

ATENCIÓN SANITARIA SEGURA EN EL SERVICIO DE HEMODINÁMICA

Domínguez Naranjo, Alejandro; Rejón Amores, Mercedes; Fernández Morano, Laura.

Introducción

Los problemas de seguridad en el ambiente hospitalario son frecuentes y multifactoriales, por ello debemos hacer uso de las herramientas existentes para su detección y análisis.
Hacer que la atención sanitaria sea más segura, depende de todos.

Objetivos

GENERAL: Prevenir las lesiones que podamos provocar a un paciente en la atención sanitaria controlando la aparición de posibles eventos adversos.

ESPECÍFICO: Colaborar en la mejora de los mecanismos que actualmente existen en el Hospital Costa del Sol para asegurar el correcto funcionamiento del servicio de Hemodinámica y así garantizar al paciente la máxima seguridad.

Material y Métodos

- Sesión formativa para el personal de Enfermería Intervencionista en Hemodinámica sobre iniciativas de difusión de prácticas seguras y alertas clínicas.
- Creación de un grupo de trabajo de mejora: expertos y supervisora de la unidad.
- Conclusiones del grupo mediante Brainstorming y observación directa.
- Elaboración de un Registro de Enfermería que asegure la realización y comprobación de las prácticas seguras.
- Metodología de trabajo asesorado por la Unidad de Calidad del Hospital Costa el Sol y revisión de estrategias nacionales e internacionales para la prevención de eventos adversos en el ámbito .



Resultados

C
H
E
C
K

L
I
S
T

D
E

H
E
M
O
D
I
N
Á
M
I
C
A

Nombre: Apellidos: N.H.C.: Habitación:	Edad:
ALERGIAS:	
<u>Check list</u> Preoperatorio inmediato de enfermería.	
CONTROLES	
SI NO	Información perioperatoria realizada.
SI NO	Consentimiento informado firmado.
SI NO	Parte quirófano verificado.
SI NO	Hª enfermo comprobada.
SI NO	Ayunas (6 horas).
SI NO	Pulsera identificativa colocada.
SI NO	Higiene corporal realizada.
SI NO	Zona incisión revisada.
SI NO	Zona desinfectada
SI NO	Objetos metálicos retirados.
SI NO	Esmalte uñas y maquillaje retirados.
SI NO	Prótesis dental retirada.
SI NO	Bata de exploración.
SI NO	Pelo cubierto con gorro.
SI NO	Envío ECG paciente.
SI NO	Se envía Hª clínica.
SI NO	Canalización VVP en MS_ n° ____
SIGNOS VITALES CONTROLADOS	
T.A.: ____	F.C.: ____ Peso: ____ Talla: ____
CONTROL ANALÍTICO Hb: ____	INR: ____ Creatinina: ____
PROTOCOLOS ESPECIALES	
<input type="checkbox"/> Alergia a contrastes iodados.	
<input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal	
<input type="checkbox"/> Otras premedicaciones administradas: _____	
Estado psíquico:	
<input type="checkbox"/> Tranquilo	<input type="checkbox"/> Nervioso <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Deprimido
DOWNTON:	
FIRMA ENFERMERA	CÓDIGO FECHA
TIME OUT <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FIRMA ENFERMERA CÓDIGO

Procedimiento Intraoperatorio:
<input type="checkbox"/> Coronariografía <input type="checkbox"/> ACTP <input type="checkbox"/> Ventriculografía <input type="checkbox"/> Aortografía <input type="checkbox"/> Cateterismo Derecho
Hallazgos:
<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Cx <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> TCI <input type="checkbox"/> By-pass <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sin lesiones significativas <input type="checkbox"/> Monovaso <input type="checkbox"/> Multivaso <input type="checkbox"/> Tronco
Plan:
<input type="checkbox"/> Tto. Médico <input type="checkbox"/> ACTP programada <input type="checkbox"/> Sesión médica <input type="checkbox"/> Sesión M-Q
Valoración:
<input type="checkbox"/> Dolor escala EVA ____ <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vómito <input type="checkbox"/> Dolor torácico
Medicación administrada:
Contraste.....cc.
<input type="checkbox"/> Heparina.....UI
<input type="checkbox"/> Bivalirudina según protocolo.
<input type="checkbox"/> Cloruro mórfico:.....mgr.
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
PREVENCIÓN COMPLICACIONES -CONTROL DE HEMORRAGIAS
Punto de acceso:
<input type="checkbox"/> Art. Femoral dcha. <input type="checkbox"/> Art. Femoral izqda. <input type="checkbox"/> Braquial <input type="checkbox"/> Radial
<input type="checkbox"/> Vena Femoral dcha. <input type="checkbox"/> Vena Femoral izqda.
Tipo de cierre vascular:
<input type="checkbox"/> Dispositivo de cierre Angioseal® <input type="checkbox"/> Dispositivo de cierre Exoseal® <input type="checkbox"/> Compresión manual <input type="checkbox"/> Banda Radial
<input type="checkbox"/> Apósito compresivo <input type="checkbox"/> No retirado introductor
Constantes post- intervención: FC: ____ lpm TA: ____/____mmHg
Observaciones:
Firma y Código

Conclusiones

Unas prácticas seguras previenen los eventos adversos en la atención primaria.

Un registro que garantice la comprobación en la realización de estas prácticas, hace patente el papel de la enfermería en la prevención de eventos adversos en la Unidad de Hemodinámica.

PALABRAS CLAVE: Eventos adversos, enfermería intervencionista, práctica segura, registro enfermero.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009: la cirugía segura salva vidas. ISBN 978 92 4 359859 8 (Clasificación NLM: WO 178).
2. Hacquard P, Cunat C, Toussaint C, et al. [Assessment of the check-list in the operating room: perceptions of caregivers and physicians (level II assessment)]. Ann Fr Anesth Reanim. 2013;32:235-40.