorial. Capacidad para responder significativamente al disconfort relacionado con la presión:

1. *Completamente limitada.* - No responde (no se queja, no se defiende ni se agarra) ante estímulos dolorosos, por un nivel disminuido de conciencia o sedación o capacidad limitada para sentir dolor sobre la mayoría de la superficie corporal.
2. *Muy limitada.* - Responde solamente a estímulos dolorosos. No puede comunicar el disconfort excepto por quejido o agitación o tiene un deterioro sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o disconfort sobre la mitad del cuerpo.
3. *Levemente limitada.* - Responde a órdenes verbales pero no siempre puede comunicar el disconfort o la necesidad de ser volteado o tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o disconfort en una o dos extremidades.
4. *No alterada.* - Responde a órdenes verbales. No tiene déficit sensorial que limite la capacidad de sentir o manifestar dolor o disconfort.

Humedad. Grado en el cual la piel está expuesta a la humedad:

1. *Constantemente húmeda.* - La piel permanece húmeda casi constantemente por sudoración, orina o líquidos corporales. Cada vez que es movilizado o girado, se encuentra mojado.

2. *Muy húmeda.*- La piel está frecuentemente húmeda, las sábanas deben cambiarse por lo menos una vez en el turno (cada ocho horas).
3. *Ocasionalmente húmeda.*- La piel está ocasionalmente húmeda, requiere un cambio extra de sábanas aproximadamente una vez al día (cada 12 horas).
4. *Rara vez húmeda.*- La piel está usualmente seca, las sábanas requieren cambio con intervalos de rutina (cada 24 horas).

Actividad. Grado de actividad física:

1. *En cama.*- Confinado a la cama.
2. *En silla.*- Capacidad para caminar severamente limitada o inexistente. No puede soportar su propio peso o debe ser asistido en la silla común o silla de ruedas.
3. *Camina ocasionalmente.*- Camina ocasionalmente durante el día pero muy cortas distancias con o sin asistencia. Pasa la mayor parte del turno (8 horas) en la silla o en la cama.
4. *Camina con frecuencia.*- Camina fuera del cuarto por lo menos dos veces en el día y dentro de él por lo menos una vez cada dos horas.

Movilidad. Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo:

1. *Completamente inmóvil.*- No realiza ni ligeros cambios en la posición del cuerpo o las extremidades sin asistencia.
2. *Muy limitada.*- Realiza cambios mínimos y ocasionales de la posición del cuerpo o las extremidades, pero es incapaz de realizar en forma independiente, cambios frecuentes o significativos.
3. *Ligeramente limitada.*- Realiza frecuentes aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades en forma independiente.
4. *Sin limitaciones.*- Realiza cambios mayores y frecuentes en la posición sin asistencia.

Nutrición. Patrón usual de consumo alimentario:

1. *Muy pobre.*- Nunca come una comida completa.
2. *Rara vez come más de un tercio de cualquier comida ofrecida.*- Come dos porciones o menos de proteínas (carne o lácteos) por día. Toma poco líquido. No toma un suplemento alimenticio líquido o está sin vía oral o con dieta líquida clara o intravenosa por más de cinco días.
3. *Probablemente inadecuada.*- Rara vez come una comida completa y generalmente come solo la mitad de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteínas incluye solamente tres porciones de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento

alimenticio o recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida o alimentación por sonda.

4. *Adecuada*.- Come más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come el total de cuatro porciones de proteína por día. Ocasionalmente rechaza una comida pero usualmente toma un suplemento alimenticio si se la ofrece o está siendo alimentado por sonda o nutrición parenteral.
5. *Excelente*.- Come la mayoría de todas las comidas, nunca rechaza una comida, usualmente come un total de cuatro o más porciones de carne y productos lácteos, ocasionalmente come entre comidas. No requiere suplemento alimenticio.

Cuidados Generales

- Planificar los cuidados de enfermería del paciente según la evaluación de UPP y registrar en el expediente clínico (hoja de enfermería/PAE e indicación médica).
- Educar a los cuidadores del paciente.
- Soporte nutricional.

Una situación nutricional deficiente favorece la aparición de UPP y retrasa la cicatrización en caso de padecerlas.

La dieta del paciente con riesgo de padecer UPP o con presencia ya de ellas deberá ser evaluada por nutricionistas.

- Soporte emocional, si un paciente se encuentra en alto riesgo o ya padece una UPP.

Cuidados específicos de prevención

1. *Cuidado de la piel*

La piel debe ser objeto de un examen exhaustivo como mínimo una vez al día, debiendo tener en cuenta:

- Condiciones físicas de ésta (ancianidad, obesidad, caquexia).
- Características (color, textura, turgencia, humedad, temperatura).
- Áreas de presión o puntos de apoyo de las prominencias óseas (sacro, talones, caderas, rodillas y codos).
- Zonas expuestas a humedad.
- Presencia de escoriaciones, transpiración, estomas, secreciones
- Considerar alteraciones en piel intacta (sequedad, eritemas maceración).
- Zonas con dispositivos terapéuticos (mascarillas de oxígeno, VMNI, sondas vesicales, sujeciones mecánicas, férulas y yesos, SNG).

- Identificar zonas en las que el paciente refiera incomodidad o dolor que se atribuyan a daños por la presión.
- Zonas con lesiones anteriores.

Mantener la piel del paciente limpia y seca. Higiene del paciente una vez al día o cuantas veces precise, se realizará con agua tibia y jabón neutro. Posteriormente se realizará un aclarado o enjuague para retirar el jabón que pudiera dañar la piel. Se realizará un secado meticuloso y NO FRICCIÓN, haciendo hincapié en los pliegues cutáneos NO UTILIZAR sobre la piel ningún tipo de ALCOHOLES (romero, tanino, colonia).

Posteriormente se realizará una hidratación de la piel procurando su completa absorción con sustancias como glicerina, lanolina, aceites minerales; para reponer los aceites naturales de la piel y fomentar la efectividad cutánea como barrera humectante. NO REALIZAR MASAJES sobre prominencias óseas.

- Protección general: Cremas hidratantes.
- Protección agresión física: Utilizar productos con ácidos grasos hiperoxigenados en zonas de riesgo como codos, espalda, trocánter... éstos actúan promoviendo la restauración capilar al facilitar la renovación de las células de la epidermis. Para reducir las posibles lesiones por fricción podrán servirse de apósitos protectores: o Hidrocoloides o Películas y espumas de poliuretano. En zonas de presión y alto riesgo se utilizaran espumas poliméricas en las prominencias óseas. Dedicar una atención especial a las zonas donde existieron lesiones con anterioridad, al presentar un elevado riesgo de reaparecer.
- Protección agresión química: Crema barrera (óxido de zinc) en zonas de humedad por incontinencia. Es un producto liposoluble por lo que para retirarlo deberemos utilizar aceite.

2. Higiene de la cama

- Mantener sábanas sin arrugas, objetos o cuerpos extraños (migas, tapones de sonda...).
- Se utilizará preferentemente lencería de tejidos naturales.
- Realizar cambio de ropa cada vez que se necesite procurando que esté siempre seca.
- Prestar especial cuidado a los accesorios como barandillas, trapecios, etc.

3. Manejo de la humedad

Valorar y tratar los diferentes procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel del paciente:

- Sudoración profusa: higiene y cambio más frecuente de sábanas, camisón.
- Drenajes o fugas de drenajes: vigilar, limpiar y proteger con crema barrera (óxido de zinc) la zona de apoyo o con protectores cutáneos no irritantes.
- Exudado de heridas: vigilar y valorar tipo de apósito y cambio más frecuente.
- Incontinencia - El contacto de la piel con la humedad procedente de orina o heces genera modificaciones en su estructura y en sus funciones alterando la barrera cutánea por lo que hay que prestar especial atención por ser la más frecuente y perjudicial.

En casos de incontinencia, utilizar protectores que absorban la humedad al interior alejándola de la piel del paciente. Hay que recordar que tienen un nivel de saturación y que se deben cambiar con frecuencia. Después del cambio de protectores o si es portador de pañal realizar higiene perineal con ACLARADO Y SECADO cuidadoso e hidratación o aplicación de crema barrera para prevenir irritaciones o lesiones cutáneas. Un exceso de cremas hidratantes o barrera puede adherirse al pañal y dificultar la absorción por su parte.

4. Manejo de la presión o carga tisular

- Utilizar colchones de aire dinámico o estático.
- Movilización, se tratará de fomentar y mejorar la movilidad y actividad del paciente. Con la evaluación del riesgo obtenemos información sobre el nivel de autonomía en cuanto a la movilidad y actividad del paciente.

MOVILIZACIONES PASIVAS: Para aumentar el tono muscular cutáneo y vascular, se realizarán con el paciente en decúbito supino movilizándolo miembros y articulaciones como hombros, codos, muñecas, caderas, rodillas y tobillos (no sobrepasar umbral del dolor). Masaje ascendente de MMII coincidiendo con higiene o aseo, cambio postura.

Si se puede, plan de rehabilitación que mejore la actividad y movilidad del paciente.

- Cambios posturales.

Realizar cambios posturales, manteniendo en lo posible la alineación del cuerpo y estudiando detenidamente la forma de reducir los efectos de la presión.

Realizar cada 2-3 horas en función de la patología del paciente que así lo permita y del riesgo de padecer UPP. La frecuencia de la noche no debe superar las 4 horas. Considerar los pacientes con condiciones complejas como los politraumatizados, secuelares y niños.

Si el paciente puede realizarlo autónomamente, enseñarle que lo haga cada 15 minutos.

Durante la sedestación, las presiones se concentran en puntos concretos por lo que se debe cambiar y reconsiderar de posición (pulsaciones) como máximo cada hora. Proteger las zonas de apoyo y evitar el contacto directo con superficies sintéticas. Es recomendable utilizar superficies reductoras de presión (cojines).

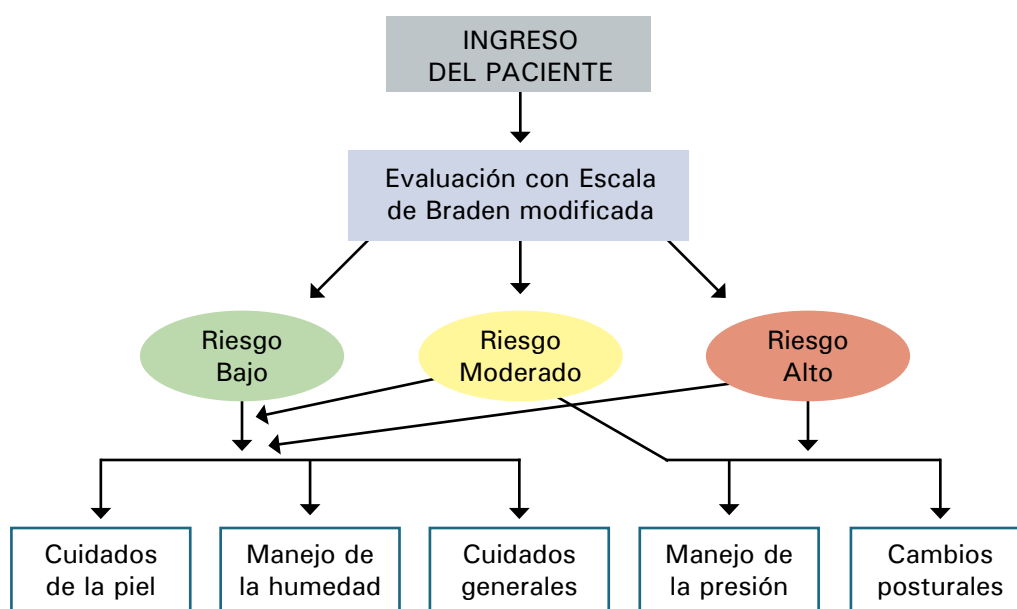
Cuando se realicen cambios posturales, hay que procurar NO ARRASTRAR al paciente. Mantener la alineación corporal distribuyendo el peso, equilibrio y estabilidad. Si es necesario elevar el cabecero de la cama, hacerlo durante un período de tiempo mínimo, procurando no sobrepasar los 30°, ya que se ha demostrado una relación directa entre un mayor ángulo de la cama y mayor frecuencia de aparición de UPP.

Después de cada cambio, comprobar que el individuo no esté sobre dispositivos médicos y vigilar la posición de las sondas, mascarillas, gafas nasales, drenajes, vías centrales, férulas, evitando la presión constante en una zona con el riesgo de producir UPP yatrogénicas.

Evite en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones en el caso de que ya presente alguna UPP. Para la realización de cambios posturales sólo necesitamos almohadas NO UTILIZAR FLOTADORES.

Registrar los cambios posturales en hoja de enfermería.

Flujograma de actuación



10. Evaluación

Indicador de Proceso: Porcentaje de pacientes a los que se aplicó la escala de riesgo de UPP	
Aspecto que mide	Cumplimiento de Evaluación de Riesgo UPP antes de las 48 horas desde el ingreso.
Definición	Número de pacientes hospitalizados con aplicación de escala de riesgo de UPP antes de 48 horas desde su ingreso al área clínica / N° de pacientes hospitalizados en el servicio X 100.
Estándar	90%
Periodicidad	Anual
Indicador de Resultados: Porcentaje de paciente hospitalizados que sufren UPP	
Definición	N° de pacientes hospitalizados que sufren UPP/ N° de pacientes hospitalizados en el servicio X 100.
Estándar	90%
Periodicidad	Semestral

11. Referencias Bibliográficas

Preventing in-facility pressure ulcers as a patient safety strategy: systematic review. Sullivan N., Schoelles K.M. Annals of Internal Medicine (2013) 158:5 PART 2 (410-416). Date of Publication: 5 Mar 2013.

Guía Clínica: Prevención, tratamiento y derivación en úlceras por presión en atención primaria en salud; A. Coruña, 2000; E. Martínez y C. Rana.

Protocolo de úlceras por presión en UCI. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España. Febrero 2012.

Protocolo de Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión UPP. Hospital Sotero del Río. Chile. Mayo 2009.

Fecha de revisión	Revisores
Octubre 2015	Lic. María Ester Armoa – Dirección Nacional de Enfermería MSPBS Lic. Maribel Marecos – IPS Lic. Rosana Aquino – Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñú Lic. Natalia Marecos – Centro de Emergencias Médicas Lic. Brígida González – Centro de Emergencias Médicas Lic. Lorena López

PROTOCOLO DE SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN Y MANEJO DE MEDICAMENTOS



1. Conflicto de intereses

Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración/revisión de este protocolo.

2. Introducción

Según un informe de la OMS, solo en los Estados Unidos de América, los errores de medicación provocan al menos una muerte diaria y daños en aproximadamente 1,3 millones de personas al año. Aunque se calcula que los países de ingresos bajos y medianos tienen índices de eventos adversos relacionados con la medicación parecidos a los de los países con ingresos altos, el número de años perdidos de vida saludable es aproximadamente el doble. Muchos países no disponen de datos fiables, por lo que en el marco de la iniciativa se realizará una recopilación de los mismos.

Se calcula que el costo mundial asociado a los errores de medicación es de US\$ 42 000 millones al año, es decir, casi un 1% del gasto sanitario

mundial. Basado en estos datos en marzo del 2017 se lanza una iniciativa mundial para reducir a la mitad los daños graves y evitables relacionados con la medicación en todos los países en los próximos cinco años⁵. “Medicación sin daño” el tercer reto mundial por la Seguridad del Paciente de la OMS.

Los Errores de Medicamentos (EM) más frecuentes ocurren en las etapas de la prescripción y administración. Se ha determinado que hasta un 67% de prescripciones médicas tienen uno o más errores y que de estos, un 46% ocurren en el ingreso y en alta hospitalaria, es decir, en la transición de los pacientes entre diferentes niveles asistenciales. En revisiones sistemáticas realizadas a la presencia de errores en la administración de medicamentos, se encontró que la tasa de error promedio sin errores de tiempo equivocado para los estudios transversales que utilizaron TOE (Total de Oportunidad de Errores) fue del 10,5% (IQR: 7.3%-21.7%); en pediatría fueron del 5-25% de los ingresos hospitalarios, y hasta un 12% de las visitas a servicios de urgencias están relacionadas con la medicación, de las cuales entre el 50–70% se consideran prevenibles.

Estudios nacionales han demostrado que en Unidades de Cuidados Neonatales (UCIN) la prevalencia de utilización de medicaciones no aceptadas (MNA) alrededor del 35%, estas aquellas medicaciones o drogas utilizadas sin licencia (unlicensed) aquellas no autorizadas para su uso en pediatría o neonatología, y drogas utilizadas fuera de etiqueta (off label) las drogas cuyas dosis, intervalos, indicaciones, no fueron aprobados para el grupo etario o enfermedad en la que se la utiliza. En estos casos los eventos adversos asociados a la medicación aumentan⁶.

3. Definiciones

Administración de medicamentos: es el procedimiento por el cual un fármaco es proporcionado por el profesional de salud al paciente por distintas vías de administración, según indicación médica escrita y debe ser correctamente registrado e informado.

Vías de administración: vía oral, enteral, rectal, vaginal, ocular, ótica, nasal, inhalatoria, endovenosa, intramuscular, subcutánea, intradérmica, epidural, intratecal, otros.

Incompatibilidad: Se señalan los medicamentos que no pueden emplearse juntos.

5 <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/medication-related-errors/es/>

6 Mezquita, M. Godoy G., Cabral, M.S. et al. Prescripción de Medicaciones no aprobadas (off label y sin licencia) en Recién Nacidos hospitalizados. *Pediatr. (Asunción - Paraguay)*, Vol. 41; N° 3; Diciembre 2014



Indicación Médica: Terapia farmacológica diaria indicada por el médico en forma escrita completa (fecha, hora, dosis, nombre genérico, vía de administración), con letra clara, legible.

Error de medicación: (EM) es cualquier incidente prevenible, que pueda causar daño al paciente, o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación está bajo control del personal sanitario, paciente o consumidor.

Medicamento de Alto Riesgo: Son aquellos medicamentos que por sus principios activos son potencialmente letales para el ser humano, si no se toman las precauciones en su preparación, dilución o administración.

Hospitalario

Adrenalina subcutáneo

Agua estéril para inyección, inhalación e irrigación (excluyendo botellas), en envases de volumen ≥ 100 mL

Cloruro de potasio, intravenoso (solución concentrada)

Cloruro sódico hipertónico ($\geq 0,9\%$) Fosfato potásico intravenoso Insulina U-500 (especial énfasis)*

Metotrexato oral (uso no oncológico)

Nitroprusiato sódico intravenoso

Oxitocina intravenosa

Prometazina intravenosa

Sulfato de magnesio intravenoso Vasopresina

*Todas las formas de insulina subcutánea e intravenosa son consideradas de alto riesgo, se hace especial énfasis en esta presentación por la necesidad de definir estrategias para prevenir errores en su utilización.

Ambulatorio

Carbamazepina

Heparinas (incluyendo de bajo peso molecular)

Hidrato de cloral líquido para sedación de niños

Metformina Metotrexato oral (uso no oncológico)

Midazolam líquido para sedación de niños

Propiltiouracilo

Warfarina

Red Latinoamericana para el Uso Seguro de Medicamentos. Edición 1. Febrero 2015.

4. Objetivo

- Reducir el potencial riesgo de incidentes relacionados con la administración de medicamentos.

5. Ámbito de aplicación

Se aplicará en todas las áreas del establecimiento de salud en que se efectúe administración de medicamentos.

6. Procedimientos relacionados

- Protocolo de Identificación correcta de los pacientes en los procesos asistenciales.
- Protocolos de enfermería.

7. Población objetivo

Todo paciente hospitalizado y ambulatorio de los servicios de salud de la Red que tenga indicación médica de tratamiento y que será proporcionado por el personal de enfermería.

8. Personal que interviene

Médicos, enfermeras, obstetras, personal de farmacia.

9. Procedimientos

Se aplicarán medidas de prevención de acuerdo a potenciales riesgos:

9.1. Relacionados con la prescripción

La indicación de tratamiento farmacológico y/o cualquier indicación diagnóstica- terapéutica es de responsabilidad médica. El médico debe

registrarla por escrito en el expediente clínico, elaborando una indicación que contenga:

- Nombre completo del paciente
- Fecha y hora de la indicación
- Nombre genérico del medicamento
- Dosis según presentación del fármaco
- Vía de administración
- Frecuencia de la administración
- Nombre y firma del médico

No se permitirá órdenes verbales salvo casos de urgencia en que igualmente deberá existir un debido registro médico y de enfermería posterior en el expediente clínico.

No escribir iguales indicaciones NI ídem

Si existe alguna alergia a medicamentos se debe registrar en el expediente del paciente.

9.2. Registro y control de medicación

El registro y control de la administración de la medicación será realizado por profesional Licenciada/o enfermero/a u obstetra capacitado a quien administre la medicación y quien se le asigne esta tarea.



HOJAS DE REGISTRO Y CONTROL MEDICACION debe incluir:

- Número de hoja
- Nombre y apellido del paciente.
- Edad
- Unidad/sala
- Alergia si existe
- Diagnóstico médico
- Numero de habitación y cama

- Nombre del medicamento y presentación (genéricos)
- Fecha de comienzo de la administración
- Dosis a administrar
- Vía de administración sin abreviaturas
- Tiempo de administración/tiempo de infusión
- Día y Horario de administración

La hoja de registro y control de medicación debe estar anexada a la indicación médica siempre, son inseparables.

Si se tratar de fármacos de alto riesgo, solicitar el doble chequeo o verificación.

Si un medicamento no se encuentra disponible o se detecta un error, comunicar al médico.

9.3. Relacionados con la dispensación

El enfermero/a u obstetra revisará que los medicamentos despachados sean los indicados en la receta, si así no fuere, deberá comunicarse con personal de farmacia.



Los medicamentos para pacientes hospitalizados deben ser despachados desde la farmacia según indicación médica para 24 hs.

Los envases de los medicamentos deben estar indemnes.

9.4. Relacionados con la administración

Será responsabilidad del equipo de enfermería la administración de tratamiento a los usuarios.

Las Enfermeras supervisoras de cada Unidad o Servicio clínico deberán realizar orientación, entrenamiento y capacitación del personal de enfermería en todo lo relacionado con la administración de medicamentos y supervisión correspondiente.

La administración de medicamentos se realizará según los “8 correctos” y los “4 yo”:

- Los 8 correctos: Paciente correcto, Medicamento correcto, Dosis correcta, Vía correcta, Horario correcto, Velocidad correcta, Dilución correcta, Registro correcto.
- Los 4 yo: Yo registro, Yo preparo, Yo administro, Yo respondo.

Antes de administrar un medicamento verificar la identidad del paciente, consultándole por su nombre (si su condición clínica lo permite), o mediante la revisión de la pulsera identificativa.

Una vez administrado un medicamento, se registrará en la hoja de Enfermería; nombre del fármaco, dosis, vía, horario, nombre y firma del funcionario que realizó la acción.

La “*no administración de un medicamento*” deberá ser registrado en la hoja de enfermería correspondiente, especificando las causas.

La administración errónea de un medicamento debe ser informada de inmediato al profesional encargado y médico tratante o de turno y notificarse como evento adverso, en formulario correspondiente y de igual forma deberá informarse y registrarse cualquier sospecha o reacción adversa confirmada.

Toda preparación de medicamentos a ser administrado se realizará en un área limpia y ordenada, con el menor número de intervenciones y según la técnica que corresponda.

Si el paciente tiene varias vías y sondas, asegurar siguiendo desde la parte distal a la proximal para asegurar a cual vía corresponde.

Usar jeringas especiales y diferentes en tamaño para preparados enterales, orales y parenterales. Utilizar bombas de infusión programables.

Involucrar al paciente y/o acompañante en la seguridad, sobre todo en la administración de drogas, se le debe informar sobre lo que recibe el paciente, la preparación y los posibles efectos secundarios, para que el mismo pueda dar la alerta sobre algún posible error.

Toda administración de medicación independientemente de la vía debe estar garantizada y supervisada por personal de enfermería.

El servicio de Farmacia se debe involucrar en la seguridad de las drogas, por lo cual se debe tener en cuenta sus advertencias.

9.5. Medicamentos de Alto Riesgo

Usar nombre genérico de medicamentos.

Leer con cuidado las etiquetas, nombre, riesgos y vencimiento, NO confiar solo en la impresión visual. Descartar las que están ilegibles o generen dudas.



Eliminar los electrolitos concentrados de las gavetas de enfermería o urgencias, como el cloruro de Potasio.

Recordar los LASA (look alike and sound alike), prescripciones que son parecidas o suenan parecidas.

Se debe confirmar una orden no clara, no aceptar órdenes verbales, salvo urgencias y repetir la orden para confirmar.

Se debe contar con la lista de drogas de ALTO RIESGO en una tabla.

No guardar la Heparina cerca de la insulina, se debe marcar y separar.

Una vez preparado el medicamento, debe pasar la doble verificación, una supervisora controlara nuevamente el proceso antes que llegue al paciente.

Al preparar una droga, se debe administrar de inmediato, de lo contrario colocar una etiqueta con la lectura ALTO RIESGO, no administrar lo que otros han preparado.

El control estricto de presentaciones que puedan generar dudas, debe ser verificada por el personal asignado de farmacia, previa a la dispensación.

En caso de similitud de presentación, se debe identificar y alertar.

10. Indicadores de evaluación

Indicador: Tasa de error en la prescripción	
Aspecto que mide	Error en la prescripción de medicamentos.
Definición	Nº de medicamentos prescritos con error/Nº total de medicamentos prescritos x 100.
Periodicidad	Mensual

Indicador: Tasa de error en la administración de medicamentos	
Definición	Nº de errores en la administración de medicamentos/ Nº total de medicamentos administrados x 100.
Periodicidad	Mensual
Indicador: % de pacientes que sufren errores en la medicación	
Definición	Nº de pacientes que tuvieron errores en la medicación/ Nº de consultas o egresos hospitalarios x 100.
Periodicidad	Semestral

11. Referencias Bibliográficas

- Protocolo Administración Segura de Medicamentos. Hospital Linares. Marzo 2011-Chile.
- Normativa para la administración de Medicamento segura. Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río. Mayo 2009.Chile.
- Reconcile medications at all transition points. IHI Patient Safety Medication Systems Changes. Cambridge, MA, Institute for HealthcareImprovement. (<http://www.ihi.org/IHI/Topics/PatientSafety/MedicationSystems/Changes/Reconcile+Medications+at+All+Transition+Points.htm>)
- Drug Administration Errors in Hospital Inpatients: A Systematic Review. Berdot S., Gillaizeau F., Caruba T., Prognon P., Durieux P., Sabatier B. PLoS ONE (2013) 8:6 Article Number: e68856. Date of Publication: 20 Jun 2013.
- Medication-related emergency department visits and hospital admissions in pediatric patients: A qualitative systematic review Zed P.J., Haughn C., Black K.J.L., Fitzpatrick E.A., Ackroyd-Stolarz S., Murphy N.G., Mackinnon N.J., Curran J.A., Sinclair D. Journal of Pediatrics (2013) 163:2 (477-483). Date of Publication: August 2013.
- Medicamentos de Alto Riesgo. Red Latinoamericana para el Uso Seguro de Medicamentos. Edición 1. Febrero 2015.
- Mezquita, M. Godoy G., Cabral, M.S. et al. Prescripción de Medicaciones no aprobadas (off label y sin licencia) en Recién Nacidos hospitalizados. Pediatr. (Asunción - Paraguay), Vol. 41; Nº 3; Diciembre 2014.

Fecha de revisión	Revisores	
Octubre 2015	Dr. Víctor Gómez Dra. Marite Mallorquin Dra. Rocío Cáceres Lic. Hídalía Rodríguez Lic. María Ester Varela Lic. Julia Armoa	Lic. Melania García Lic. Sofía Achucarro Lic. Alejandra Martínez Dra. Gladys Wogenloch Lic. Noelia Cardozo

"Sesquicentenario de la Epopeya Nacional: 1864 - 1870"



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 0490.

POR LA CUAL SE APRUEBA EL DOCUMENTO DENOMINADO "PROTOSCOLOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, PRIMERA EDICIÓN, AÑO 2017".

Asunción, 91 de SEPTIEMBRE de 2017

VISTO:

La Nota D.G.P.E. N° 505, de fecha de 21 de agosto de 2017, registrada como expediente SIMESE N° 90031/2017, por medio de la cual la Dirección General de Planificación y Evaluación, remite el documento de Protocolos de Seguridad del Paciente, Primera Edición, Año 2017, del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; y

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Nacional protege y promueve la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad (Art. 68); y en este contexto el artículo 69 promueve un Sistema Nacional de Salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado.

Que, conforme a la Ley N° 836/80, Código Sanitario, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, que en adelante se denominará el Ministerio, es la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social.

Que la ley N° 1.032/1996 "Que crea el Sistema Nacional de Salud", afirma en su artículo 3° que el Sistema tiene como finalidad primordial prestar servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación integral del enfermo.

Que el Ministerio de Salud y Bienestar Social tiene como compromiso con la población el elevar la calidad de la atención en salud en el marco del ejercicio pleno del derecho a la salud de todos los habitantes de la República del Paraguay.

Que la Política Nacional de Calidad en Salud responde a los principios y estrategias establecidos en la Política Nacional de Salud 2015 -2030, que busca avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud al mayor nivel posible para reducir las inequidades en salud y mejorar la calidad de vida de la población, en el marco de un desarrollo humano sostenible; a través de la calidad y humanización de los servicios.

Que en la Política Nacional de Calidad en Salud se cuenta con un objetivo general basado en valores y principios expresados en seis líneas estratégicas, que buscan impulsar una atención en salud de excelencia centrada en los usuarios y sus necesidades, apoyando al personal de salud en el fomento de la excelencia clínica y también en la adopción de buenas prácticas basadas en el mejor conocimiento científico disponible.

Que en la atención en salud la calidad consiste, básicamente, en disponer y organizar los elementos y recursos de un sistema sanitario para lograr los mejores resultados posibles en el estado de salud y en la calidad de vida de pacientes y usuarios. De esta primera aproximación se deriva una conclusión muy clara: el

"Sesquicentenario de la Epopeya Nacional: 1864 - 1870"



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 0490.-

POR LA CUAL SE APRUEBA EL DOCUMENTO DENOMINADO "PROTOCOLOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, PRIMERA EDICIÓN, AÑO 2017".

21 de ~~SEPTIEMBRE~~ de 2017
Hoja N° 02/02

Que "Protocolos de Seguridad del Paciente" es un documento dinámico, sujeto a ediciones y cambios constantes en los procedimientos relacionados al mejoramiento del sistema de la calidad asistencial, que es revisado por los profesionales expertos en cada área y en el cual se clarifican las mejores acciones a realizar ante una determinada tarea.

Que, acorde a lo preceptuado por la Constitución Nacional en el Artículo 242 - De los deberes y de las atribuciones de los ministros, el Decreto N° 21.376/98, Artículos 19, y 20 numeral 6 establece que al Ministro de Salud Pública y Bienestar Social corresponde ejercer la administración general de la Institución.

Que la Dirección General de Asesoría Jurídica, según Dictamen A.J. N° 1571, de fecha 18 de setiembre de 2017, ha emitido su parecer favorable a la firma de la presente Resolución.

POR TANTO, en ejercicio de sus atribuciones legales;

**LA MINISTRA SUSTITUTA DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
RESUELVE:**

- Artículo 1º.** Aprobar el documento denominado **"PROTOCOLOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, PRIMERA EDICIÓN, AÑO 2017"**, del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, que se anexa y forma parte integrante de la presente Resolución.
- Artículo 2º.** Establecer la implementación en las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, a través de los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos de todo el país.
- Artículo 3º.** Responsabilizar a todos los Directores, Coordinadores y Encargados de los diferentes establecimientos de salud, la implementación del documento: **"PROTOCOLOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, PRIMERA EDICIÓN, AÑO 2017"**.
- Artículo 4º.** Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.

DRA. MARÍA TERESA BARÁN WASILCHUK
MINISTRA SUSTITUTA



/cmf



ISBN: 978-99967-36-67-4



9 789996 736674