



SERIE ORIENTACIONES TECNICAS ENFERMERIA

SUBDIRECCION GESTION DEL CUIDADO
SERVICIO SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA



AÑO 2017

INDICE

TEMA	PAGINA
Introducción	2
Instalación y manejo vías venosas periféricas	3
Continuidad de Cuidados Enfermería al Alta Hospitalaria	10
Prevención de caídas	18
Prevención errores de medicación	28
Prevención y manejo Ulceras por Presión	34

INTRODUCCION

El presente documento, está enfocado a dar lineamientos en un perfil de “Orientaciones Técnicas” en relación a gestiones y técnicas, que permitan una gestión de cuidados estándar, al interior de la Red Asistencial Viña del Mar- Quillota.

La gestión del cuidado se entiende como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de los cuidados, los cuales deben ser oportunos, seguros e integrales, permitiendo asegurar la continuidad de la atención de nuestros usuarios.

Considerando que el cuidado es la esencia del quehacer de Enfermería y que, no obstante, sus aplicaciones son personalizadas, este documento pretende lograr un lenguaje común para favorecer la continuidad de la atención y disponer de criterios comunes para el seguimiento y supervisión de ciertos procedimientos inherentes a nuestro rol.

A lo largo del año 2017, el equipo de Gestión del Cuidado de la Dirección de Salud Viña del Mar-Quillota, irá incorporando distintos procedimientos, de modo los equipos de enfermería, puedan ir adaptando las actividades a sus realidades locales, conservando lo esencial de cada “Orientación Técnica”.

ORIENTACION TECNICA N° 1

INSTALACION Y MANEJO DE CATETER VENOSO PERIFERICO (VVP)

1. INTRODUCCION:

Se entiende por acceso venoso periférico, el abordaje de una vena superficial de localización extra aponeurótica, generalmente en las extremidades superiores, siendo más excepcional las extremidades inferiores en los adultos.

La instalación de un catéter venoso periférico o vía venosa periférica (VVP), es un procedimiento invasivo muy frecuente en la actualidad, utilizado para entregar al paciente una atención de enfermería eficiente y oportuna.

Se trata de la introducción de una cánula de teflón a través de una vena periférica del paciente, empujado por un mandril metálico, que se retira una vez la cánula se encuentra dentro de la vena.

Esta técnica requiere de condiciones de asepsia a fin de prevenir infecciones asociados a procedimientos invasivos y manejo de la práctica clínica, para brindar condiciones seguras en la entrega de atención directa al paciente.

Las vías venosas periféricas, se pueden utilizar como alternativa de solución para los siguientes casos:

- Reposición de líquidos y electrolitos.
- Administración de medicamentos endovenosos.
- Puerta intermitente al sistema venoso como precaución a situaciones de riesgo
- Recolección de muestra de sangre
- Administración de hemoderivados

Según el momento de la terapia endovenosa, ya sea inicio, mantenimiento o retiro, los pacientes pueden presentar algunas complicaciones, tales como :

- Flebitis
- Deterioro de la integridad cutánea
- Deterioro de la integridad tisular
- Infección local
- Bacteriemias (en pacientes inmunodeprimidos)

2.- OBJETIVOS:

2.1.- OBJETIVO GENERAL:

Estandarizar el procedimiento de instalación y manejo de vía venosa periférica, para disminuir el riesgo de eventos adversos y prevención de Infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS.)

2.2: OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Unificar criterios en el equipo de salud para la instalación y manejo de los pacientes con vías venosas periféricas.
- Minimizar las complicaciones relacionadas con la presencia de dispositivos periféricos, mediante un correcto manejo.

3.- ALCANCE:

Aplica para todas las enfermeras, matronas, médicos y técnicos paramédicos , tecnólogos médicos (Imagenología, Banco Sangra), que instalan alguna vía venosa periférica

4.- RESPONSABLES:

- **De la Instalación y Mantenión:** Enfermera y matrona clínica, técnico en enfermería, médicos ,tecnólogos médicos
- **De la Supervisión** : Enfermera o matrona **supervisora** de servicio, Enfermera IAAS.

5.- DEFINICIONES.-

- **IAAS:** Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- **Flebocclisis:** Es la introducción de una solución en forma continua directamente al torrente sanguíneo a través de una cánula intravenosa.
- **Vía Venosa:** Es una de las cuatro vías parenterales que existen para la administración de medicamentos, por esta vía el fármaco pasa directamente al torrente sanguíneo.
- **Extravasación:** Salida de líquido intravenoso, soluciones o medicamentos hacia el espacio extravascular, motivado por factores propios del vaso o accidentes derivados del desplazamiento de la cánula o catéter fuera de la venopunción.
- **Flebitis:** Enrojecimiento, inflamación o dolor referido en el sitio de punción o trayecto de la vena canalizada.
- **Infección del sitio de inserción:** eritema, induración, mayor sensibilidad y / o exudado en un área de 2 cmts en torno al punto de exteriorización, con o sin aislamiento. Puede asociarse o no con otros síntomas y signos de infección, tales como fiebre o pus en el sitio de la salida, con o sin infección del torrente sanguíneo concomitante

6.- PROCEDIMIENTO DE INSTALACION DE VIA VENOSA PERIFERICA:

6.1. EQUIPOS E INSUMOS:

- Catéteres intravenosos de diferentes calibres
- Llaves de 3 pasos
- Cubierta estéril (transparente adhesivo)
- Tela adhesiva
- Tómulas de algodón secas
- Antiséptico alcohol 70 %
- Jeringa con suero fisiológico (para cebar y comprobar permeabilidad)
- Ligadura
- Guantes de procedimientos
- Alargador estéril de conexión al suero (opcional)
- Contenedor para material corto punzante
- Guía de conexión si es flebotomía
- Matraz de solución es flebotomía

6.2.- INSTALACION DE VVP:

La técnica de instalación, se funda en algunos hitos principales para su éxito:

1. Elección de la vena adecuada
2. Elección del dispositivo adecuado
3. Técnica de inserción correcta

Los pasos básicos a seguir son:

1. Realice lavado clínico de manos
2. Identifique al paciente
3. Verifique 10 correctos
4. Acomode e informe al paciente el procedimiento a realizar
5. En caso de pacientes pediátrico y neonatales solicite ayuda para inmovilización
6. En caso de suciedad visible, realizar lavado de piel con agua y jabón
7. Inspeccione sitio a puncionar
8. Elija el sitio de punción
9. Elija el catéter de menor calibre que cumpla la función para lo que está destinado
10. Colóquese guantes de procedimientos
11. Coloque ligadura
12. Limpie la zona con solución antiséptica (alcohol 70 %) y espere evaporación (30 segundos)
13. Puncione la piel con el catéter periférico, sin contaminar, con el bisel hacia arriba, en un ángulo entre 10 y 20 ° lateral o sobre la vena, lentamente hasta que refluya sangre
14. Al observar retorno venoso en el dispositivo, retire el mandril y deposítelo en contenedor de corto-punzantes
15. Avance el catéter hasta canalizar la vena, conectar llave de 3 pasos
16. Retire ligadura
17. En caso de requerir exámenes, tomarlos antes de cerrar el circuito
18. Conecte llave de 3 pasos y/ o alargadores, que se usarán para administrar soluciones y medicamentos.
19. Proteja la zona de inserción del catéter con apósito estéril, luego complete la fijación con tela adhesiva, registre fecha y calibre del catéter
20. Conecte guía para flebotomía si corresponde
21. Deseche guantes

22. Lavado clínico de manos
23. Elimine material desechable acorde a precauciones universales
24. Registre el procedimiento en Hoja de Enfermería, con las características del sitio de punción y número de intentos

6.3.- RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA PARA LA INSTALACIÓN DE VIA VENOSA PERIFERICA:

- Privilegiar inserción de catéteres en venas de la mano, ya que condiciona un menor riesgo de flebitis. Puncionar preferentemente las extremidades superiores, iniciando las punciones desde distal a proximal (adultos).
- Evitar punción en zonas de flexión
- Evitar canalización de venas inflamadas, esclerosadas o en área de extravasación
- Introducción del catéter con movimiento suave, pero firme, efectuando tracción a la piel.
- Si observa aumento de volumen al pasar la solución, debe retirar el catéter periférico, comprimir e intentar punción en otro sitio.
- Se considerarán como máximo 3 intentos de punción por operador. Luego solicitar ayuda.
- Para administración de hemoderivados, se debe instalar una VVP de mayor calibre.
- Para administración de antibióticos utilice catéter de pequeño calibre en una vena de grueso calibre, lo que ayuda la hemodilución.
- En caso de mastectomías, con extirpación de ganglios axilar, o en pacientes con fistula arterio-venosa, no puncionar la extremidad comprometida.
- Cambiar catéter para cada intento de punción.
- Retirar el catéter cuando cumpla su objetivo.

6.4.- MANEJO DE CATETER VENOSO PERIFERICO:

- Antes de realizar cualquier manipulación, ya sea de la VVP o del circuito se debe realizar higiene de manos.
- Mantener circuito cerrado.
- No mojar con agua el sitio del catéter. Puede permitirse la ducha con las precauciones necesarias para evitar la introducción de gérmenes. (Cubrir catéter y las conexiones con algún protector impermeable).
- Cambiar apósito estéril transparente cada vez que se humedezca, teniendo precaución en no desplazar el catéter de su sitio de inserción.
- Coloque el menor número de conexiones posibles
- En el caso de pacientes de difícil acceso venoso y/o con superficie corporal disponible reducida, y sin evidencia de que exista flebitis o infección, los catéteres pueden permanecer durante periodos más largos, con vigilancia estricta del sitio de inserción, de la condición del paciente y registrar en la hoja de enfermería.
- Diariamente y cada vez que corresponda administrar un medicamento, observar y valorar el sitio de punción, en búsqueda de signos de flebitis u otra complicación.
- Las conexiones y accesos con válvula deben desinfectarse con alcohol al 70 %, previo a la administración de medicamentos o a la inserción de una conexión.
- Los infusores de hemoderivados no debe permanecer por más de 4 horas por el alto riesgo de contaminación.
- Si algún elemento del circuito se desconecta, o si merece duda la fecha de instalación, se debe cambiar.
- En pacientes adultos, los catéteres deben ser reemplazados cada 72 horas, incluyendo el set completo (solución, conexiones)

- Mantener registros actualizados de la evolución del catéter periférico, en la hoja de enfermería.
- Retirar el catéter en pacientes que no sea necesario para tratamiento, se exceptúan las unidades de pacientes críticos en donde se requiere de un acceso fácil en caso de emergencia (incluye la unidad de emergencia).
- Cuando no se ha podido asegurar una correcta técnica aséptica en la colocación de los catéteres, por ejemplo, durante una emergencia, se deben cambiar los mismo tan rápido como sea posible y no más allá de las 48 horas.
- Cambiar el catéter, los circuitos , las conexiones y el sitio de punción , siempre que exista flebitis, extravasación, obstrucción y/o sospecha de infección en el sito de inserción, si le paciente refiere dolor local .
- El sistema de infusión debe manejarse como circuito cerrado en forma permanente.
- La administración de medicamentos debe realizarse sólo en los puntos especialmente diseñados. Nunca se administrarán medicamentos o aditivos, por medio de punción de matraz o conexiones
- Cuando no esté en uso, todas entradas al sistema se mantendrán con tapas estériles
- En caso de flebitis, retirar la VVP, informe a médico tratante, observe y registre evolución y notificar a comité IAAS.

7.- SUGERENCIA PAUTA DE SUPERVISION INSTALACION CATETER VENOSO PERIFERICO:

SERVICIO SUPERVISADO									
FECHA									
ESTAMENTO SUPERVISADO									
1	Higiene de manos y uso de guantes de procedimientos								
2	Antisepsia de piel según norma								
3	Maneja todo el procedimiento con técnica aséptica								
4	Fijación del catéter según norma								
5	Registra fecha de instalación y , calibre sobre el catéter								
6	Registra fecha, hora instalación , sitio inserción, número de intentos y firma en Hoja de Enfermería								
7	Rotula catéter, guía y matraz de fleboclisis , según norma								
8	Respeta norma de manejo fluidos corporales								
9	Elimina material corto-punzante según la norma								
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO									
Coloque en cada rubro evaluado: - SI: si cumple 100 % del requisito. - NO: si no cumple - N/A si no aplica.									

8.-. SUGERENCIA PAUTA DE SUPERVISION MANEJO CATETER VENOSO PERIFERICO:

SERVICIO SUPERVISADO									
FECHA									
ESTAMENTO SUPERVISADO									
1	Higiene de manos antes de manipular vía venosa								
2	Mantención de circuito cerrado								
3	Revisión de signos de flebitis								
4	Desinfección con alcohol 70 % al manipular conexiones o accesos								
5	En presencia signos flebitis, cambia todo el circuito								
6	El equipo de infusión, conexiones y vvp se encuentran con fecha vigente								
7	Administra medicamentos o aditivos en lugares normados								
8	Registro actualizado de las condiciones de la vía venosa periférica en la entrega de turno								
9	En caso de flebitis, realiza procedimiento según norma								
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO									
Coloque en cada rubro evaluado: - SI: si cumple 100 % del requisito. - NO: si no cumple - N/A si no aplica.									

ORIENTACION TECNICA N° 2

**CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ALTA
HOSPITALARIA**

1. INTRODUCCION:

La continuidad de los cuidados es un reto para los Servicios de Salud, que desde la mirada de enfermería debe ser potenciada, a fin de mejorar la información entregada al paciente, su familia y / o al centro de salud primaria que corresponda.

El informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria, debe ser un documento importante de la actividad de enfermería profesional, donde se recoge información resumida y estructurada acerca de las circunstancias en las que se ha desarrollado el cuidado intrahospitalario, sirviendo de soporte documental para recomendaciones de actividades a realizar en domicilio o por el equipo de cabecera de APS.

En el quehacer de enfermería está inserto el fomento de los mecanismos de coordinación entre los distintos niveles de atención, de tal forma que se garantice la continuidad en los procesos asistenciales, lo que se traduce en la coordinación de altas hospitalarias, idealmente con notificación y seguimiento hacia la atención primaria, quien a su vez debe potenciar la actividad atención post alta hospitalaria.

La falta de coordinación entre los distintos niveles de atención, que garanticen la continuidad de los cuidados, genera problemas tales como estadías hospitalarias inadecuadamente prolongadas, lo que interfiere en la optimización de recursos, especialmente de la cama hospitalaria

2. OBJETIVOS:

2.1.- OBJETIVO GENERAL.-

Contribuir a la continuidad de cuidados de enfermería entre nivel asistencial hospitalario y atención primaria.

2.,2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Estandarizar criterios de alta de enfermería desde el nivel hospitalario, con formato único para la Red de salud Viña del Mar-Quillota
- Identificar las necesidades asistenciales del paciente al momento del alta
- Coordinar los cuidados de enfermería entre los distintos niveles de atención en salud.
- Garantizar la continuidad de los cuidados de enfermería
- Informar y orientar al paciente y / o familia

3. ALCANCE:

Enfermeras supervisoras y enfermeras clínicas de hospitales de la Red SSVQ y Enfermeras de Atención Primaria de Salud.

4. RESPONSABLES:

Enfermeras clínicas de los servicios de hospitalizados.

5. INFORMACION QUE SE INCLUYE EN EL DOCUMENTO:

- **Identificación del Servicio Clínico:**
Incluye el Servicio clínico y el número telefónico, de modo que desde APS o la familia puedan comunicarse por cualquier duda o aclaración.
- **Información general del paciente:**
Consignar datos básicos del paciente y centro de salud de Atención Primaria al alta, ya que algunas personas al ser dadas de alta, pueden residir temporalmente en otro domicilio y requerir cuidados de enfermería desde un centro de salud distinto al habitual.
- **Identificación y teléfono de la persona cuidadora principal:**
Es otra información relevante para facilitar a enfermería de APS el contacto telefónico y posterior atención.
- **Datos del egreso:**
Consignar fechas de ingreso-egreso al establecimiento hospitalario y diagnósticos médicos del alta.
- **Evolución de Enfermería durante la hospitalización:**
Se registran motivo de ingreso, si corresponde a un reingreso. Complicaciones durante la estadía hospitalaria. Evaluaciones de enfermería, condiciones funcionales y cognitivas al alta.
- **Indicaciones de Enfermería al Alta:**
Registrar las indicaciones en relación a necesidades básicas que deben satisfacerse en el domicilio, a fin se produzca una satisfactoria reinserción a su entorno familiar y social.
En el caso de identificación de situaciones y tratamientos específicos, por ejemplo, zona de lesión, se debe registrar:
 - Identificación zona lesionada
 - Tipo de lesión
 - Tamaño de la lesión
 - Tratamiento
 - Frecuencia
 - Fecha de inicio
En caso de sonda instalada, registrar:
 - Tipo de sonda
 - Calibre
 - Fecha última colocación

- **Terapia farmacológica:**
Se indica claramente con lenguaje entendible el nombre del medicamento, para qué sirve, dosis, frecuencia y forma de ingestión.
- **Trámites pendientes:**
Se registra hora de control a especialista si procede, interconsultas o procedimientos pendientes (idealmente agendados).
- **Síntomas de alerta:**
Describir los síntomas que podrían representar una complicación y condicionan alguna intervención clínica inmediata e indicar que debe hacer el paciente o su familia (con quien debe contactarse).
- **Observaciones:**
Este campo está previsto para dejar algún aviso en aquellos casos que se necesite una comunicación verbal entre profesionales de ambos niveles

6.- CONSIDERACIONES:

- El documento de Alta de Enfermería, va dirigido a la persona dada de alta y al personal de enfermería de Atención primaria. Por ello los contenidos del informe deben redactarse utilizando un lenguaje profesional, evitando valoraciones subjetivas que puedan no ser adecuadamente entendidas por los pacientes.
- En el campo dirigido al paciente, debe utilizarse lenguaje sencillo, claro y verificar que el paciente y/o la persona cuidadora han entendido las recomendaciones propuestas.
- Es menester la legibilidad y claridad en la redacción, en caso de completar manualmente, evitando abreviaciones.
- Idealmente preparar con antelación al alta del paciente, mitigando la ansiedad y los temores propios del evento hospitalario y considerando que el regreso al núcleo familiar, desde el punto de vista físico, mental y social es difícil.
- Considerar que después de enfermedades prolongadas, los músculos están débiles, la vitalidad está disminuida y cualquier ejercicio puede fatigar al paciente.
- Incluir las indicaciones de uso seguro de medicamentos, considerando los efectos adversos de los medicamentos indicados y las indicaciones especiales para algún medicamento.
- Educar al paciente y familia sobre signos de alarma que se requieran identificar para evitar complicaciones

7.- RECOMENDACIONES PARA EL FLUJO DEL DOCUMENTO DE ALTA DE ENFERMERIA:

- El documento se confecciona en el servicio clínico donde el paciente es dado de alta.
- Idealmente, en los establecimientos hospitalarios, especialmente EAR, debiera implementarse una Unidad de Alta Hospitalaria o de Enlace, dependiente de SDGC, que se encargue focalizadamente en las coordinaciones descritas.
- En caso contrario, será el servicio clínico responsable de la coordinación formal.
- Dejar copia del Informe de Continuidad de Cuidados al Alta Hospitalaria en la ficha clínica del paciente, con firma correspondiente del familiar o cuidador.
- Entregar original del documento al paciente o familiar responsable.
- Disponer de correos electrónicos de centros de salud primaria, idealmente correo especial para recepción de altas de enfermería.
- Enviar escaneado el documento al centro de salud respectivo.

8.- DOCUMENTO DE REGISTRO CONTINUIDAD CUIDADOS ENFERMERIA AL ALTA HOSPITALARIA

		CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ALTA HOSPITALARIA									
SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA											
SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO											
Unidad:						Teléfono Unidad:.....					
Nombre Profesional de Enfermería:											
Nombre del médico tratante:											
Informacion general del paciente.-											
Apellidos:.....						Nombres:.....					
Teléfono:.....						Domicilio al Alta:.....					
Edad:		Género : Mujer ☐		Hombre : ☐		RUT:		No Ficha Clinica :			
Centro de Salud APS al Alta :											
Persona cuidadora principal:											
Nombre y Apellidos											
Teléfono:											
Fecha del Ingreso :						Fecha del Egreso:.....					
Diagnósticos Médico al Alta :											
Evolución de Enfermería durante la Hospitalización											
Motivo ingreso :											
Reingreso :		SI ☐		NO ☐							
Complicaciones :											
Evaluaciones de enfermería y resultados :.....											
Estado funcional al alta :											
Estado cognitivo al alta :											
INDICACIONES DE ENFERMERIA AL ALTA:											
Alimentación:											
Cuidados piel :											
Actividad :											
Reposo:											
Eliminación:											
Recreación:.....											
Uso ayudas técnicas :											
Adecuación ambiental:											
Otras:											
Terapia farmacologica.-											
Medicamento		Para que sirve				Cuanto tomar		Como tomar		Cuando tomar	
Tramites pendientes.-											
Control especialista : Especialidad:						Día:		Hora :		Lugar:	
Procedimiento : Tipo:						Día:		Hora :		Lugar:	
Procedimiento : Tipo:						Día:		Hora :		Lugar:	
Síntomas de alerta											
Qué hacer : ?											
Observaciones :.....											

9.- CHEQUEO RAPIDO PARA TRASLADO PACIENTES ENTRE UNIDADES DE EMERGENCIA HOSPITALARIA:

LISTA DE CHEQUEO RAPIDO TRASLADO DE PACIENTES ENTRE UEH

NOMBRE DE PACIENTE:FECHA:.....HORA:

HOSPITAL Y UNIDAD
DERIVADORA:.....

HOSPITAL Y UNIDAD
RECEPTORA:.....

TRASLADO ENTRE UNIDADES DE EMERGENCIA DE HOSPITALES			
ASPECTOS RELEVANTES	SI	NO	OBSERVACIONES
INFORME MÉDICO			
CANULA MAYO			
OXIGENOTERAPIA			
TET			
VENTILACION			
VÍA VENOSA PERIFERICA			
VIA VENOSA CENTRAL			
FLEBOCLISIS 1			
FLEBOCLISIS 2			
SNG			
SONDA FOLEY			
SIGNOS VITALES			
PUNTAJE GLASGOW			
BRAZALETE DE IDENTIFICACION			
OTROS ANTECEDENTES DE ENFERMERIA			

.....
Nombre y firma funcionario
que entrega

.....
Nombre y firma funcionario
que recibe

10.-EPICRISIS DE ENFERMERIA DE TRASLADO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS ENTRE SERVICIOS CLINICOS

EPICRISIS DE ENFERMERIA EN TRASLADOS PACIENTES HOSPITALIZADOS											
SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA											
SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO											
Unidad:						Teléfono Unidad:					
Nombre Profesional de Enfermería:											
Antecedentes generales del paciente.-											
Apellidos:						Nombres:					
Género: Mujer		Hombre :		Edad		Fecha de egreso:		Hora de egreso :			
Teléfono:						Derivado a :					
Motivo de traslado :											
Diagnosticos:											
Patologías asociadas:											
Familia notificada del traslado		Si		NO		Fonos					
Parámetros vitales al traslado.-											
Hora		P/Arterial		Pulso		Ta axilar		Ta rectal		Fr resp	
										Saturación O2	
										HGT	
										OTRO	
Condiciones del paciente.-											
Via aérea:											
Ventilación espontánea:		Si		NO		Oxigenoterapia		Si		NO	
Tipo de Oxigenoterapia:						Fecha instalación					
Asistencia ventilatoria:		Si		NO		Tipo Ambú:				Ventilación mecánica:	
Aspiración de secreciones		Si		NO		Fi O2:					
Elementos invasivos venosos:											
Tipo de Vía				Sitio de Punción				Fecha instalación			
Estado de Conciencia:											
Conciente:				Somnolencia:				Sopor:			
Coma:				OBS:							
Pupilas:				OBS:							
Escala Glasgow:											
Apertura ocular				Respuesta verbal				Respuesta motora			
								Puntaje total			
Hallazgos relevantes al Exámen Físico :-											
E F General :											
E F Segmentario:											
Diuresis :-											
Espontánea:		Si		NO		C vesical		Si		NO	
Horario:						Observaciones :					
Sonda Foley		Si		NO		Fecha instalación:				Calibre:	
Úlceras por presión.-											
Presencia :		Si		NO							
Ubicación				Descripción				Grado			
OBS SNG				OBS GASTROSTOMIA				OBS TRAQUEOSTOMIA			
Drenajes.-											
Tipo de drenaje				Tipo secreción				Sistema recolector			
Inmovilizaciones.-											
Presencia:		SI		NO		Tipo					
Tratamiento médico:											
Medicamento				Vía de Administración				Frecuencia			
								c/2 c/4 c/6 c/8 c/12 c/24 otro			
Balance de Ingresos Egresos :-											
Ingresos						Egresos					
Tipo		Dia anterior		Dia del traslado		Tipo		Dia anterior		Dia del traslado	
Alimentación						Diuresis					
Agua						Heces					
Parenteral						Gastrico					
Dilucion medicamentos						Drenajes					
Otros						Perdida insensible					
TOTAL						TOTAL					
Indicaciones de enfermería.-											
Actividad de Enfermería						Frecuencia					
						c/2 c/4 c/6 c/8 c/12 c/24 otro					
Registro de pertenencias.-											
Ropa: SI				NO		Prótesis dental: SI				NO	
Valores: SI				NO		Utiles aseo: SI				NO	
										Otros	

11. LISTA DE CHEQUEO RAPIDO TRASLADO PACIENTES ENTRE SERVICIOS CLINICOS

TRASLADO ENTRE SERVICIOS CLÍNICOS DE HOSPITALES			
DOCUMENTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
EPICRISIS MÉDICA			
EPICRISIS DE ENFERMERÍA			
EXÁMENES DE SANGRE			
RADIOGRAFÍAS			
ECG			
ÚTILES DE ASEO			
BRAZALETE IDENTIFICACIÓN			
OTROS			

ORIENTACION TECNICA N° 3

PREVENCION DE CAIDAS

1. INTRODUCCION:

Cuando un paciente ingresa a una Unidad Hospitalaria, diariamente está expuesto a posibles incidentes que originen lesiones de distinta complejidad. En este sentido, las caídas destacan ya que aumentan cuando el paciente se encuentra convaleciente, pudiendo prolongar su estadía en la Unidad Hospitalaria, o requerir la suspensión temporal de tratamiento, dando prioridad al cuidado de una lesión en otro establecimiento de salud.

El índice de caídas al interior de los centros de salud, se considera como uno de los indicadores relevantes para evaluar la Calidad de los cuidados de Enfermería, por lo tanto, es necesario disponer de un “Protocolo de Prevención de Caídas”, que permita identificar en forma oportuna, práctica y objetiva el nivel de riesgos al que están expuestos los/las pacientes que ingresen a la unidad hospitalaria., que sirva de guía para realizar acciones de prevención de este tipo de incidentes, sus posibles complicaciones y consecuencias, y de esta manera, disminuir factores de riesgo.

Existen estadísticas que señalan que entre 2% y 12% de los pacientes experimenta una caída durante su estadía en el hospital, que el 50 % de los pacientes que caen durante la hospitalización tienen antecedentes de caídas previas y que entre 76 % y 85% se producen en la pieza o espacios cercanos a la cama del paciente.

La literatura señala que existen grupos de personas que presentan mayor riesgo de caídas, lo que permite focalizar de mejor forma las medidas de prevención:

- las personas de 65 y más años con signos de deterioro cognitivo,
- los adultos mayores que presentan múltiples problemas médicos,
- las personas mayores que toman múltiples medicamentos, y
- los adultos mayores que presentan deterioro de la capacidad funcional, en especial por problemas en la deambulación.

2. OBJETIVOS:

2.1 Objetivo General:

Contribuir a la disminución de caídas de pacientes al interior de recintos hospitalarios, a través de orientaciones técnicas basadas en evidencia, que permitan estandarizar algunas medidas de prevención de riesgos.

2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar causas de caídas de pacientes al interior del hospital
- Evaluar el riesgo de caídas de los usuarios durante su permanencia en la Unidad hospitalaria mediante la aplicación de la pauta de evaluación de riesgo de caídas J. H. Downton.
- Establecer e implementar medidas de prevención de caídas de acuerdo al tipo de riesgo del usuario.

3.- FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CAIDAS:

- **Cambios en el control postural:**

La edad avanzada se relaciona con menores estímulos propioceptivos, reflejos correctivos más lentos, menor fuerza en los músculos importantes para el mantenimiento de la postura, menor tono muscular, aumento de la oscilación postural e hipotensión ortostática.

- **Cambios en la marcha:**

Las personas mayores tienden a levantar menos los pies al caminar, lo cual aumenta la probabilidad de tropezar; los varones desarrollan una postura flectada y una marcha de pasos cortos y base amplia y las mujeres tienden a desarrollar una marcha de pato con base angosta.

- **Alteraciones médicas y neuropsiquiátricas:**

Las personas mayores presentan una mayor prevalencia de alteraciones relacionadas con la estabilidad, tales como:

- Enfermedades articulares
- Fracturas resueltas con secuelas no invalidantes
- Enfermedad cerebrovascular reciente o remota
- Debilidad muscular por desuso
- Neuropatías periféricas, como en el caso de la diabetes
- Alteraciones visuales y auditivas
- Problemas pediátricos
- Enfermedad de Parkinson
- Trastornos cardiovasculares
- Alteraciones que producen nicturia
- Demencia

- **Factores Ambientales:**

- Mobiliario viejo, inestable y bajo,
- Camas e inodoros de alturas inadecuadas,
- Falta de disponibilidad de barras de sujeción,
- Escalones irregulares y barandas inadecuadas,
- Alfombras, tapetes gastados, cordones y cables,
- Pisos y tinajas de baño resbalosos,
- Iluminación inadecuada o destellos,
- Banquetas agrietadas o poco uniformes.
- Caídas previas
- Inestabilidad al caminar
- Alteración equilibrio
- Uso de medicamentos (sedantes, hipnóticos, antihipertensivos)
- Temblor muscular
- Uso dispositivo de ayuda
- Déficit visual
- Alteración cognitiva
- Incontinencia

4.- ACTIVIDADES ASOCIADAS A CAIDAS:

Los pacientes se caen más a menudo mientras:

- Deambulan (10% a 42%)
- Realizan actividades en torno a la cama (23% a 39%)
- En relación a función de aseo, eliminación
- En relación a cambios de posición
- Pararse
- Sentarse
- Trasladarse desde o hacia la cama, camilla, silla, inodoro, silla de ruedas u otra superficie
- 79% de las caídas ocurre en ausencia de personal de salud o una actividad no asistida y en ausencia de testigos.

5.- INTERVENCIONES DE BUENAS PRACTICAS ASOCIADAS A PREVENCION DE CAIDAS:

- Brazaletes de identificación de pacientes con riesgo de caer
- Uso de barandas
- Uso de materiales especiales de piso en las áreas de pacientes
- Educación del personal y vigilancia
- Las intervenciones deben ser de acuerdo a la epidemiología propia del establecimiento y tipo de pacientes.
- Con frecuencia deben ser conjuntos de intervenciones simultáneas, y ser evaluadas a fin de conocer su impacto en el medio local
- No es recomendable la contención física e pacientes agudos, ya que la limitación de movimiento predispone al paciente a tener otros eventos adversos como úlceras por presión, incontinencia y pueden ocurrir daños severos como aspiración de vómito, estrangulación y muerte.

6.- ESTRATEGIAS PARA IMPLEMENTAR BUENAS PRACTICAS DE PREVENCION DE CAIDAS:

- Establecer un sistema de notificación de caídas y análisis de causas locales a fin de aportar datos para identificar intervenciones ajustadas a la epidemiología local que conduzcan a la prevención de caídas en pacientes hospitalizados.
- Identificar, analizar, y establecer medidas de prevención de las causas más frecuentes de caídas a nivel del establecimiento
- Retroalimentar a los equipos clínicos sobre las causas de caídas identificadas y su análisis como una instancia para implementar, instalar y mejorar las medidas de prevención de caídas establecidas a nivel local.

7.- SUGERENCIAS DE NORMAS PARA SU APLICACIÓN:

- Los Servicios clínicos deben notificar cada vez que ocurra una caída en pacientes hospitalizados con o sin daño al Profesional responsable del Programa de Calidad en Hoja de Reporte de caídas.
- En cada caso se analizarán las causas y se aplicarán medidas de prevención de acuerdo a protocolos locales
- La información contenida en los reportes de caídas, causas, y aplicación de medidas será analizado por cada Servicio clínico respectivo
- Cada Servicio clínico remitirá esta información al Profesional encargado de Calidad, quién a su vez informará a la Unidad centralizada de Calidad que corresponda
- La Dirección del Hospital debe informar al paciente o a su representante legal las causas y lesiones de la caída.
- La Unidad de Calidad realizará una evaluación trimestral y anual de las causas más frecuentes de caídas y medidas adoptadas
- La información debe ser difundida al interior del establecimiento

8.- MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS:

Riesgo bajo:

- Barandas en alto siempre que el usuario se encuentre recostado.
- Supervisar el uso de sandalias o pantuflas, durante el periodo de actividades.
- Supervisar levantada.
- Supervisar el uso correcto del calzado y vestuario.
- Supervisar el secado prolijo del usuario.

Riesgo mediano:

A las medidas anteriormente descritas, se agrega:

- Asistir al levantarse.
- Usar materiales antideslizantes en zonas de riesgo.
- Asistir y supervisar la ducha.
- Favorecer uso de pasamanos en ducha.
- Favorecer la deambulaci3n en zonas seguras.
- Educar al usuario en relaci3n a la prevenci3n de caídas.

Riesgo alto:

A las medidas anteriormente descritas, se agrega:

- Asistir deambulaci3n.
- Mantener barandas de la cama en alto.
- Asistir levantada al bańo.
- Ubicar al usuario en la sala m1s cercana a la estaci3n de enfermería.
- Usar sujeci3n f1sica en caso necesario (desorientaci3n por sedaci3n).

9.- ALCANCE:

Este documento debe estar en conocimiento de todos los miembros del equipo de profesionales, t1cnicos y auxiliares del Hospital.

10.- DEFINICIONES:

- **Caída:** acontecimiento en el cual una persona de forma involuntaria desciende al suelo o a un nivel inferior de superficie.
- **Caída con consecuencias:** es aquella que genera lesi3n o trauma de diversa gravedad, con dańo f1sico y/o psicol3gico. Se considera como evento adverso.
- **Evento adverso:** situaci3n inesperada relacionada con la atenci3n en salud, que puede tener consecuencias negativas para el usuario involucrado, estos eventos no tienen relaci3n alguna con el curso natural de la enfermedad.
- **Poblaci3n objetivo:** todos los usuarios hospitalizados por m1s de 6 horas.

11.- RESPONSABILIDADES:

Enfermera Cl1nica:

- Realizar valoraci3n del riesgo de caídas (J.H. Dowton) al ingreso, al regreso de traslados y durante la hospitalizaci3n del usuario.
- Registrar en hoja de enfermería, el tipo de riesgo y fecha de pr3xima evaluaci3n, diariamente.
- Registrar en hoja de planificaci3n de cuidados de enfermería, al menos dos medidas de prevenci3n de caídas para usuarios con riesgo mediano y alto.

T1cnico de Enfermería:

- Realizar las actividades de enfermería definidas por enfermera.
- Registrar en hoja de enfermería, mediante un ticket, la ejecuci3n de las medidas prevenci3n de caídas indicadas.

Enfermera Supervisora:

- Corroborar en la Ficha Cl1nica del usuario, la presencia de la escala de valoraci3n de caídas, J.H Downton.
- Aplicar pauta de supervisi3n de prevenci3n del riesgo de caídas, para posteriormente con estos datos, construir el indicador. Esta pauta se debe aplicar al 100% de los usuarios hospitalizados.

12.-CAUSAS DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES:

- Accidentes reales por tropiezos y resbalones
- Accidentes por interacciones entre riesgos ambientales y factores que aumentan la susceptibilidad.
- Sincope (debilidad generalizada, incapacidad de mantenerse de pie, pérdida de conciencia de comienzo brusco, duración breve y recuperación completa a los pocos minutos)
- Mareos e Inestabilidad
- Síndromes Vertiginosos
- Hipotensión Ortostática (postural)
- Causas farmacológicas (Diuréticos, Antihipertensivos, Antidepresivos, Sedantes, Antipsicóticos, Hipoglicemiantes.)
- Procesos patológicos específicos (Enfermedad cardiovascular, Enfermedad neurológica)

13.- RECOMENDACIONES PARA PREVENCION CAIDAS EN DOMICILIO:

Muebles. -

- Distribuir los muebles u otros elementos de modo no estorben, en especial en los lugares de mayor circulación como puertas y pasillos.
- Armarios o estantes fijos al suelo o pared.
- Enchufes o interruptores al alcance de las personas mayores.
- Cables eléctricos a lo largo de las paredes o por debajo de la alfombra. No deben cruzar las habitaciones por el suelo.
- Marcos sobre elevados de las puertas pintados colores visibles
- Velador para colocar los anteojos y otros artículos
- Sillas y sofás con altura suficiente para permitir sentarse y pararse con facilidad

Iluminación.-

- Habitaciones, pasillos y escaleras suficientemente iluminados.
- Interruptor que pueda ser accionado desde la cama o una lámpara de velador
- Interruptor en las partes altas y bajas de cada escalera y un interruptor fácil de accionar a la entrada de cada habitación.

Suelos .-

- Evitar recubrimientos resbaladizos (linóleo y madera pulimentada) Preferir alfombra o cubre pisos perfectamente pegados.
- Evitar derramamiento de agua, aceite o polvo de talco.
- Felpudos y choapinos bien estirados, sin hilachas y con antideslizante
- No caminar en medias o calcetines
- Teléfonos ubicados en lugar accequible
- **Escaleras escalones –**
- Pasamanos seguro y firme en a ambos lados de todas las escaleras de la casa
- Procurar tramos anchos de la escalera o instalar rampa
- Alfombras de escaleras en perfecto estado y firmemente pegadas.
- Escalones del exterior de la casa en buen estado.
- Franja blanca pintada en el borde de cada escalón en caso problemas visuales

Cuarto de baño.-

- Colocar una alfombrilla de goma antideslizante en el suelo del cuarto de baño y otra en el interior de la bañera.
- Barra para asirse en el borde de la bañera y otra en la pared junta a ésta.
- Asiento de baño colocado en la bañera o ducha
- Jabón con cordel para evitar búsqueda a tientas
- Drenaje de agua apropiado para evitar pisos mojados

Alcanzar cosas.-

- Facilidades para alcanzar los estantes y armarios que utiliza a diario.
- Evitar almacenar cosas pesadas sobre los estantes altos o encima de los armarios.
- Uso de escalera con amplia base de sustentación e caso necesario

14.- ENCUESTA DE CAIDAS AL PACIENTE O ACOMPAÑANTE:

PREGUNTAS AL PACIENTE , AL ACOMPAÑANTE O AMBOS	RESPUESTAS	
Supo que se iba a caer?	SI	NO
Después de caer, ¿supo lo que había pasado?	SI	NO
¿Quedó inconsciente (se desmayó)?	SI	NO
<u>Si es afirmativo,</u> ¿Cuánto tiempo estuvo inconsciente?	_____ minutos	
<u>Si es afirmativo,</u> ¿Se dio cuenta de lo que había pasado cuando despertó?	SI	NO
<u>Si es afirmativo,</u> Perdió el control vesical o intestinal?	SI	NO
<u>Si es afirmativo,</u> ¿Pudo levantarse de inmediato?	SI	NO
<u>Si es afirmativo,</u> ¿Sintió algún dolor o se lesionó a raíz de la caída?	SI	NO
<u>Si es afirmativo,</u> ¿Sucedió algo de lo siguiente justo antes de caer?		
1.- tropezó	SI	NO
2.-resbaló	SI	NO
3.-se paró rápido	SI	NO
4.-giró la cabeza en forma repentina	SI	NO
5.-tosió	SI	NO
6.-orinó	SI	NO
7.-defecó	SI	NO
8.-ingirió una comida abundante	SI	NO
¿Tuvo alguno de los síntomas siguientes justo antes de caer?		
1.- mareo	SI	NO
2.- vértigo (girar por el cuarto o viceversa)	SI	NO
3.- palpitaciones	SI	NO
4.- falta de aire	SI	NO
5.-debilidad o entumecimiento de un lado del cuerpo	SI	NO
6.-debilidad repentina en ambas piernas	SI	NO
7.- lenguaje muy rápido y confuso	SI	NO
8.-dificultad para decir lo que quería decir	SI	NO
9.- olores extraños	SI	NO
10.-lucos parpadeantes (escotomas)	SI	NO

15.- PAUTA DE EVALUACION DE CAIDAS.- (DOWTON):

PAUTA DE EVALUACION DE RIESGOS DE CAIDAS (J.H.DOWTON)	
ESTABLECIMIENTO: _____	
PACIENTE: _____ SERV CLINICO: _____	
CAUSAS	FECHA
CAIDAS PREVIAS	NO
	SI
MEDICA-MENTOS	NINGUNO
	TRANQUILIZANTES
	DIURETICOS
	HIPOSENSORES
	PARKISIONANOS
	ANTIDEPRESIVOS
	OTROS MEDICAMENTOS
	DEFICIT SENSORIAL
ALTERACIONES VISUALES	
ALTERACIONES AUDITIVAS	
EXTREMIDADES (ICTUS)	
ESTADO MENTAL	ORIENTADO
	CONFUSO
DEAMBU-LACION	NORMAL
	SEGURA CON AYUDA
	INSEGURA CON AYUDA/SIN AYUDA
	IMPOSIBLE
PUNTAJE TOTAL	
RIESGO (BAJO, MEDIO O ALTO)	
INICIALES EU	

16.- ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS:

CLASIFICACION	PUNTAJE	ACTIVIDADES DE PREVENCION	REEVALUACION
BAJO	0 A 2 PUNTOS	Barandas en alto siempre que el usuario se encuentre recostado	Evaluación mensual
		Supervisar el uso de sandalias o pantuflas durante las actividades	
		Supervisar la levantada	
		Supervisar el uso correcto de calzado y vestuario	
		Supervisar el secado prolijo del usuario	
MEDIA	3 A 4 PUNTOS	A las medidas anteriormente descritas, se agregan:	Evaluación semanal
		Asistir al levantarse	
		Usar materiales antideslizantes en zonas de riesgo	
		Favorecer uso de pasamanos en ducha	
		Favorecer la deambulaci3n en zonas seguras	
		Educar al usuario en relaci3n a la prevenci3n de caídas	
ALTO	5 O MAS PUNTOS	A las medidas anteriormente descritas, se agregan:	Evaluaci3n diaria, a excepci3n si s3lo por el tratamiento farmacol3gico, el puntaje obtenido es mayor a 5, entonces se reevaluará mensualmente
		Asistir la deambulaci3n	
		Mantener barandas de la cama en alto	
		Asistir levantada al bańo	
		Ubicar al usuario en la sala m3s cercana a la estaci3n de enfermería	
		Usar fijaci3n f3sica en caso necesario (desorientaci3n por sedaci3n)	

17.- HOJA DE NOTIFICACION DE CAIDAS:

[illegible]

18.-SUGERENCIA PAUTA DE SUPERVISION DE PREVENCION DEL RIESGO DE CAIDAS:

E.U. Supervisora:

Fecha: SERVICIO:

Parámetros a evaluar	SI cumple criterio	NO cumple criterio
Ficha clínica del usuario cuenta con pauta J.H. Dowton aplicada		
Enfermera responsable registra tipo de riesgo (riesgo bajo, mediano o alto)		
Enfermera responsable registra la fecha de próxima evaluación.		
Enfermera responsable registra su nombre en la pauta J.H. Dowton		
Cumple con el 100% de la pauta de supervisión	SI	NO

ORIENTACION TECNICA N° 4

PREVENCION DE ERRORRES DE MEDICACION

1.- INTRODUCCION:

Los medicamentos son una de las herramientas terapéuticas más utilizadas en la práctica clínica y cuya utilización de manera apropiada, permite la obtención de importantes beneficios sanitarios para los usuarios de un establecimiento hospitalario.

La seguridad del paciente es una prioridad para la atención de salud, siendo los errores de medicación una de las causas de daño prevenible. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización.

El proceso de utilización de los medicamentos es muy complejo y en él intervienen diferentes colectivos. Los errores de medicación pueden ocurrir en cualquiera de las etapas de dicho proceso y en su mayoría se producen por múltiples fallos o deficiencias en el mismo. Existen, por tanto, múltiples posibilidades de prevenirlos y se necesita la participación y el esfuerzo de todos los implicados para lograr evitarlos.

2. OBJETIVOS.:

2.1.- Objetivo General:

Establecer e implementar medidas de prevención para la ocurrencia de eventos adversos por errores de medicación a los pacientes hospitalizados

2.2.- Objetivos Específicos:

- Identificar los puntos críticos donde se origina el posible error de medicación
- Definir categorías de gravedad de los errores de medicación
- Estandarizar medidas de prevención de errores en medicamentos

3.- ALCANCE:

Este documento está orientado al personal responsable en alguna etapa del proceso de medicación de la Unidad de Farmacia y Servicios o Unidades Clínicas de pacientes de un establecimiento hospitalario

4.- RESPONSABLES:

Médico Tratante o Medico de Turno: es responsable de la etapa de Prescripción del medicamento.

Químico Farmacéutico y personal de farmacia: es responsable de la etapa de Dispensación de medicamento y cumplimiento de protocolos internos

Enfermeras- Matronas: son responsables de las etapas de transcripción, preparación, administración y registro de medicación, así como la capacitación y supervisión de todas las actividades relacionadas al proceso de administración de medicamentos que son delegados a técnico de enfermería u otro profesional a su cargo

Técnicos de enfermería: son responsables de conocer y ejecutar procedimientos relacionados con la preparación, administración y registros de acuerdo a funciones asignadas a su rol.

5.- DEFINICIONES:

Proceso de administración de medicamento: Constituido por distintas etapas interrelacionados, cuyo objetivo es la utilización segura, efectiva, apropiada y eficiente de los medicamentos, iniciándose en el momento en que el médico realiza la prescripción y finalizando cuando el mismo es administrado al paciente.

Prescripción de medicamentos: Corresponde a la Indicación médica de la terapia farmacológica para ser otorgada a un paciente específico

Transcripción de medicamentos: Corresponde a la copia fiel del tratamiento fármaco-lógico indicado por el médico a los registros de enfermería establecidos para ese fin

Dispensación de medicamentos: Proceso por el cual se lee e interpreta una orden médica entregando el medicamento correcto en la cantidad correcta a la persona indicada en forma oportuna.

Administración de medicamentos: es el procedimiento mediante el cual un fármaco es administrado por el personal de salud al paciente por distintas vías de administración, según indicación médica escrita, la que debe ser debidamente informado al paciente y registrada.

Vías de administración: Ruta de entrada o medio por el cual los fármacos son introducidos en el organismo para producir sus efectos, la cual influye en la latencia, intensidad y duración. Las vías utilizadas pueden ser oral, enteral, rectal, vaginal, ocular, ética, nasal, inhalatoria, dérmica, intramuscular, subcutánea, intradérmica, intravenosa, epidural, intratecal y otras

Error de Medicación: Es cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos cuando estos están bajo el control de los profesionales de salud. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallas en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización.

Reacción adversa a medicamentos: Es cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas.

6.- ETAPAS DEL PROCESO DE MEDICACION:

6.1.- Etapa prescripción de medicamentos:

6.1.1.- Descripción:

La Prescripción de medicamentos debe realizarse en forma escrita, excepto en situaciones de **urgencia** donde corresponde a una orden médica verbal, la cual debe ser registrada posteriormente por médico. En caso de orden verbal, la persona que recibe la indicación debe registrarla y re-leerla al médico que prescribe para asegurar la exactitud.

La prescripción médica se consigna en documentos médicos institucionales, consignando claramente:

- ✓ Identificación del paciente: Nombre y apellido del paciente
- ✓ Identificación del medicamento: nombre genérico del medicamento
- ✓ Dosis indicada: En número y las unidades que correspondan.
- ✓ Vía de administración
- ✓ Frecuencia de administración
- ✓ Diluciones y tiempos de infusión si corresponde

Toda prescripción de medicamentos debe ir acompañada de una receta la que debe ser elaborada de acuerdo a Protocolo ad hoc.

6.1.2.- Medidas de prevención de errores en etapa prescripción:

- ✓ Letra legible
- ✓ Indicación médica correcta, clara y completa
- ✓ Disponer de información de antecedentes alergias a medicamentos
- ✓ Disponer de información de antecedentes de contraindicación de medicamentos
- ✓ No usar abreviaturas no estandarizadas ni enmiendas
- ✓ No se debe usar flechas ni consignar "IDEM" para indicar tratamiento del día previo
- ✓ Los cambios en la terapia durante el día deben consignar la hora y dar aviso verbal al profesional a cargo del paciente, con el fin de disminuir riesgo de omisión en el cumplimiento de la indicación.
- ✓ Usar siempre valor 0 para dosis menores de 1 Unidad (ej.: 0,1 mg) y no usar 0 después de 1 decimal (ej.: 1.0 mg).

6.2.- Etapa de Transcripción de medicamentos:

6.2.1.- Descripción:

- ✓ La transcripción de medicamentos debe realizarse diariamente por enfermera o matrona clínica de cada servicio o unidad de paciente hospitalizado después de la visita médica y cada vez que exista modificaciones de la indicación médica
- ✓ Si un medicamento prescrito no se encuentra disponible en farmacia, se debe comunicar al médico tratante y/o de turno, según corresponda para que determine el procedimiento a seguir.

6.2.2.- Medidas de Prevención de errores en etapa transcripción:

- ✓ La actividad de transcripción de medicamentos debe realizarse con máxima concentración y mínimas interrupciones
- ✓ Ante indicaciones imprecisas o ilegibles, solicitar corrección por parte del médico responsable o residente de turno.
- ✓ La transcripción de medicamento debe contener con letra clara y ordenada la información:
 - Identificación del paciente: Nombre y apellido
 - Identificación del medicamento: nombre genérico del medicamento
 - Dosis indicada: En número y las unidades que correspondan.
 - Vía de administración
 - Frecuencia de administración
 - Diluciones y tiempos de infusión si corresponde

6.3.- Etapa de Dispensación de medicamentos:

6.3.1.-Descripción:

- ✓ La dispensación de medicamentos y soluciones desde farmacia debe realizarse de acuerdo a protocolos elaborados por farmacia
- ✓ El técnico de enfermería, es el encargado de recepcionar los medicamentos dispensados desde farmacia e informar a enfermera cualquier problema al respecto
- ✓ En caso que farmacia no cuente con algún medicamento indicado, la enfermera debe informar a médico responsable quien definirá conducta a seguir.

6.3.2.- Medidas de Prevención de errores en etapa de Dispensación:

- ✓ Revisión de la receta médica por enfermera a cargo de paciente previo al envío de ésta a farmacia, para asegurar su correcta y completa confección.
- ✓ Revisión e interpretación correcta de la receta médica por personal de farmacia
- ✓ Correcto cálculo de unidades totales a dispensar por personal de farmacia
- ✓ Revisión por técnico de enfermería que recepciona medicamentos enviados desde farmacia para asegurar que ésta sea correcta y completa
- ✓ Correcto almacenamiento de medicamentos en unidad de farmacia y en unidades clínicas

6.4.-Etapa de administración de medicamentos:

6.4.1.- Descripción:

- ✓ La Preparación y Administración debe ser realizada en área de trabajo limpia, ordenada y cumpliendo las medidas de asepsia

6.4.2.- Medidas de prevención de errores en Etapa de administración:

- ✓ La actividad de preparación y administración debe realizarse con máxima concentración y mínimas interrupciones
- ✓ El funcionario que prepare el medicamento debe administrarlo
- ✓ Se debe conocer las posibles interacciones farmacológicas y contraindicaciones del paciente a medicamentos
- ✓ Revisar rótulo de ampollas, cápsulas o comprimidos previo a la administración
- ✓ Nunca administrar medicamentos que estén sin etiqueta, que no sea legible o que no cumplan con las condiciones de almacenamiento

- ✓ En caso de administración de medicamentos multidosis no contaminar ni manchar etiqueta de rotulación
- ✓ Preparar los medicamentos cercanos a la hora de su administración.
- ✓ El tratamiento vía oral debe ser administrado directamente al paciente, y asegurarse que lo ingirió, no dejarlo en el velador.
- ✓ Verificar el funcionamiento de los dispositivos para infusión programados y verificar la indemnidad de los equipos de administración
- ✓ No regresar el medicamento que ya ha sido sacado del recipiente que lo contiene.
- ✓ La Enfermera, Matrona, Medico, o técnico de enfermería que corresponda preparar y administrar medicamentos, debe dar lectura a indicación médica y cumplir con los 10 correctos.
- ✓ Una vez administrado el tratamiento y para prevenir duplicidad de dosis, debe registrarse clara e inmediatamente, el nombre del fármaco, dosis, horario y vía de administración, nombre de quien administra el medicamento.
- ✓ Se debe realizar supervisión por enfermera del cumplimiento de la indicación médica durante jornada laboral para pesquisa oportuna corrección de omisiones u errores.

7.- 10 CORRECTOS EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS:

<i>Paciente correcto</i>
<i>Medicamento correcto</i>
<i>Dosis correcta</i>
<i>Vía de administración correcta</i>
<i>Horario de administración correcto</i>
<i>Registro correcto</i>
<i>Verificar la caducidad del medicamento</i>
<i>Registre usted mismo el medicamento y la hora de la administración</i>
<i>Velocidad de infusión correcta</i>
<i>Estar enterados de posibles alteraciones</i>

8.-ERRORES FRECUENTES EN DISTINTAS ETAPAS DE PROCESO DE MEDICACION:

ETAPA	ERROR FRECUENTE
Prescripción	Prescripción medicamento incorrecto
	Indicación incorrecta vía de administración
	Dosis incorrecta del medicamento
	Indicación in correcta de intervalo entre dosis
	Prescripción incompleta o ambigua
	Omisión de prescripción
	Escritura ilegible
	Utilización de abreviaturas
	Indicaciones en historia clínica incorrecta so incompletas
	Indicación de medicamento en receta incorrecta
Transcripción	Identificación errónea del paciente
	Error en la transcripción (Medicamento, dosis y / o intervalos de frecuencia)
	Error en la interpretación de la indicación médica
Dispensación	Medicación no dispensada
	Medicación dispensada en forma incorrecta
	Interpretación errónea de la indicación médica
	Medicamentos dispensados con fecha de vencimiento caducado
	Medicamentos dispensados con etiqueta incorrecta
	Errores de etiquetado o envasado de fábrica
Preparación / Administración	Preparación del medicamento incorrecto
	Dilución incorrecta
	Dosis incorrecta
	Omisión en la administración del medicamento
	Frecuencia incorrecta
	Medicación en paciente incorrecto
	Vía de administración incorrecta
	Error en la técnica de administración
	Velocidad de infusión incorrecta

ORIENTACION TECNICA N° 5

PREVENCION Y MANEJO ULCERAS POR PRESION

-

1.- INTRODUCCION:

La presión continuada de las partes blandas causa isquemia y si este proceso permanece en el tiempo, se produce una isquemia local, trombosis venosa y alteraciones degenerativas que desembocan en necrosis y ulceración. El daño tisular puede alcanzar planos profundos, con destrucción de músculo, aponeurosis, hueso, etc.

Los factores de riesgo son multifactoriales, por lo que la identificación temprana por parte de enfermería permite focalizar la aplicación precoz de medidas de prevención.

La prevalencia de úlceras por presión en hospitales públicos varía entre 5 y 38 %, especialmente en Unidades de Cuidados Críticos, representando un importante problema de salud, con repercusiones socio-sanitarias y económicas, ya que inciden en la morbilidad, aumentan el riesgo de IAAS, influyen en la calidad de vida del paciente y aumentan el costo debido al uso insumos y recursos humanos involucrados

Según estudios internacionales, el 95 % de las úlceras por presión son **prevenibles**, por tanto, resulta vital mantener un Programa con estrategias de prevención, donde los cuidados de enfermería deben centrarse en la prevención del riesgo y ayudar a restablecer la máxima autonomía del paciente, procurando la participación activa de la familia.

2.-OBJETIVOS:

2.1.- Objetivo general:

- Estandarizar las medidas de prevención y tratamiento de las úlceras por presión de pacientes hospitalizados

2.2.- Objetivos específicos:

- Conocer factores de riesgo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados
- Conocer medidas de prevención de UPP, de acuerdo a nivel de riesgo
- Estandarizar Registros de ocurrencia de UPP
- Conocer Escalas de medición de UPP
- Conocer medidas de tratamiento de úlceras de presión

3.- DEFINICIONES:

- **Úlcera por presión (UPP):** Área de la piel o tejidos adyacentes que presenta daño o trauma localizado generalmente sobre una prominencia como consecuencia de presión, sola o en combinación con cizallamiento o fricción.
- **Colchón antiescaras (CAE):** Colchón neumático de hule, con presión alternante proporcionada por un motor compresor, cuyo objetivo es disminuir la presión sobre prominencias óseas de pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión.
- **Cambios de Posición Programado (CPP):** Procedimiento mediante el cual se moviliza y acomoda al paciente en diferentes posiciones cada ciertas horas, con fines preventivos y

terapéuticos, y con el objetivo de aliviar puntos de presión, mantener una buena alineación corporal, evitar contracturas y favorecer la expansión torácica.

- **Escala de Evaluación de Riesgo:** Instrumento que establece una puntuación de serie de parámetros considerados como factores de riesgo.
- **Aspectos incluidos en la escala de Braden:**

Percepción sensorial: Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión

Exposición a la humedad: Nivel de exposición de la piel a la humedad

Actividad: Nivel de actividad física

Movilidad: Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo

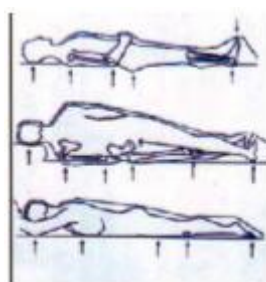
Nutrición: Patrón habitual de ingesta de alimentos

Roce y peligro de lesiones: Riesgo de adquirir o sufrir una úlcera por presión por condiciones deficientes de movilidad o asistencia

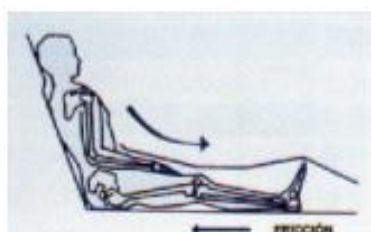
4.- MECANISMOS DE PRODUCCION DE ULCERAS POR PRESION:

1.1. Mecanismos de producción de Úlceras por presión. -

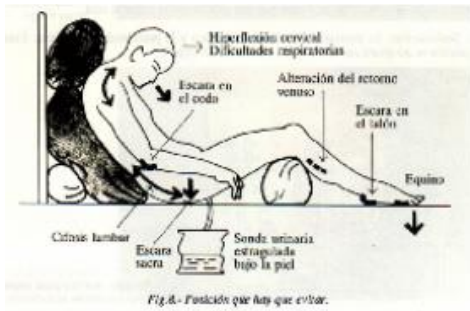
- a) **Por Presión:** Fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). La presión capilar oscila entre 16- 32 mm. de Hg. Una presión superior a 17 mm. de Hg., ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos. La formación de una UPP depende tanto de la presión como del tiempo que ésta se mantiene; Una presión de 70 mm. de Hg. durante 2 horas puede originar lesiones isquémicas.



- 1.2. **Por Fricción:** Fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. En el paciente encamado o sentado en el roce con las sabanas o superficies rugosas produce fuerzas de fricción., sobre todo en las movilizaciones, al arrastrar al paciente.



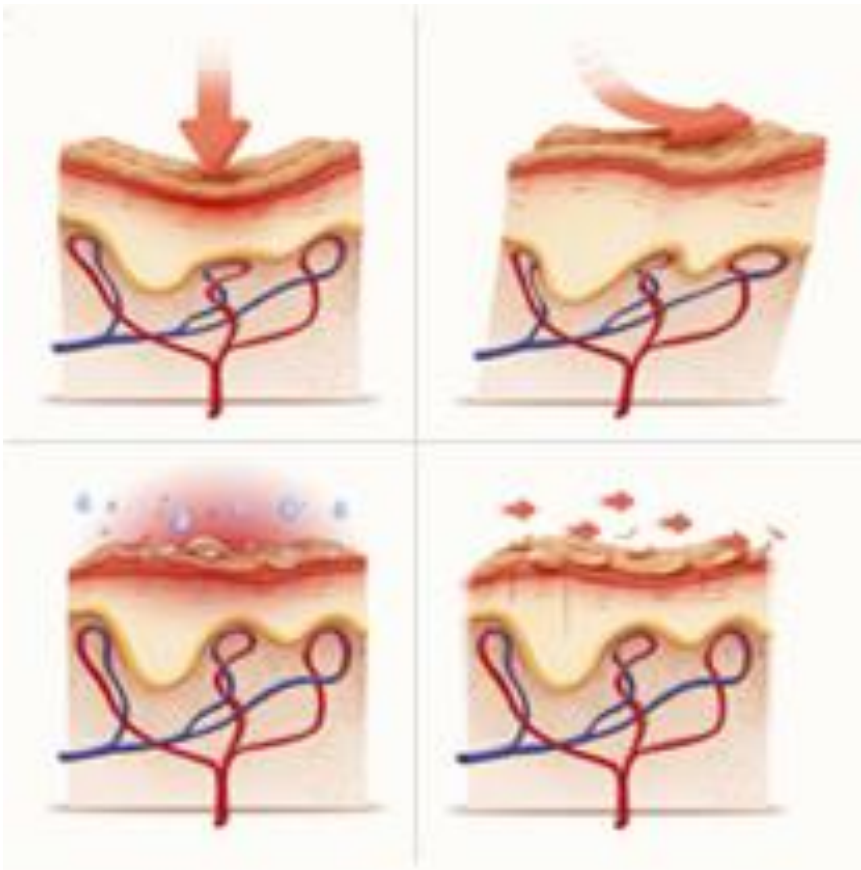
4.3.- Por Cizallamiento: Combina los efectos de presión y fricción (ejemplo: posición de Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona). Debido a este efecto, la presión que se necesita para disminuir la aportación sanguínea es menor, por lo que la isquemia del músculo se produce más rápidamente.



4.4.- Por Humedad: La incontinencia es un factor de riesgo conocido para el desarrollo de úlceras por presión. El paciente que presenta incontinencia fecal tiene un riesgo 22 veces de presentar una úlcera respecto al paciente que no presenta incontinencia fecal.

Por presión

Por Cizalla



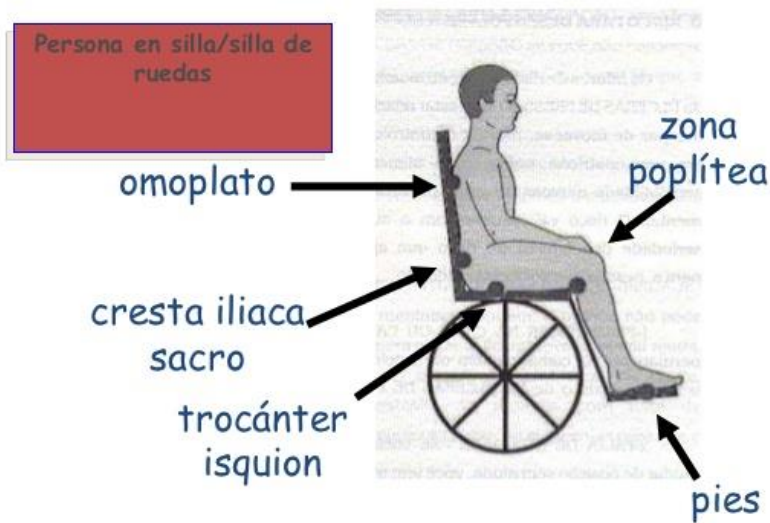
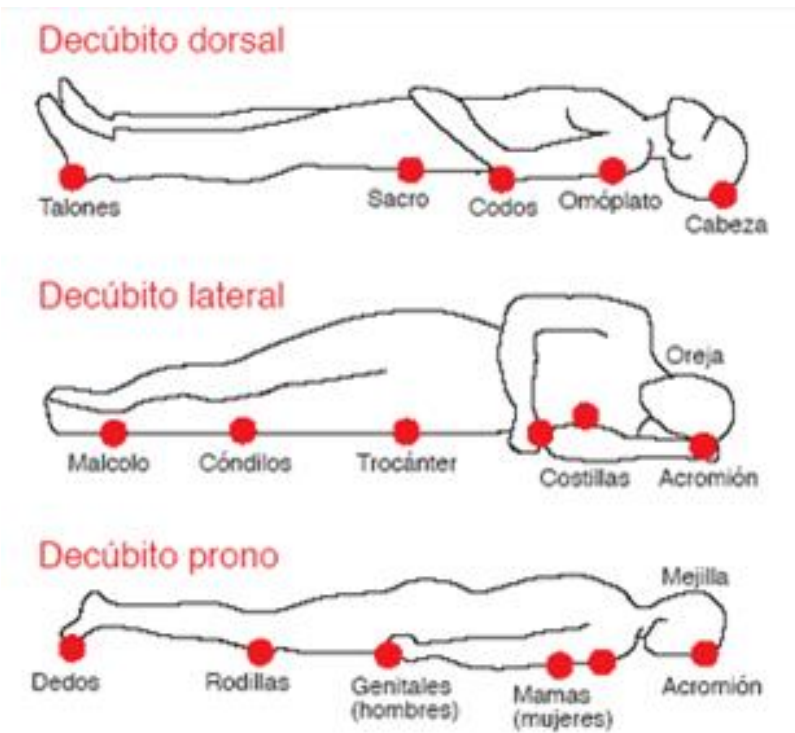
Por Humedad

Por fricción

5.- ZONAS DE RIESGO DE ULCERAS POR PRESION:

Suelen aparecer en aquellas zonas del cuerpo donde el hueso está más cerca de la piel, como en los tobillos, los talones, las caderas, los codos, el sacro (cóccix, zona de la rabadilla)

También en zonas expuestas a incontinencia. La orina, las heces, el sudor, los estomas, etc. pueden lesionar la piel y provocar lesiones.



6.- FACTORES PREDISPONENTES A RIESGO DE ULCERAS POR PRESION:

- Hospitalización para terapias farmacológicas prolongadas o uso de inmunosupresores
- Procedimientos diagnósticos
- Intervenciones quirúrgicas prolongadas (ej.: neuroquirúrgicas)
- Cirugías que requieren que la posición quirúrgica sea de apoyo del peso en una determinada prominencia ósea
- Pacientes hospitalizados o en su domicilio que presentan edema, sequedad o falta de elasticidad en la piel
- Pacientes con trastornos vasculares periféricos
- Obesidad mórbida
- Pacientes con caquexia, deshidratación, inmunosupresión, compromiso de conciencia, paresias, parálisis, parestesias
- Pacientes con incontinencia urinaria / fecal

7.- EVALUACION DE RIESGO DE ULCERAS POR PRESION:

- Dentro de la red de salud del Servicio Viña del Mar- Quillota , el riesgo de adquirir una Ulcera por presión se evaluará a través de la **Escala de Braden**.
- Idealmente se aplicará a todo paciente que ingrese a hospitalizarse a algún establecimiento de la red.
- Se pueden establecer algunas excepciones en la aplicación de la escala de Braden, tales como:
 - No aplicar en pacientes hospitalizados en Unidades Críticas, categorizando por defecto como Alto Riesgo
 - No aplicar en pacientes hospitalizados en Unidades Críticas, categorizando por defecto como Alto Riesgo
 - No aplicar en pacientes que al ingreso presentan una ulcera por presión, categorizando por defecto como Alto Riesgo.
 - No aplicar en pacientes con desnutrición calórico/proteica crónica o desnutrición proteica aguda grave, categorizando por defecto como Alto Riesgo.
- La aplicación de la escala de Evaluación de Riesgo, debe ser aplicada por Enfermera/ matrona clínica durante el examen físico de ingreso y diariamente mientras dure la hospitalización
- Se requiere participación de profesional nutricionista para la determinación del patrón de ingesta de alimentos.
- Reevaluar el riesgo si el paciente cada vez que el paciente presente cambios relevantes en sus condiciones clínicas, tales como:
 - Alteración de conciencia
 - Sedación, analgesia o inmovilización prolongada
 - Isquemia de cualquier origen
 - Intervención quirúrgica prolongada (> a 10 horas)
 - Pérdida de sensibilidad o movilidad de cualquier origen
 - Hipotensión prolongada
 - Pruebas diagnósticas o terapéuticas que supongan reposo en cama
- Educar a familiar/cuidador por enfermera sobre medidas preventivas si procede.
- En cada visita de enfermería se deberá chequear la aparición y desaparición de alguna variable de la escala de valoración que modifique el nivel de riesgo del usuario y ajustar medidas si corresponde, además se deben chequear las medidas preventivas ya adoptadas y ajustarlas si corresponde. Si hay variación se deberá registrar está en ficha clínica y en otros registros ad hoc.

8.- CATEGORIZACION RIESGO UPP SEGÚN ESCALA DE BRADEN:

PUNTAJE A EVALUAR	PUNTAJE			
	1	2	3	4
Percepción sensorial Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión	<u>Completamente limitada</u> Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo	<u>Muy limitada</u> Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar, excepto mediante quejidos, agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo	<u>Ligeramente limitada</u> Reacciona ante órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad a que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades	<u>Sin limitaciones</u> Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar
Exposición a la humedad Nivel de exposición de la piel a la humedad	<u>Completamente húmeda</u> La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente	<u>A menudo húmeda</u> La piel está a menudo, pero no siempre húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno	<u>Ocasionalmente húmeda</u> La piel está ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día	<u>Raramente húmeda</u> La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina
<u>Actividad</u> Nivel de actividad física	<u>Paciente en cama</u> Constantemente en cama	<u>En silla</u> Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y / o necesita ayuda para pasar a una silla o silla de ruedas	<u>Deambula ocasionalmente</u> Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día, pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en cama o en la silla de ruedas	<u>Deambula frecuentemente</u> Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo
<u>Movilidad</u> Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	<u>Completamente móvil</u> Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad	<u>Muy limitada</u> Ocasionalmente efectúa ligeros cambios posturales o de las extremidades, pero no puede hacer cambios frecuentes o significativos por si solo	<u>Ligeramente limitada</u> Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por si solo	<u>Sin limitaciones</u> Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda

<u>Nutrición</u> Patrón normal de ingesta de alimentos	<u>Muy pobre</u> Nunca ingiere una comida completa. raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos) Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos o líquidos o está en ayunas y / o dieta líquida o sueros más de 5 días	<u>Probablemente inadecuada</u> Raramente come una comida completa y generalmente come solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético o recibe menos que la cantidad optima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica	<u>Adecuada</u> Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de 4 servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida, pero toma un suplemento dietético si se le ofrece o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales	<u>Excelente</u> Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de 4 o más servicios de carne y / o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos
<u>Roce y peligro de lesiones cutáneas</u>	<u>Es un problema</u> Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movilizado. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sabanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación, producen un roce casi constante.	<u>Es un problema potencial</u> Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia durante los movimientos. La piel probablemente roza contra parte de las sabanas, silla, sistemas de sujeción, u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo	<u>No existe problema aparente</u> Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla	

Puntaje	Categorización riesgo UPP
Puntuación menor o igual a 12	Riesgo Alto
Puntuación de 13 a 14	Riesgo Moderado
Puntuación 15 a 16 (Menor de 75 años)	Riesgo bajo
Puntuación 15 a 18 (Mayor o igual a 75 años)	Riesgo Bajo

9.- MEDIDAS DE PREVENCIÓN ULCERAS POR PRESIÓN:

9.1.- Cuidados de la piel:

- Realizar valoración diaria de la integridad de la piel durante cada sesión de higiene o cambio postural, enfatizando:
 - Prominencias óseas (sacro, talones, caderas, tobillos, codos)
 - Presencia de sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad y zonas enrojecidas, que son signos prodrómicos de UPP.
 - Zonas que estén en contacto directo con férulas, yesos y dispositivos médicos como sondas, mascarillas, nariceras, drenajes, vías centrales, vendajes y contenciones
 - Zonas expuestas a humedad por incontinencia, transpiración, estomas y / o secreciones
- Planificar la vigilancia de la presión del dispositivo
- Valorar la perfusión de la piel
- Proteja la zona con apósitos o espumas protectores, rote y programe cambio de fijación de sondas
- En pacientes febriles aplicar medidas físicas antitérmicas y realizar cambio de ropa del paciente
- En pacientes que presentan algún tipo de incontinencia:
 - Mantener piel seca y limpia, programando cambios frecuentes de pañal y ropa de cama
 - Evaluar aplicación de barrera humectante o protectora
 - Evaluar necesidad de alimentación enteral en incontinencia fecal
- Mantener piel limpia y seca, programando baño diario y aseo genital cada vez que sea necesario
- Realizar higiene de la piel con agua tibia y jabón neutro (idealmente)
- Secado meticuloso y sin fricción, haciendo especial hincapié en las zonas de pliegues
- Mantener ropa de cama limpia, seca y sin pliegues
- En pacientes con riesgo Medio y Alto, aplique 2 a 3 veces al día ácidos grasos hiperoxigenados sobre aquellas zonas de riesgo de desarrollar UPP, extendiendo el producto hasta su total absorción mediante suave masaje con la yema de los dedos
- No aplicar alcoholes ni colonias
- No aplicar masajes intensos sobre prominencias óseas o zonas enrojecidas

9.2.- Movilizaciones pasivas y / o activas:

- Movilizar suavemente las articulaciones de hombros, codos, muñecas, caderas, rodillas y tobillos
- Realizar movilizaciones durante la hora del baño

9.3.- Nutrición: Valoración de la alimentación:

- La alteración de la nutrición por defecto o exceso, influirá en la aparición de UPP, por lo que es necesario la valoración del estado nutricional en todo paciente con riesgo y con UPP
- Realizar tamizaje nutricional a todos los pacientes que ingresan a hospitalizarse
- Evaluar el estado nutricional a todos los pacientes con estado nutricional en déficit o con riesgo
- Evaluar y monitorear el compartimento corporal magro
- Realizar balance nitrogenado con nutricionista (calorías no proteicas / gramo de nitrógeno), en pacientes con riesgo Moderado y Alto de UPP
- Realizar control de ingesta diario
- Control de peso periódico
- Establecer soporte nutricional que aporte lo necesario para cubrir las demandas nutricionales que permitan aportar el sustrato necesario para la regeneración de tejidos
- Suplementos multivitamínicos que contengan vitaminas A, C y E, que ayudan a la reparación tisular

9.4.- Cambios de posición:

- Lo pacientes con riesgo Moderado y Alto debe planificarse cambios de posición cada 2 a 4 horas, según planificación de enfermera, siguiendo un orden rotatorio. De no ser posible cambio de posición completa, movilizar solamente la cabeza punto rotatorio.
- Se sugiere el uso de reloj para indicar rotaciones



- Mantener la alineación corporal, equilibrio y distribución del peso del paciente
- Evitar en lo posible apoyar al paciente sobre sus lesiones
- No arrastrar al paciente en la cama, usando sabanillas. Si el paciente se moviliza en forma independiente, estimularlo para que lo haga con frecuencia
- Evitar el contacto de prominencias óseas entre si, con uso de aliviadores de presión como cojines y almohadas.
- Vigilar posición y presión ejercida por sondas, mascarillas, bigoteras, drenajes y / o vías centrales
- La frecuencia de los cambios de posición, así como el dispositivo de apoyo a utilizar, será definido por enfermera, según cada situación particular
- Existen contraindicaciones médicas que impiden realizar medidas de prevención obligatorias:
 - Pacientes con inestabilidad hemodinámica o eléctrica
 - Uso de asistencia terapéutica (asistencia ventricular, diálisis, etc.)
 - Pacientes en posición prono
 - Pacientes con traumatismo raquímedular o tec grave

Recomendaciones:

Decúbito dorsal. -

- Acolchar con almohadas de la siguiente forma:
 - * Una debajo de la cabeza
 - * Una debajo de los gemelos
 - * Elevar brazos colocando almohadas de ellos
- Apoyar planta de pies para evitar hiperextensión o pie equino
- Mantener la cabeza con la cara hacia arriba, en una posición neutral y recta de forma que se encuentre en alineación con el resto del cuerpo
- Apoyar las rodillas en posición ligeramente flexionada, evitando la hiperextensión
- Codos estirados y manos en ligera flexión
- Las piernas deben quedar ligeramente separadas, manteniendo una posición fisiológica de la planta de los pies
- Al elevar la cabecera de la cama, vigilar presencia de roce en la espalda

Decúbito lateral. -

- Acolchar con almohadas de la siguiente forma:
 - * Una debajo de la cabeza
 - * Una apoyando la espalda

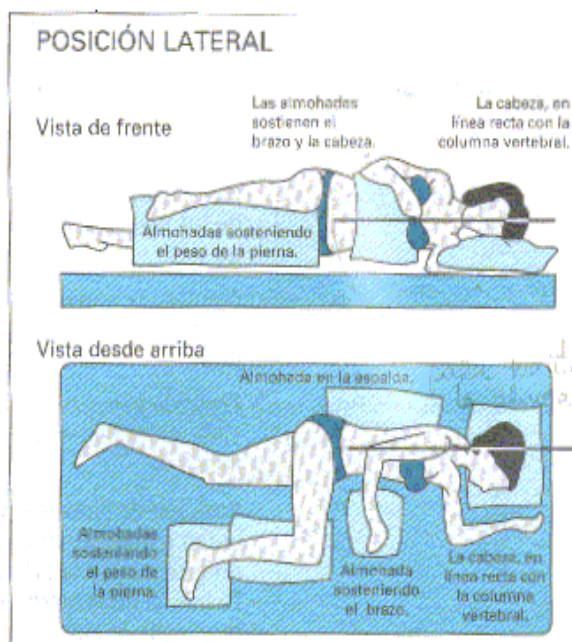
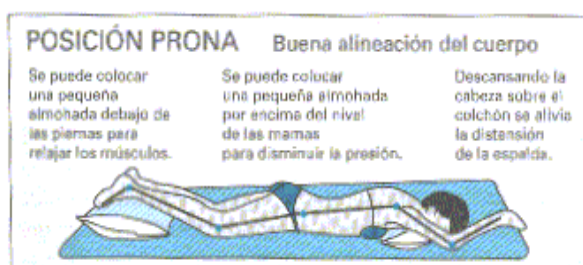
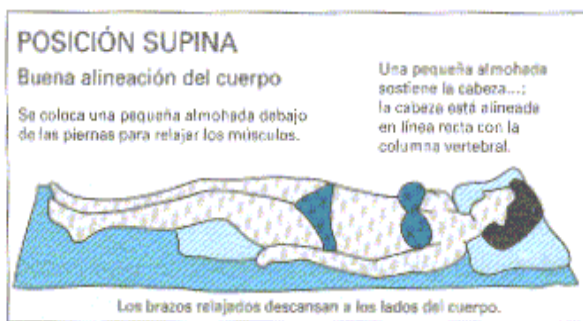
- *Una separando las rodillas y el maléolo externo de la pierna inferior
- Apoyar la espalda en la almohada formando un ángulo de 40 a 60 grados
- Dejar piernas en ligera flexión
- Si las cabeceras de la cama tienen que estar elevada, no exceder los 30 grados
- Conservar posición funcional de pies y manos

Posición sentado. -

- Acolchar con almohadas de la siguiente forma:
 - * Una detrás de la cabeza
 - * Una debajo de cada brazo
 - * Una bajo las piernas
 - * Una debajo de los pies
- La espalda debe quedar cómodamente apoyada contra una superficie firme
- En caso de utilizar sillón, debe tener respaldo inclinado

Decúbito prono:

- Acolchar con almohadas de la siguiente forma:
 - * Una debajo de la cara
 - * Una debajo de la pelvis
 - * Una debajo de las piernas y pies
- Dejar libre de presión los artejos, rodillas, genitales y mamas
- Colocar los brazos en flexión hacia la parte superior



9.5.- **Protección de puntos de apoyo:**

- Colchón anti escaras (colchón de aire estático, colchón de agua, colchón de espuma, colchón de aire alternante, etc.)
- El colchón anti escaras debe mantenerse limpio, seco, y se debe vigilar constantemente su correcto funcionamiento y la presión adecuado
- Instalar espumas o apósitos para protección local en sitios con mayor riesgo de desarrollar UPP, en especial para zona sacra y talones y aquellas relacionadas al uso de dispositivos médicos
- Usar posicionadores de gel y almohadas o cojines

10.- RESUMEN DE MEDIDAS PREVENTIVAS SEGÚN CATEGORIZACION DE RIESGO UPP:

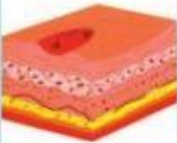
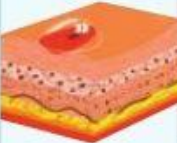
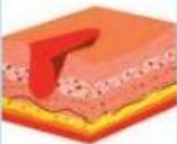
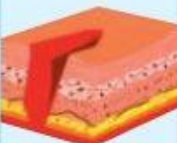
ACTIVIDAD PLANIFICADA	RIESGO BAJO	RIESGO MODERADO	RIESGO ALTO
Valoración de la piel	Diario	Diario	Diario
Higiene de la piel	Baño diario; aseo genital según necesidad	Baño diario; aseo genital según necesidad	Baño diario; aseo genital según necesidad
Aplicación ácido graso hiperoxigenado	NO	Cada 12 horas	Cada 8 horas
Cuidados de prevención UPP según dispositivo médico	Si corresponde	Si corresponde	Si corresponde
Movilizaciones pasivas y/ o activas	NO	SI	SI
Nutrición	Evaluación estado nutricional de compartimentos corporales	Evaluación estado nutricional, balance nitrogenado	Evaluación estado nutricional, balance nitrogenado
Cambios posturales (*)	NO Estimular movilización del paciente	Cada 4 horas	Cada 2 a 3 horas
Protección de puntos de apoyo (*)	NO	Uso de colchón antiescara y /o protección local en zonas de mayor riesgo	Uso de colchón antiescara y /o protección local en zonas de mayor riesgo

(*): Medidas obligatorias según Norma Ministerio de Salud

11.- CLASIFICACION DE LAS ULCERAS DE PRESION:

La clasificación estandarizada a nivel del Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota, será la utilizada por MINSAL, basada en el grado de compromiso relacionado con la profundidad de partes blandas y óseas.

Clasificación de las úlceras según el grado de afectación tisular

GRADOS			AFECTACIÓN	OTRAS CARACTERÍSTICAS
GRADO I	 		EPIDERMIS ÍNTEGRA	Color rojo-rosado. En pieles oscuras presenta tonos rojos, azules o morados. Hiperemia reactiva > 24 horas. El eritema se mantiene aún bajo la presión de los dedos.
GRADO II	 		EPIDERMIS y DERMIS	Flictenas o vesículas. Descamación y grietas.
GRADO III	 		TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	Bordes definidos Proceso necrótico Puede haber exudado seroso-sanguinolento. Pueden aparecer tunelizaciones y cavernas.
GRADO IV	 		MÚSCULO. SE PUEDEN ALCANZAR ARTICULACIONES	Tejido necrótico y exudado abundante. Pueden aparecer tunelizaciones y cavernas.

Etapas 1.-

- Piel intacta con enrojecimiento
- No recupera color normal después de cambio de posición
- Piel fuertemente pigmentada, coloración puede ser distinta a la zona que lo rodea
- El área enrojecida puede ser dolorosa, dura, blanda, caliente o fría, en comparación con el tejido adyacente
- Zona localizada generalmente sobre una prominencia ósea
- Cuando se aplica presión temporalmente, el tiempo de llenado capilares lento o puede la zona palidecer.
- En ocasiones puede ser difícil evaluar este estadio en pacientes con piel oscura.

Etapas 2.-

- Pérdida del grosor parcial de la dermis que aparece en forma de una ulcera abierta y superficial, brillante o seca, con un lecho de coloración rojiza-rosada.
- Sin esfacelación ni hematoma
- Aparece lesión en forma de una flictena rellena de suero, cerrada o abierta y rota
- Ese estadio no debe utilizarse para describir desgarros cutáneos, alteraciones causadas por tela adhesiva, dermatitis perineal, maceración o excoriación

Etapas 3.-

- Pérdida completa del grosor tisular
- Tejido adiposo subcutáneo puede ser visible, pero no existe exposición al hueso, tendones ni músculos
- Puede haber esfacelación, pero sin oscurecimiento de la profundidad de la pérdida tisular
- Puede haber socavamiento y trayectos.
- La profundidad de la UPP grado 3, depende su localización anatómica:
 - UPP superficiales: localizadas en pabellones auriculares, zona occipital y maléolos, ya que son áreas que carecen de tejido subcutáneo
 - UPP extremadamente profundas: localizadas en áreas con un tejido adiposo subcutáneo abundante

Etapas 4.-

- Pérdida tisular del grosor completo, con exposición de hueso, tendones y músculos
- En algunas del lecho de la herida puede haber esfacelación costra
- Se observa socavamiento y trayectos
- Considerando que estas úlceras se extienden hasta el músculo y las estructuras anatómicas de soporte, el paciente presenta riesgo de osteomielitis

Úlceras por decúbito no clasificables. –

- Son úlceras con pérdida tisular de grosor completo, cuya base aparece cubierta por esfacelación (coloración amarillenta tostada, grisácea, verdosa o marrón) o por una costra (coloración tostada, marrón o negra)
- No es posible determinar el estadio de la ulcera hasta que se eliminen las cantidades suficientes de esfacelo y costra
- Las costras estables en los talones constituyen una cubierta biológica natural y no se deben eliminar

12.- DIAGRAMA DE VALORACION DE HERIDAS:

Característica	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Aspecto	Eritematoso	Enrojecido	Amarillo pálido	Necrótico
Mayor extensión	0 a 1 cm	> 1 a 3 cm	> 3 a 6 cm	> a 6 cm
Profundidad	0	< 1 cm	1 a 3 cm	> a 3 cm
Cantidad exudado	Ausente	Escaso	Moderado	Abundante
Calidad exudada	Sin exudado	Seroso	Turbio	Purulento
Tejido esfacelado o necrótico	Ausente	< 25 %	25 50 %	> a 50 cm
Tejido gratulatorio	100 %	99 a 75 %	< 75 a 50 %	< 50%
Edema	Ausente	+	++	+++
Dolor	0 a 1	2 a 3	4 a 6	7 a 10
Piel circundante	Sana	Descamada	Eritematosa	Macerada

13.-SUGERENCIAS DE TRATAMIENTO DE ULCERAS POR PRESION:

13.1.- ULCERAS POR PRESION TIPO 1 (Sacro, isquion, codo, talón):

ACTIVIDAD	MATERIALES A UTILIZAR
Aseo zona afectada	Matraz o ampolla de suero fisiológico, según tensión de la lesión
Secado zona y su alrededor	Apósito tradicional estéril, tamaño relacionado con la extensión de la herida
Instalación apósito primario	Espuma o hidrocoloide transparente
Sellado con apósito secundario	Apósito especial o gasa no tejida tamaño 30 x 34. Solo en zona sacra
Fijación	Fijar con tela hipoalergénica de gasa adhesiva de poliéster, sin tejer y permeable al aire
Vendaje	Venda King en codo y talón
Frecuencia de curación	Cada 72 horas en caso necesario

13.2.- ULCERAS POR PRESION TIPO 2 :

ACTIVIDAD	TECNICA Y MATERIALES A UTILIZAR
Aseo zona afectada	Matraz o ampolla de suero fisiológico, según tensión de la lesión
Secado zona y su alrededor	Apósito tradicional estéril, tamaño relacionado con la extensión de la herida
Instalación apósito primario	Sin exudado: • Debridamiento: Hidrocoloide • En etapa granulación: Urgotull • En etapa epitelización: Colágeno Con exudado escaso: • Debridamiento: Urgotull • En etapa granulación: Fibracoll • En etapa epitelización: Hidrogel más tull Con exudado moderado: • Debridamiento: Alginato de plata • Etapa granulación: Fibracoll • Etapa epitelización: Alginato con Hidrocoloide
Sellado con apósito secundario	Apósito tradicional especial o gasa no tejida tamaño 30 x 34. Solo en zona sacra. El resto de zonas no lo requiere
Fijación	Fijar con tela hipoalergénica de gasa adhesiva de poliéster, sin tejer , adaptable y permeable al aire
Vendaje	Venda King en codo , talón e isquion
Frecuencia de curación	Cada 5 días

13.3.- ULCERAS POR PRESION TIPO 3 :

ACTIVIDAD	TECNICA Y MATERIALES A UTILIZAR
Descripción de la herida	Herida sin infección, con esfacelo o placa necrótica, con exudado escaso o moderado
Aseo zona afectada	Matraz o ampolla de suero fisiológico, según tensión de la lesión
Debridamiento	Debridamiento quirúrgico
Secado zona y su alrededor	Apósito tradicional estéril, tamaño relacionado con la extensión de la herida
Descontaminación	Dejar en la ulcera gasa impregnada de solución antiséptica base de polihexanida y betaina por 10 a 15 minutos. NO ENJUAGAR
Instalación apósito primario	Sin infección: (con esfacelo o placa necrótica, exudado escaso o moderado) : • Hidrogel más tull, solo con mallado de contacto • Alginato sin plata
Sellado con apósito secundario	Espuma hidrofílica o moltropem, mas apósito pasivo de algodón
Fijación	Fijar con tela hipoalergénica de gasa adhesiva de poliéster, sin tejer , adaptable y permeable al aire
Vendaje	Venda King en codo , talón e isquión
Frecuencia de curación	Cada 48 horas en úlcera no infectada y diariamente en úlcera infectada

13.4.- ULCERAS POR PRESION TIPO 4:

El manejo de las Ulceras tipo 4 es de resorte médico, por requerir escarectomía y frecuentemente aseo quirúrgico, por lo que Enfermería se debe centrar en la preparación preoperatoria del paciente, sin embargo, si el equipo médico o familiares , resuelven no ingresar al paciente a pabellón, la Enfermera puede seguir los siguientes pasos:

ACTIVIDAD	TECNICA Y MATERIALES A UTILIZAR
Aseo zona afectada	Aseo con suero fisiológico con arrastre mecánico a través de ducho-terapia
Secado zona y su alrededor	Apósito tradicional estéril, tamaño relacionado con la extensión de la herida
Descontaminación	Dejar en la ulcera gasa impregnada de solución antiséptica base de polihexanida y betaina por 10 a 15 minutos. NO ENJUAGAR
Instalación apósito primario	La instalación de apósito primario establece una barrera antimicrobiana, se puede utilizar cualquiera de las siguientes alternativas: • Carbón activado más plata y alginato • Plata nanocristalina • Plata iónica más polietileno • Hidrofibra de carboximetilcelulosa, más plata iónica al 1,2% • Carbón activado más alginato de calcio más hidrofibra de carboximetilcelulosa
Sellado con apósito secundario	Espuma hidrofílica o moltropem, mas apósito pasivo de algodón
Fijación	Fijar con tela hipoalergénica de gasa adhesiva de poliéster, sin tejer , adaptable y permeable al aire
Vendaje	Venda King en codo , talón e isquión
Frecuencia de curación	Diaria

BIBLIOGRAFIA.-

1.- INSTALACION Y MANEJO VIA VENOSA PERIFERICA.-

- ✓ Protocolo de instalación y manejo vías venosas periféricas. Hospital Santiago Oriente Dr Luis Tisné Broussé año 2013
- ✓ Protocolo de canalización, mantenimiento y uso de la vía venosa periférica, Complejo Universitario Albacete , España, Año 2008
- ✓ Manual de normas y control de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar , Año 2017

2.- CONTINUIDAD CUIDADOS ENFERMERIA AL ALTA HOSPITALARIA.-

- ✓ Informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria de enfermería , Servicio de Salud del Principado de Asturias, España, año 2007.
- ✓ Marco referencial de la continuidad de cuidados en el Servicio madrileño de Salud, Madrid, España, Año 2014
- ✓ Protocolo de Traslado de pacientes entre Hospitales de Mayor Complejidad a Menor Complejidad , Servicio Salud Aconcagua. Año 2017

3.- PREVENCION DE CAIDAS.-

- ✓ Manual de Prevención de caídas del Adulto Mayor, MINSAL
- ✓ Normas de Seguridad del Paciente Y Calidad de Atención Respecto de Caídas en pacientes hospitalizados, MINSAL
- ✓ Protocolo de prevención de caídas, Clínica Mayor, Santiago Chile, año 2015
- ✓ Protocolo Prevención de Caídas , Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar , Año 2015

4.-PREVENCION ERRORES MEDICACION.-

- ✓ Protocolo medidas de prevención de errores de medicación. Hospital Santiago Oriente Dr Luis Tisné Broussé año 2011
- ✓ Errores de medicación en el ejercicio de la enfermería: una revisión integrativa, Scielo, 2014

5.-PREVENCION Y MANEJO ULCERAS POR PRESION

- ✓ Normas de Seguridad del Paciente y Calidad de Atención Respecto de: Prevención Ulceras por Presión en pacientes hospitalizados Norma 0006, MINSAL , año 2007
- ✓ ULCERAS POR PRESIÓN. Prevención, tratamiento y cuidados de Enfermería.
- ✓ Protocolo de Úlceras por presión, prevención y manejo de Enfermería Complejo Hospitalario San José , año 2011