

TRABAJO FIN DE MÁSTER

MEMORIA DE GESTIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL VIAMED SAN JOSÉ. PROPUESTA DE MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Alumno: García Bastida, Elena

Tutor: Pico Alfonso, Antonio Miguel

1. RESUMEN.....	4
2. ABSTRACT.....	5
3. INTRODUCCIÓN GENERAL Y PROPÓSITO DEL DOCUMENTO.....	6
4. METODOLOGÍA. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIA Y VALORES.....	6
4.1 MISIÓN.....	6
4.2 VISIÓN.....	7
4.3 VALORES.....	7
5. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.....	8
5.1 ANALISIS EXTERNO.....	8
5.1.1 RECURSOS SANITARIOS HOSPITALARIOS.....	9
5.1.2 UNIDADES ASISTENCIALES.....	10
5.1.3 ESPECIALIDADES.....	10
5.2 ANALISIS INTERNO DE LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA.....	11
5.2.1 PROCESOS CLAVE U OPERATIVOS.....	12
5.2.2 PROCESOS DE SOPORTE.....	12
5.2.3 ESTÁNDARES PARA LA UNIDAD DEL PACIENTE.....	13
5.2.4 ESTÁNDARES DE EQUIPACIÓN.....	14
5.2.5 ESTÁNDARES DE ESTRUCTURA ORGANIZATIVA.....	15
5.2.6 ESTÁNDARES DE COMUNICACIÓN-INFORMACIÓN- JERARQUÍAS.....	16
5.2.7 DESCRIPCIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD.....	16
5.2.8 DESCRIPCIÓN DEL CIRCUITO ASISTENCIAL: PACIENTE ADSCRITO A MEDICINA INTERNA.....	19
5.3 MATRIZ D.A.F.O.	20
6. PLAN DE ACTUACIÓN PARA EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA...21	21
6.1 LINEAS ESTRATÉGICAS Y OBJETIVOS.....	21
6.2 CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.	23
6.3 ACTIVIDAD ASISTENCIAL CENTRADA EN EL PACIENTE.....	24
6.4 MAPA DE RIESGOS Y PLAN DE ACTUACIÓN.....	25
6.4.1 RIESGO DE CAIDAS.....	26
6.4.2 RIESGO DE BRONCOASPIRACIÓN.....	30
6.4.3 RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.....	32

6.4.4 RIESGO DE FALLO EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.....	35
6.4.5 RIESGO DE EROR EN LA MEDICACIÓN.....	37
7. CONCLUSIÓN.....	41
8. BIBLIOGRAFÍA.....	42
9. INDICE DE FIGURAS.....	43
10. INDICE DE TABLAS.....	43
11. INDICE DE ABREVIATURAS.....	43



1. RESUMEN

La Medicina Interna es una especialidad médica que aporta una atención global al enfermo. Consiste en el ejercicio de una atención clínica, completa y científica, que integra en todo momento los aspectos fisiopatológicos, diagnósticos y terapéuticos con los humanos del enfermo, mediante el adecuado uso de los recursos médicos disponibles. Su importancia en la atención hospitalaria al paciente tanto en hospitales de segundo como de tercer nivel es cada vez más importante debido a su visión integradora del acto médico.

El propósito de este TFM es la realización y exposición de una memoria de gestión del Servicio de Medicina Interna del Hospital Viamed San José de Alcantarilla, Murcia.

El Hospital Viamed San José es un hospital general, que tiene por misión la prestación de asistencia sanitaria especializada para satisfacer las necesidades de salud de los ciudadanos de su área de referencia, con equidad, calidad y eficiencia. Este Hospital, pretende ser líder en la calidad de prestación de los servicios para la satisfacción de las necesidades de salud de los ciudadanos. Para lograr este nivel de actuación basará su funcionamiento en un sistema de gestión basado en los principios de la calidad, el control medioambiental y la seguridad del paciente. Los valores en los que el Hospital Viamed San José apoyará su servicio son: la orientación al cliente, profesionalidad ética, liderazgo, gestión excelente y actividad innovadora.

En esta memoria se resume la organización, estructura, y funcionamiento de la Unidad de Medicina Interna del Hospital Viamed San José. Así mismo, se ha identificado los principales riesgos que presentan los pacientes ingresados en la Unidad, ordenándolos de acuerdo a su probabilidad y gravedad. Finalmente se propone una serie de medidas preventivas para minimizar los mismos y reducir los efectos adversos de cada uno de los riesgos identificados.

Palabras clave: Medicina Interna, gestión, calidad, seguridad y riesgos.

2. ABSTRACT

Internal Medicine is a medical specialty that provides global attention to the patient. It consists of the exercise of a clinical, complete and scientific attention, that integrates in all the moment the physiopathological, diagnostic and therapeutic aspects with the human of the patient, by means of the suitable use of the available medical resources. Its importance in the hospital care of the patient in both the second and third level hospitals is increasingly important due to its integrating vision of the medical act.

The purpose of this TFM is the realization and exhibition of a management report of the Internal Medicine Service of the Hospital of San José de Alcantarilla, Murcia.

The Viamed San José Hospital is a general hospital, whose mission is the provision of health care and specialized care to meet the health needs of citizens in their area of reference, with equity, quality and efficiency. This Hospital aims to be a leader in the quality of the provision of services for the satisfaction of the health needs of citizens. To achieve this level of action, it will base its operation on a management system based on the principles of quality, environmental control and patient safety. The values in which Viamed San José Hospital supports its service: customer orientation, ethical professionalism, leadership, excellent management and innovative activity.

This report summarizes the organization, structure and functioning of the Internal Medicine Unit of the Hospital of San José. Likewise, we have identified the main risks presented by patients admitted to the Unit, ordering them according to their probability and severity. Finally, a series of preventive measures is proposed to minimize them and reduce the adverse effects of each of the identified risks.

Key words: Internal Medicine, management, quality, safety and risks.

3. INTRODUCCIÓN GENERAL Y PROPÓSITO DEL DOCUMENTO

La Medicina Interna es una especialidad médica que aporta una atención global al enfermo, asumiendo la completa responsabilidad de esta, de una forma continua desde la consulta externa a las unidades de hospitalización. La Medicina Interna, entendida como especialidad, consiste en el ejercicio de una atención clínica, completa y científica, que integra en todo momento los aspectos fisiopatológicos, diagnósticos y terapéuticos con los humanos del enfermo, mediante el adecuado uso de los recursos médicos disponibles.¹

Su importancia en la atención hospitalaria al paciente tanto en hospitales de segundo como de tercer nivel es cada vez más importante debido a su visión integradora del acto médico.²

El propósito de este TFM es la realización y exposición de una memoria de gestión del Servicio de Medicina Interna del Hospital Viamed San José de Alcantarilla, Murcia. Así mismo se ha elaborado un proyecto para la mejora de la calidad a los pacientes ingresados en dicho servicio.

4. METODOLOGÍA. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIA Y VALORES.

4.1 MISIÓN

El Hospital Viamed San José es un hospital general, que tiene por misión la prestación de asistencia sanitaria especializada para satisfacer las necesidades de salud de los ciudadanos de su área de referencia, con equidad, calidad y eficiencia. El Servicio de Medicina Interna, comparte la misión del hospital, basada en;

-La consecución de los recursos necesarios para la prestación de dichos servicios.

-La atención a los ciudadanos.

-La satisfacción e integración de todas las personas que componen nuestra organización.

-El respeto por un impacto social y medioambiental positivo en la comunidad.

-La correcta gestión de los riesgos clínicos, analizándolos y poniendo medidas para minimizarlos, mejorando así la seguridad del paciente.

4.2 VISIÓN

El Hospital Viamed San José pretende ser líder en la calidad de prestación de los servicios para la satisfacción de las necesidades de salud de los ciudadanos. Para lograr este nivel de actuación basará su funcionamiento en un sistema de gestión basado en los principios de la calidad, el control medioambiental y la seguridad del paciente.

4.3 VALORES

Los valores en los que el Hospital Viamed San José apoyará su servicio son:



Figura 1. Valores en los que se basa el hospital.

-Orientación al cliente: El cliente es el foco de la actividad de todas y cada una de las personas que componen el Hospital y sus necesidades, como personas y usuarios, que deben constituir el criterio prioritario de todas sus acciones, poniendo siempre de manifiesto en su atención que “sus problemas son nuestros problemas”.

-Profesionalidad ética: Las personas que componemos el Hospital Viamed San José formamos un equipo, integrados en un proyecto común que tiene por

objetivo alcanzar los resultados óptimos del Hospital. La base para la consecución de la eficacia y la calidad es la mejora continua permanente de nuestras competencias profesionales, al servicio de los usuarios y compañeros.

-Liderazgo compartido: Todos los componentes del Hospital somos responsables de los resultados alcanzados por éste, a través de nuestra iniciativa y liderazgo para alcanzar los objetivos propios de nuestra actividad y de nuestra colaboración con nuestros compañeros para facilitar la consecución de los suyos. El proyecto profesional del Hospital Viamed San José es nuestro proyecto.

-Compromiso con la gestión excelente: La efectividad y la calidad de nuestra Organización debe estar basada en la actuación de todos y cada uno de nosotros conforme a los principios de la excelencia:

- La orientación al cliente de nuestras actividades sea este interno o externo.
- La gestión por procesos de todas las actividades, asegurando su coordinación y su mejora continua sobre la base de datos y evidencias contrastables.
- La participación y aportación de las capacidades, conocimientos y experiencias de todos y cada uno de los que componemos el Hospital.
- El liderazgo de todos para trabajar por un proyecto común.

-Actividad innovadora: Todos debemos trabajar pensando que las buenas ideas y los conocimientos pueden provenir de cualquier profesional que trabaja a nuestro lado, en otro área o servicio del Hospital, por lo que debemos potenciar el intercambio y el trabajo en equipo con ellos, manteniendo siempre una actitud permeable y de crítica/autocrítica constructiva.

5. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.

5.1 ANALISIS EXTERNO

El hospital cuenta con una superficie de 5000 m² con un total de 162 camas repartidas en los diferentes servicios del centro.

5.1.1 RECURSOS SANITARIOS HOSPITALARIOS

- **Área quirúrgica:**
 - Actualmente cuenta con un total de 7 quirófanos, donde 1 es destinado para el Servicio de Urgencias.
 - Área de pre-anestesia: 5 camas.
 - Puestos de reanimación: 12.
- **Diagnóstico por la imagen:**
 - Radiología convencional.
 - TAC.
 - RMN.
 - Ecografía convencional.
 - Eco Doppler color.
- **Otras áreas de diagnóstico:**
 - Laboratorio de Análisis Clínicos.
 - Laboratorio de Anatomía Patológica.
 - Unidad de Endoscopia Digestiva.
- **Área de tratamiento:**
 - Unidad de Rehabilitación y Fisioterapia.
 - Unidad de Endoscopia: POSE y BIG.
 - Unidad de Urología:
 - Tratamiento de la Hipertrofia de Próstata por Láser Verde (180 Wat).
 - Tratamiento de la Litiasis Renal por Litotricia Láser (40 Wat).
 - Unidad de Microcirugía de Varices por Escleroterapia con Micro espuma.
 - Unidad de Oncología.
- **Urgencias:** urgencias generales.
- **Otros servicios:**
 - Farmacia hospitalaria.
 - Oncología: Cabina de Seguridad Biológica.
 - Cafetería.
 - Capilla.

5.1.2 UNIDADES ASISTENCIALES

- **Unidad de Endoscopias:**

Centrada en la realización de diferentes tipos de endoscopias tanto diagnósticas como terapéuticas. Dedicada sobre todo para lograr un diagnóstico preciso y precoz de cada paciente, también proporciona asesoramiento específico para otras especialidades, para un mejor tratamiento y cuidado del paciente.

- **Unidades de Microcirugía de Varices.**

- **Unidad de Ozonoterapia.**

- **Unidad de Tratamiento del Dolor.**

Unidad multidisciplinar donde el equipo se dedica al diagnóstico y tratamiento de trastornos dolorosos, especialmente de carácter crónico, para poder evaluar el dolor con exactitud y decidir el tratamiento adecuado.

- **Unidad de Urología Laser Verde.**

5.1.3 ESPECIALIDADES

- **Análisis clínicos**
- **Anatomía patológica**
- **Anestesia y Reanimación**
- **Angiología y Cirugía Vasculat**
- **Aparato Digestivo**
- **Cirugía Cardiovascular**
- **Cirugía General y del Aparato Digestivo**
- **Cirugía Maxilofacial**
- **Cirugía Plástica y Reparadora**
- **Ginecología**
- **Hematología y Hemoterapia**
- **Inmunología**
- **Medicina Familiar y Comunitaria**
- **Medicina Interna**
- **Neurocirugía**
- **Neurofisiología Clínica**

- **Nutrición y Dietética**
- **Oftalmología**
- **Oncología Médica**
- **Otorrinolaringología**
- **Pediatría**
- **Podología**
- **Psicología**
- **Rehabilitación**
- **Traumatología y Cirugía Ortopédica**
- **Urgencias**
- **Urología**
- **Valoración del Daño Corporal**

5.2 ANALISIS INTERNO DE LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

La Medicina Interna debe responder a las actuales necesidades que demanda la comunidad; así debe adoptar un papel esencial en los modelos de atención integral al paciente agudo o crítico, al paciente crónico complejo y al paciente adulto de difícil diagnóstico o pluripatológico. El Real Decreto 1030/2006³, de 15 de septiembre, establece la cartera de servicio del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actuación, definiendo la Hospitalización como una Modalidad Asistencial. A su vez, reconoce dicha Modalidad Asistencial como: *una forma organizativa y de gestión de la prestación sanitaria específica que atiende una demanda determinada de servicios de salud para lo que se requiere de unas condiciones estructurales, funcionales y de recursos que garanticen su eficiencia y calidad, así como la seguridad de los usuarios.*

La Unidad de Medicina Interna del Hospital Viamed San José se basa principalmente en dos aspectos:

-La amplia experiencia clínica como centro hospitalario con más de veinte años tratando y cuidando a pacientes crónicos y agudos que han precisado hospitalización a corto, medio y largo plazo.

-Metodología de adhesión al proyecto de la SEMI (Sociedad Española de Medicina Interna): organización y funcionamiento para un servicio centrado en el paciente.

5.2.1 PROCESOS CLAVE U OPERATIVOS:

Que sustentan la unidad y se esquematizan en el siguiente diagrama:

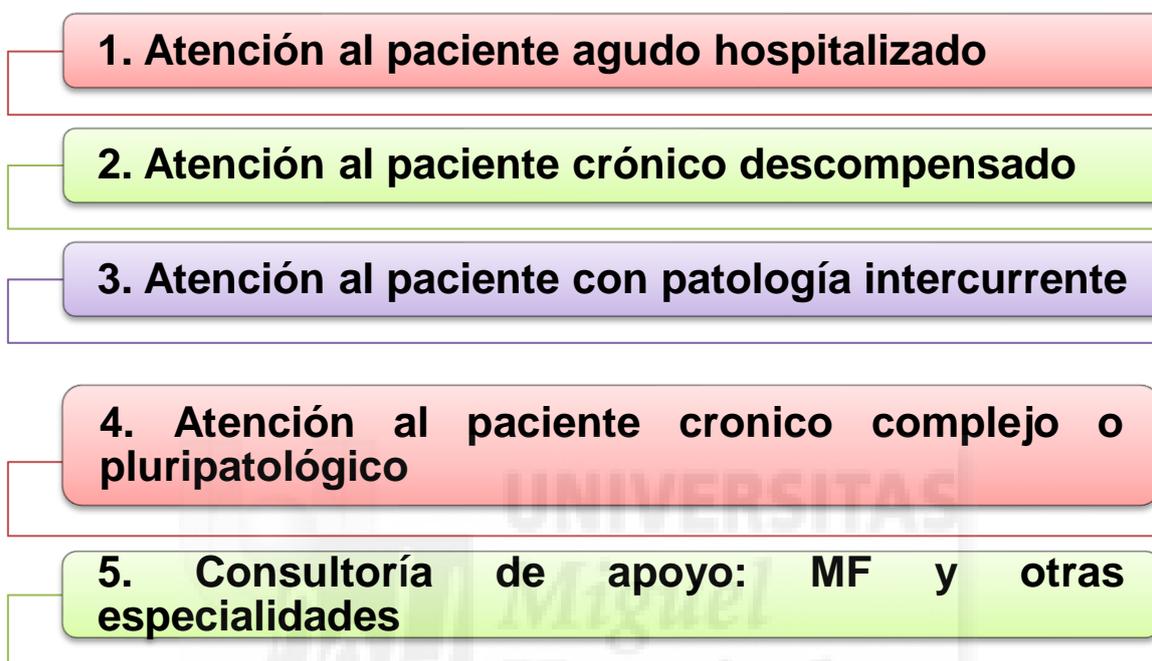


Figura 2. Tipología de paciente atendido en la planta de Medicina Interna.

5.2.2 PROCESOS DE SOPORTE:

Aquellos procesos de soporte para la Unidad de Medicina Interna se definen en el siguiente esquema:



Figura 3. Procesos de soporte para la Unidad de Medicina Interna

5.2.3 ESTÁNDARES PARA LA UNIDAD DEL PACIENTE:

La Unidad de Medicina Interna se ubica en la planta 1 del Hospital Viamed San José. Arquitectónicamente consta de las siguientes características:

-106 Unidades de paciente completas (distribuidas en 53 habitaciones) equipadas con:

- Cama articulada, mesilla y armario individual.
- Sillón relax para acompañante.
- Cabecero técnico con toma de oxígeno, toma de vacío y gases.
- Aseo completo con ducha.
- Teléfono interior.
- Pantalla plana LCD.
- Aire acondicionado y calefacción.

-Controles de enfermería: dos. Capacidad para 6 enfermeras cada uno de ellos. Equipados (descripción unitaria por control):

- 2 ordenadores con impresora conectados a un sistema HIS.
- Archivo activo para documentos e imágenes.
- Negatoscopio de doble cuerpo.
- Dos teléfonos.

-Zona de personal sanitario: dos. Capacidad para 12 personas por control. Equipados (descripción unitaria):

- Aseo completo.
- Armario ropero.
- 2 sofás, 3 sillones relax y 3 taburetes.
- Mesita de centro.
- Fregador con armarios superiores e inferiores.
- Horno microondas.
- Pantalla plana LCD.

-Área de almacén abierto: dos. Para material fungible.

-Área de medicación: dos. Destinada para la preparación de la medicación endovenosa y recepción de carros de farmacia-unidosis. Con mostrador, estanterías, cajoneras y lavabo individual.

-Almacén de lencería limpia: dos.

-Almacén de limpieza y punto de recogida para contenedores de residuos.

-3 ascensores, uno de ellos con acceso directo al área de urgencias-ambulancias.

-2 salidas de emergencias.

-3 puertas cortafuegos.

-Área de información privada, destinada a familias o acompañantes.

5.2.4 ESTÁNDARES DE EQUIPACIÓN:

La unidad está dotada de:

-Sistemas informáticos con impresoras y Wi-Fi.

-Pantalla LCD (1 por habitación).

-Negatoscopio de doble cuerpo (2 unidades).

-Monitores de constantes vitales (PAS, PAD, PAM, Fc y Sato2) (2 unidades).

-Bombas de infusión venosa (12 unidades).

-Bombas de alimentación (15 unidades).

-Pulsioxímetros (5 unidades).

-Esfigmomanómetro manual y fonendoscopio (3 unidades).

-Sillas de ruedas (5 unidades).

-Material de ayuda a la deambulación: andadores, pies de gotero.

-Grúas electrónicas para movilización de pacientes y arneses de diferentes medidas (2 unidades/ >150kg) + 1 grúa manual de esfuerzo.

-Carro de PCR (1 unidad): monitor-desfibrilador, equipo completo para RCP y medicación.

-Electrocardiógrafo (2 unidades).

-Instrumental quirúrgico: curas (9 equipos completos estériles).

-Biombos (4 unidades).

-Bombona de oxígeno para transporte de pacientes (4 unidades).

-Equipos de vacío (106 unidades).

-Equipos de oxigenoterapia (106 unidades).

-Colchones de aire anti escaras con motor (106 unidades).

5.2.5 ESTÁNDARES DE ESTRUCTURA ORGANIZATIVA:

Estándar de Control que articula los cargos, funciones, procesos, relaciones y niveles de responsabilidad y de autoridad en cada institución, de tal forma que facilite, dirija y ejecute los procesos y actividades.

- **Responsable Médico de la Unidad:** Médico Especialista en Medicina Interna.
- **Responsable de Enfermería:** Supervisora de Enfermería.
- **Personal médico:** cuatro facultativos de presencia durante el turno de mañana (incluida la responsable de la unidad) / dos facultativos en el turno de tarde/ uno en el turno de noche.
- **Personal sanitario:**
 - Enfermeras: 16
 - Auxiliares de Enfermería: 32
- **Distribución por turnos:**
 - Turno de mañana (8:00h a 15:00h): 8 enfermeras/7 TCAE.
 - Turno de tarde (15:00h a 22:00h): 4 enfermeras/3 TCAE.
 - Turno de noche (22:00h a 8:00h): 3 enfermeras/3 TCAE.
- **Servicios de apoyo asistencial (disponibilidad 24horas):**
 - Servicio de Radiología: Rx convencional, TAC, RMN y ecografía.
 - Servicio de Laboratorio, Microbiología y Anatomía Patológica.
 - Unidad de Fisioterapia en horario de mañanas y tardes.
 - Unidad de Urgencias.
 - Servicio de Farmacia.
 - Servicio de Mantenimiento.
- **Procedimientos:**
 - Memoria anual de actividad con definición de estrategias de futuro según resultados.
 - Sistema de registro de incidencias.
 - Mapa de Riesgos (revisión semestral).
 - Indicadores de Calidad y Seguridad.
 - Protocolos asistenciales.
 - Historia Clínica Electrónica.
- **Descripción de aparataje electromedicina:**

- Electrocardiógrafo 1: CARDIOLINE ar600adv.
- Electrocardiógrafo 2: CADIOLINE ar1200view.
- Grúa electrónica 1: SUNLIFT 175E.
- Monitor de constantes 1: INVACARE Bierdie Compact.
- Monitor de constantes 2: SENTRY BIONICS RS.
- **Descripción de contenido carro PCR:**
 - Contenido material fungible.
 - Contenido farmacológico.
 - Monitor-desfibrilador.

5.2.6 ESTÁNDARES DE COMUNICACIÓN-INFORMACIÓN- JERARQUÍAS:

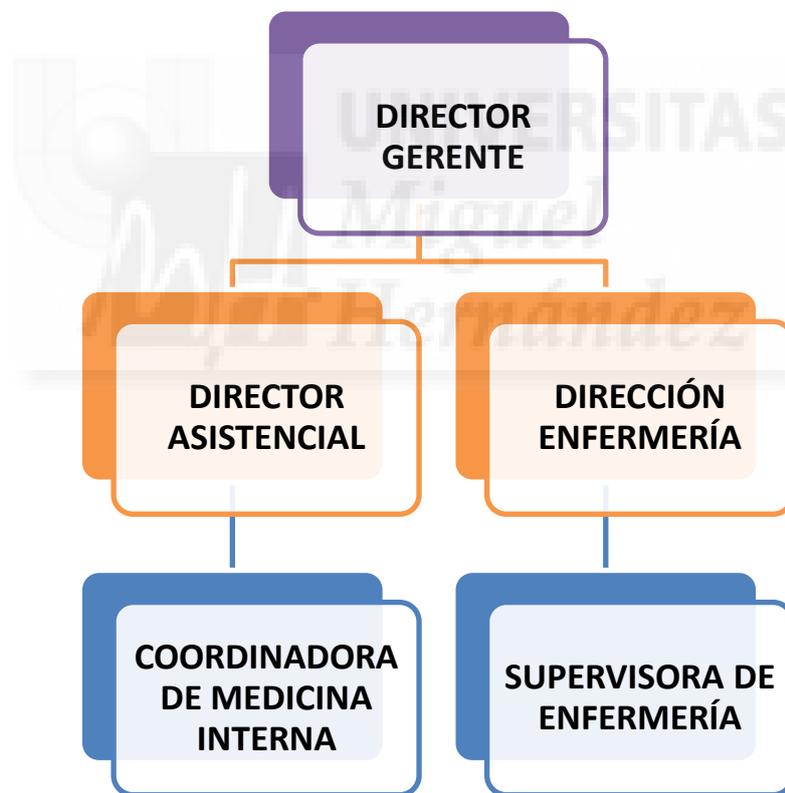


Figura 4. Estándares de comunicación-información-jerarquías.

5.2.7 DESCRIPCIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD:

- **Procedencia de los pacientes:**
 - Puerta de Urgencias (Hospitales del Servicio Murciano de Salud).

-Unidad de hospitalización médica o quirúrgica (Hospital del Servicio Murciano de Salud).

- **Tipología de paciente:**

1. ATENCIÓN AL PACIENTE AGUDO HOSPITALIZADO:

- Paciente agudo procedente de puerta de urgencias, diagnosticado en centro de origen, para continuación y finalización del tratamiento.
- Infección urinaria.
- Infección respiratoria.
- Paciente neurológico: ICTUS.
- Infección digestiva.

2. ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO DESCOMPENSADO:

- Cuadros de descompensación aguda de origen cardíaco: insuficiencia cardíaca.
- Cuadros de descompensación aguda de origen respiratorio que no requieran ventilación mecánica no invasiva: EPOC.
- Cuadros de descompensación aguda de origen renal: IRA prerrenal, IRC con reagudización extra parenquimatosa.
- Cuadros de descompensación aguda de origen endocrino y nutricional: diabetes mellitus y control nutricional.
- Cuadros de descompensación aguda de origen digestivo: hepatopatías.
- Cuadros crónicos que precisen control-tratamiento médico hospitalario y cuidados de enfermería especializados: infección de herida, UPP, micosis, tratamientos endovenosos, administración de fluidoterapia, hemo-transfusión, etc.

3. ATENCIÓN AL PACIENTE CON PATOLOGÍA INTERCORRENTE.

- Atención al paciente de origen quirúrgico que debuta con un cuadro médico agudo.
- Atención al paciente de origen quirúrgico que debuta con descompensación de una patología médica crónica.

➤ Atención al paciente médico-quirúrgico que debuta con UPP complejas o de evolución tórpida, que requieren tratamiento médico y cuidados de enfermería especializados.

➤ Atención al paciente de origen quirúrgico que precisa de una estabilización o soporte médico previo al alta a domicilio.

4. ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO O PLURIPATOLÓGICO.

➤ Pacientes de edad avanzada, con un perfil claro de pluripatología compleja de multi-ingresos hospitalarios, asociando o no claudicación familiar:

➤ Paciente neurológico: ICTUS, ACV.

➤ Paciente paliativo al paciente oncológico.

➤ Cuidado paliativo al paciente no oncológico.

➤ Paciente amputado.

➤ Paciente con colostomía.

➤ Paciente diabético: pie diabético.

➤ Paciente hipertenso.

➤ Paciente sin adhesión al tratamiento domiciliario.

5. CONSULTORÍA DE APOYO: MÉDICO DE FAMILIA Y OTRAS ESPECIALIDADES.

➤ Interconsulta y control médico del paciente traumatológico: Traumatología y Ortopedia / Neurocirugía.

➤ Interconsulta y control médico del paciente adscrito a Cirugía General, digestiva y cardiovascular.

➤ Interconsulta y control médico del paciente complejo de Cirugía Plástica.

➤ Interconsulta y control médico del paciente urológico.

➤ Interconsulta con médicos de guardia y puerta de urgencias.

➤ Unidad de cadera: implica el control inicial, estabilización y preparación del paciente por fractura de cadera, para su posterior tratamiento quirúrgico.

5.2.8 DESCRIPCIÓN DEL CIRCUITO ASISTENCIAL: PACIENTE ADSCRITO A MEDICINA INTERNA.



Figura 5. Circuito asistencial del paciente adscrito al Servicio de Medicina Interna.

1. Servicio de Admisión:

Control documental, identificación del paciente e ingreso administrativo.

2. Ingreso en planta de Medicina Interna:

- Control documental
- Identificación del paciente.
- Valoración de Enfermería completa.
- Valoración por Médico Internista: anamnesis, exploración y tratamiento.

3. Estancia en Medicina Interna:

- Realización del Plan de Cuidados (Enfermería).
- Valoración por Médico Internista: exploración complementaria (física o a través de pruebas complementarias), revisión del tratamiento y control evolutivo.
- Realización de interconsultas (especialidades).
- Realización de los Cuidados de Enfermería.

-Control nutricional.

4. Alta Médica / Alta de Enfermería:

Se realiza a domicilio tras finalizar el tratamiento. Control por Médico de Familia y Enfermera del Centro de Salud de zona para facilitar la continuidad y control del proceso asistencial.

5.3 MATRIZ D.A.F.O.



Figura 6. MATRIZ DAFO.

DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none">• Elevada carga de trabajo• Necesidad de formación sobre procesos asistenciales• Necesidad de flujos de información
AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none">• Pacientes multi-especialidades• Elevada variabilidad en la procedencia del paciente (procedentes del SMS, Mutuas y Compañías privadas)• Envejecimiento progresivo de la población y aumento de la comorbilidad y complejidad de pacientes

<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro del clima laboral, de las condiciones de trabajo y consiguiente fuga de profesionales y pérdida de atracción
FORTALEZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Implicación del personal • Satisfacción del paciente • Mejora continua • Cultura de Calidad • Alta capacidad resolutoria de la demanda
OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización protocolizada • Normas ISO 9001, ISO 14001, UNE 179003, UNE 179006 • Posibilidad de coordinación con otros servicios y recursos socio-sanitarios • Mejora del confort de pacientes y familiares mediante la información actualizada y apoyo durante su permanencia en el servicio • Mejora de la seguridad del paciente • Mejora del clima laboral y condiciones de trabajo • Aumentar la atracción del Servicio como protección frente a una eventual escasez de profesionales con fidelización de sus profesionales mediante una motivación adecuada

Tabla 1. Matriz D.A.F.O.

6. PLAN DE ACTUACIÓN PARA EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

6.1 LINEAS ESTRATÉGICAS Y OBJETIVOS

El Servicio de Medicina Interna del Hospital Viamed San José tiene como objetivos estratégicos generales:

LINEAS ESTRATÉGICAS Y OBJETIVOS	Mejora continua de la calidad asistencial
	Satisfacción de la población y percepción del cliente
	Coordinación con las empresas sanitarias externas
	Equilibrio económico
	Satisfacción e integración del personal
	Adecuación del impacto social
	Imagen de prestigio
	Innovación y mejora

Tabla 2. Líneas estratégicas y objetivos.

-Mejora continua de la calidad asistencial:

-Prestar asistencia sanitaria de máxima calidad científica, permanentemente actualizada y con la tecnología precisa.

-Mejora de los procesos que se desarrollan en el Servicio.

-Desarrollo de nuevos protocolos.

-Mejora continua en la seguridad del paciente.

-Satisfacción de la población y percepción del cliente:

-Para lograr este nivel de actuación apoyará su funcionamiento en un sistema de gestión integrado basado en calidad, medio ambiente y seguridad del paciente.

-Confort del paciente durante su estancia.

-Información actualizada a pacientes y familiares.

-Humanización del trato.

-Coordinación con las empresas sanitarias externas (públicas o privadas):

-Perteneciendo al Sistema Nacional de Salud, se debe contribuir a la comunidad de ciudadanos y a la mejora del conocimiento y tecnología, procurando una mayor eficiencia, una mejor calidad del servicio y preservar la seguridad del paciente, así como un respeto por el medio ambiente.

-Equilibrio económico:

-Eficiencia en el gasto.

-Mejora de la facturación externa.

-Satisfacción e integración del personal:

-Basado en la creación de un entorno laboral capaz de satisfacer las necesidades profesionales y relacionales de las personas que componemos el Hospital.

-Disminución del estrés y carga laboral.

-Fomento del trabajo en equipo e implicación.

-Adecuación del impacto social:

-Tanto del derivado del punto de vista asistencial, investigadora y docente, como del medioambiental.

-La imagen de prestigio (social, en la red y en el sector):

-Significando que el personal se sienta orgulloso de que su buen hacer y sus logros son reconocidos y valorados por su entorno en el ámbito sanitario.

-Innovación y mejora.

6.2 CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se pretende un modelo de calidad total, incorporándola a todas las fases del proceso asistencial y buscando la mejora continua día a día. Conocer la cultura de seguridad de una organización es el paso previo para la mejora, por ello, existen cuatro aspectos esenciales en el compromiso para la Seguridad del Paciente y son:

-Aumentar la formación en la seguridad del paciente: la formación en seguridad del paciente es el primer paso para mejorar la cultura de seguridad y son aquellas prácticas seguras orientadas a prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención sanitaria y a mejorar la seguridad del paciente. Entre las diferentes prácticas recomendadas se encuentra: la prevención de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria como la higiene de manos, el uso seguro de medicamentos, cirugía y cuidados de enfermería seguros.

-Promover un buen clima de seguridad.

-Promover un buen clima en los factores humanos de los profesionales.

-Desarrollar elementos de seguridad a nivel de la unidad clínica.

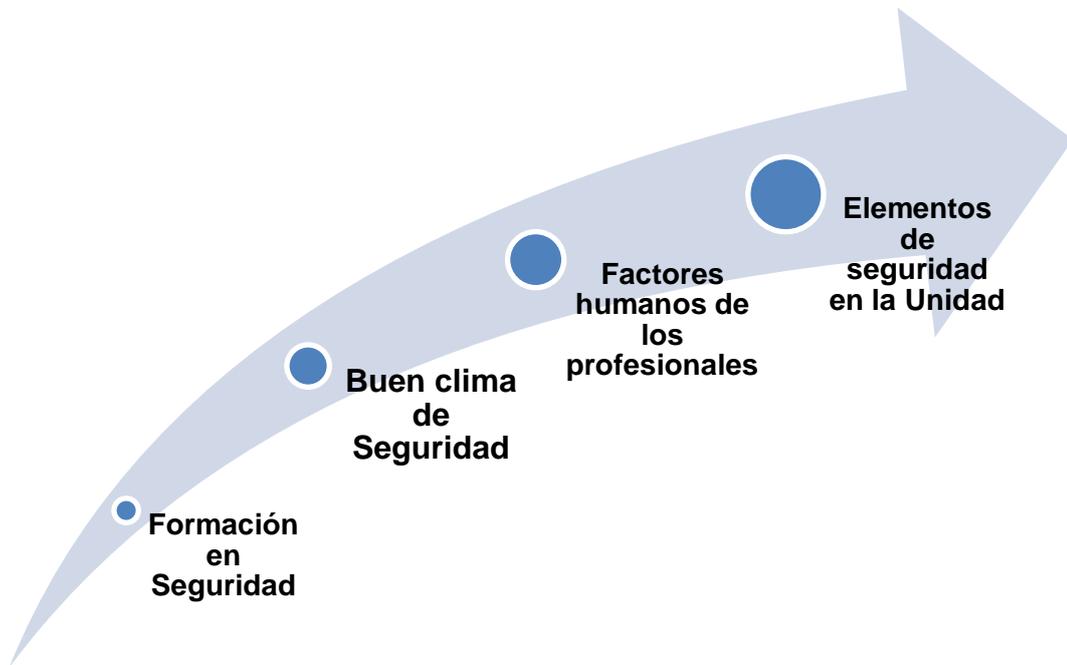


Figura 7. Aspectos esenciales en el compromiso para la Seguridad del Paciente.

Por otro lado, es fundamental la implantación de medición de indicadores acerca de la clasificación correcta de los pacientes, así como un registro de notificación de efectos adversos. Este proceso se debe hacer de manera dinámica, implicando a todos los profesionales en la valoración de la evolución de los indicadores y animándolos para conseguir los objetivos de la mejora continua.

Para asegurar la correcta seguridad del paciente, así como minimizar dichos efectos adversos, se pueden plantear una serie de medidas como; colocación de colchón anti escaras para evitar úlceras por presión, cambios posturales, colocación de barandillas en las camas para evitar caídas, comprobación de datos del paciente en la administración de medicación, realización de técnicas, etc.

6.3 ACTIVIDAD ASISTENCIAL CENTRADA EN EL PACIENTE

Un enfoque centrado en la persona en su totalidad significa atender todos los posibles riesgos de salud asociados con el individuo que consulta los servicios de salud.⁴

El Servicio de Medicina Interna, comprometido en la Atención Centrada en el Paciente, hace frente a los siguientes retos:

-Integrar a los pacientes y a sus familiares en todos los aspectos de la atención. Facilitar información adecuada sobre el proceso de asistencia y las normas de funcionamiento del centro.

-Proporcionar la información de calidad sobre el proceso patológico y su evolución. El paciente debe asumir la decisión final de la opción terapéutica deseada o el rechazo a la misma.

-Realizar un diagnóstico y prescripción del tratamiento del paciente evitando demoras.

-Fomentar a los profesionales en habilidades de comunicación y humanidad.

-Respetar las preferencias personales por razones culturales, religiosas o ideológicas.

-Existencia de documentos de consentimiento informado para aquellas técnicas en las que el paciente reciba la información suficiente y otorgar su consentimiento para que se le realicen como por ejemplo transfusión de hemoderivados.

-Coordinación con los recursos sociales (trabajadores sociales del SMS) para aquellos problemas que resulten más de tipo social que de tipo sanitario (falta de recursos económicos, personas mayores con cierto grado de dependencia a la espera de residencia y sin apoyo familiar, pacientes terminales con claudicación por parte de familiares, etc.)

6.4 MAPA DE RIESGOS Y PLAN DE ACTUACIÓN

Se ha realizado un mapa de riesgos de dicha Unidad valorando las necesidades de los pacientes a los que atendemos, y trabajando sobre los riesgos existentes para así poder verificar que se logren los resultados previstos hasta conseguir una mejora.

Para ello hemos utilizado los indicadores, incidencias y reuniones con el comité de Calidad y Seguridad el Paciente y posteriormente se ha establecido un listado de riesgos encontrados en la Unidad. En dichos riesgos se incluye tanto la probabilidad (frecuencia) como la gravedad (afectación del paciente). Seguidamente se ha multiplicado la probabilidad por la gravedad y se han obtenido tres tipos de riesgos:

- 1-3 Riesgo bajo o asumible.

- 3-6 Riesgo medio (exigiendo la toma de medidas o acciones preventivas para controlarlo).
- mayor de 6 Riesgo alto (exigiendo la toma de medidas o acciones preventivas para controlarlo e incluyéndolo como objetivo).

Como resultado se han obtenido los siguientes riesgos:

RIESGOS
CAIDAS
BRONCOASPIRACIÓN
ÚLCERAS POR PRESIÓN
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
ERRORES EN LA MEDICACIÓN

Tabla 3. Riesgos en la Unidad de Medicina Interna.

6.4.1 RIESGO DE CAIDAS

RIESGO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD	VALORACIÓN DEL RIESGO	OBJETIVO INDICADOR
CAIDAS	1 ✓ 2 3	1 ✓ 2 3	RIESGO MEDIO	Reducir el número total de caídas

Tabla 4. Riesgo de caídas

- **ACCIONES PREVENTIVAS:**

El objetivo principal consiste en fortalecer destrezas, competencias y desarrollar habilidades en todos los integrantes del equipo de salud, los pacientes y sus cuidadores para prevenir y reducir la frecuencia de caídas y disminuir aquellos efectos adversos derivados de las mismas.^{5,6}

A todo paciente que ingrese en el hospital se le realizará la valoración enfermera para detectar aquellos pacientes con riesgo de caída, según los factores de riesgo especificados en el diagnóstico enfermero “Riesgo de caídas”.

Las actividades de prevención se planifican de forma individualizada y relacionada con cada uno de los factores identificados. Estas actividades han de ser consideradas como la actividad prioritaria de los cuidados del paciente en relación con las caídas. Las medidas de prevención generales sobre los factores de riesgo extrínsecos deben planificarse y aplicarse a todos los/las pacientes hospitalizados/as desde el ingreso y a lo largo de su estancia. En caso de producirse una caída, la enfermera realizará una valoración del estado del paciente y posibles lesiones que se puedan haber producido, aplicará los cuidados pertinentes y avisará al facultativo responsable del paciente, en caso necesario, según su criterio. Evaluará la efectividad de las medidas aplicadas hasta ese momento y programará las intervenciones necesarias en relación con la prevención de caídas. De todo ello debe quedar constancia escrita en la historia clínica del paciente, tanto de las actividades de prevención como de las realizadas cuando se produce una caída y las posteriores actividades.⁶

FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECOS	
Relacionados con	Actividades Preventivas
Eliminación: Nicturia, Urgencia miccional Diarreas, Fármacos	Proporcionar, a menudo, ayuda para acudir al baño y recomendarle que orine en la botella durante la noche (pacientes varones). Colocar a los pacientes con incontinencia cerca de los baños. Vigilar a los pacientes que estén tomando laxantes y diuréticos. Recomendar a los pacientes masculinos orinar sentados. Disminuir el aporte de líquidos por la tarde, o a partir de las 19 horas y administrar los diuréticos por la mañana.
Medicación: la administración de los siguientes grupos de fármacos: Diuréticos, Hipoglucemiantes Antihipertensivos, Betabloqueantes Antiarrítmicos, Anticoagulantes Inotrópicos	Observar los efectos que producen en el paciente los medicamentos administrados e instruir a la familia / paciente acerca de las acciones y efectos esperados de la medicación.
Historia anterior de caídas N° Caídas último año	Conocer la historia previa de caídas e investigar y actuar sobre los factores desencadenantes.
Estado cognitivo Agitado, Confuso y Desorientado severo y leve	Observar las modificaciones en el estado de conciencia de los pacientes.
Déficits sensorceptivos Sordera, Ceguera Hipoacusia, Visión disminuida	Asegurar que el paciente lleve correctamente colocadas sus prótesis (gafas o audífonos) siempre que sea posible, proporcionándole ayuda si precisa para su colocación.

Déficits sensorio-perceptivos Sordera, Ceguera Hipoacusia, Visión disminuida	Asegurar que el paciente lleve correctamente colocadas sus prótesis (gafas o audífonos) siempre que sea posible, proporcionándole ayuda si precisa para su colocación. Tener en cuenta estas características de los pacientes tanto de los déficits sensorio-perceptivos como del estado físico y aplicar alternativas (apoyo familiar u otros).
Estado físico-dependencia -movilidad Deambula con ayuda Portadores de dispositivos externos Limitación de la movilidad Deambula inestable Mareos o síncope por alteraciones en la perfusión sanguínea	
Dificultades en la comprensión Limitación cognitiva, Idioma, Expresión	
Otros factores Enfermedad neurológica, cardíaca, respiratoria	

Tabla 5. Actividades preventivas para factores de riesgo intrínsecos.⁶

FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECOS	
Relacionados con	Actividades Preventivas
Cama Ausencia o mal estado de las barandillas de la cama, del freno de la cama Altura de la cama	Mantener la cama en la posición más baja posible excepto cuando se realice algún tipo de cuidado.
Habitación Iluminación deficiente Timbre de llamada (mal funcionamiento o alejado) Falta de pasamanos en la habitación Mobiliario inadecuado Desorden físico de la habitación Limitación del espacio físico, demasiadas camas por habitación	Evitar la presencia de objetos desordenados en el suelo de la habitación (mobiliario en su sitio, carros, sacos de ropa, cableado, alargaderas). Retirar muebles bajos que supongan un riesgo para la deambulación (tropiezos). Mantener el mobiliario siempre en buen estado (cama, sillas, mesillas). Seleccionar sillas/sillones adecuados con reposabrazos y una altura apropiada para poder levantarse y sentarse. Disponer de una iluminación adecuada para facilitar la visibilidad. Mantener la luz de emergencia de la habitación (o del baño) encendida durante la noche. Facilitar a los pacientes el acceso a timbres y luces. Comprobar siempre antes de abandonar la habitación que el paciente tiene a su alcance el timbre y los utensilios básicos que pueda necesitar (vaso para beber, botella para orinar). Bloquear las ruedas de las sillas, camas u otros dispositivos, especialmente en los desplazamientos y transferencias de pacientes. Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.

<p>Baños Servicio con mala accesibilidad, sin asideros y con limitación del espacio físico</p>	<p>Barras de seguridad de sujeción vertical en lugar de horizontal. Baños con ducha en vez de bañera. Suelo antideslizante. Timbre de llamada a mano.</p>
<p>Utensilios personales Ropa y calzado inadecuado</p>	<p>Establecer revisiones periódicas del estado de los andadores, bastones y sillas de ruedas de la unidad. Orientar a los pacientes y familiares en el uso de zapatillas cerradas y suela antideslizante.</p>
<p>Infraestructuras Suelo mojado deslizante. Organización inadecuada de la unidad en cuanto a recursos personales y / o materiales</p>	<p>Evitar suelos irregulares, mojados o resbaladizos; si de momento no es posible, señalar adecuadamente la zona. Valorar la inclusión de las mejoras en los correspondientes planes funcionales, obra nueva,...</p>
<p>Personal Personal insuficiente Falta de instrucción de la familia</p>	<p>Insistir en que paseen cuando haya algún familiar o personal disponible en pacientes de alto riesgo. Instruir a los pacientes para pedir ayuda cuando lo necesiten. Reevaluar las necesidades de instrucciones y acompañamiento familiar.</p>
<p>Gestión No cumplimiento del protocolo Índice de ocupación del servicio o unidad Duración de la estancia (19 días o más) Momento del día (cuando la capacidad observacional es baja, como por ejemplo: en la ducha, durante las comidas o fuera de los horarios de visita).</p>	<p>Aplicación y seguimiento del protocolo. Aplicar medidas extraordinarias de seguridad (acompañamiento familiar, vigilancia estrecha...) En el momento del alta, dejar reflejado en el informe de enfermería si el paciente continúa en riesgo de caída o ha sufrido alguna durante su ingreso. Reevaluar las necesidades de personal en relación con los pacientes de riesgo de acuerdo con la disponibilidad existente de personal.</p>

Tabla 6. Actividades preventivas para factores de riesgo extrínsecos.⁶

Por otro lado, existen una serie de actuaciones para la prevención en familiares. El principal objetivo es educar al paciente y a sus cuidadores en la prevención de caídas durante su estancia en el hospital y establecer unas medidas que les ayude a evitar también posibles accidentes a partir del momento del alta hospitalaria.⁶

- Consejos para el paciente durante el ingreso:
 - Indicarles que pidan ayuda cuando lo necesiten al personal hospitalario.
 - Informarles de la altura de las camas y la forma apropiada de levantarse.

- Aconsejarles que pidan ayuda para recoger los objetos que se les caigan.
- Recomendarles el uso de calzado adecuado, antideslizante y cerrado.
- Advertirles de los peligros de los suelos húmedos.
- Consejos para familiares y/o acompañantes durante el ingreso:
 - Solicitar la colaboración de los familiares y/o acompañantes en las medidas de prevención de caídas desarrolladas por el personal hospitalario y tratar de concienciarlos sobre las normas básicas a observar durante el ingreso del paciente.
 - Que pidan información sobre la actuación a seguir ante cualquier dispositivo colocado al paciente.
 - Que pidan información para acompañar al paciente al baño.
 - Que pidan información de la actuación a seguir ante las actividades que pueda realizar el paciente.
 - La necesidad de informar al personal sanitario de que la visita ha finalizado.

6.4.2 RIESGO DE BRONCOASPIRACIÓN

RIESGO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD	VALORACIÓN DEL RIESGO	OBJETIVO INDICADOR
BRONCO-ASPIRACIÓN	1	1	RIESGO ALTO	Disminuir el riesgo de broncoaspiración
	✓ 2	2		
	3	✓ 3		

Tabla 7. Riesgo de broncoaspiración

- **ACCIONES PREVENTIVAS:**

El principal objetivo consiste en disminuir el riesgo de aspiración en pacientes con dificultad en la deglución, con alimentación oral o con sonda enteral, así como prevenir las diferentes complicaciones que se puedan presentar y mejorar la nutrición.^{7,8}

- Medidas preventivas en pacientes con alimentación oral:
 - Valorar la tolerancia, empezando con gelatinas. Observar la dificultad para tragar, la causa del babeo, la presencia de comida en la garganta, molestias en la misma y tos durante y después de tragar.
 - Estrategia posturales. Buscar la verticalidad y simetría del paciente durante la ingesta, debe prestarse control de la respiración y del tono muscular. Sentado en posición erguida, hombros rectos, con 90° de flexión de cabeza y rodillas, los pies planos en el suelo o en un soporte, el tronco y la cabeza sobre la línea media, cabeza ligeramente flexionada y barbilla hacia abajo. Si el paciente está encamado, se colocará en posición de Fowler, con cabeza y cuello apoyado ligeramente flexionado.
 - Comprobar la ausencia de secreciones oro faríngeas (aspirar si precisa).
 - Verificar que el paciente esté en alerta y no está fatigado.
 - Evite el uso de pajitas, ya que dificulta el control de la velocidad y flujo de alimento administrado.
 - Cambios de volumen y viscosidad del bolo. La modificación en la textura de los líquidos es especialmente importante para asegurarse de que los pacientes con disfagia neurógena o asociada al envejecimiento estén adecuadamente hidratados sin que presenten aspiraciones.
 - Estrategia de incremento sensorial. La mayoría de las estrategias comprenden: estimulación mecánica de la lengua, modificaciones del bolo (volumen, temperatura y sabor) o la estimulación de los pilares faríngeos. Los sabores ácidos o las sustancias frías desencadenan el mecanismo de la deglución.
 - Técnicas neuromusculares, a fin de mejorar el control y la propulsión lingual mediante rehabilitación y técnicas de retroalimentación.
 - Maniobras deglutorias específicas. Se trata de maniobras que el paciente debe ser capaz de aprender y realizar de forma automática. La posibilidad de practicar una exploración de la deglución mediante videofluoroscopia permite seleccionar el tratamiento en función a la gravedad de las alteraciones de cada paciente.

- Medidas preventivas en pacientes con alimentación por sonda:
 - Mantener el respaldo de la cama elevado 30° durante la alimentación continua.
 - Preguntar o valorar signos de intolerancia gastrointestinal como: náuseas, sensación de plenitud, dolor abdominal, etc.
 - Mantener al paciente incorporado de 30 a 60 minutos después de la ingesta.
- Medidas preventivas de neumonía aspirativa:
 - Mantener al paciente en posición adecuada, sentado o semisentado.
 - Brindar higiene oral y buena hidratación bucal.
 - Lavarse las manos antes y después del contacto con el paciente.
 - Abandonar el hábito del tabaquismo.
 - Controlar adecuadamente el reflujo gastroesofágico.
 - Vacunas contra influenza y el neumococo.
 - Considerar que la sonda nasogástrica no evita la aspiración en pacientes con disfagia.

6.4.3 RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

RIESGO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD	VALORACIÓN DEL RIESGO	OBJETIVO INDICADOR
UPP	1	1	RIESGO ALTO	Reducir las UPP
	2	2		
	✓ 3	✓ 3		

Tabla 8. Riesgo de úlceras por presión

- **ACCIONES PREVENTIVAS:**

El objetivo consiste en mejorar los conocimientos sobre la valoración, prevención y tratamiento de las UPP y heridas crónicas. Y contribuir a la mejora de la seguridad de los pacientes disminuyendo la incidencia y prevalencia de UPP y heridas crónicas.⁹

- Movilización:

El objetivo para la mayoría de las personas es el mantenimiento de la actividad y de deambulaci3n. Cuando sea posible, invitar al paciente a movilizarse por s3 mismo a intervalos frecuentes, que permitan redistribuir el peso y la presi3n. Si existe potencial para mejorar la movilidad f3sica, inicie la rehabilitaci3n y considere la derivaci3n a fisioterapia.

- Cambios posturales:

Los cambios posturales permiten reducir la duraci3n y la magnitud de la presi3n sobre las zonas vulnerables del cuerpo. Presiones elevadas sobre prominencias 3seas durante un corto periodo de tiempo, y bajas presiones sobre prominencias 3seas durante un largo periodo de tiempo, resultan igualmente da3inas. Para reducir el riesgo del individuo de desarrollar 3lceras por presi3n, es importante reducir el tiempo y la cantidad de presi3n a los que est3 expuesto, por tanto, es muy importante realizar cambios posturales.

Como norma general, se recomienda realizar los cambios posturales alternando entre dec3bito lateral derecho, supino y lateral izquierdo, utilizando como posici3n dec3bito supino la de semi-Fowler de 30 grados. Es muy importante al movilizar a la persona, evitar la fricci3n y los movimientos de cizalla. Para ello debe considerarse:

- Utilizar una entremetida o s3bana travesera de algod3n suave, perfectamente estirada, sin arrugas al movilizar al paciente en la cama.

- Elevar la cabecera de la cama lo m3nimo posible (m3ximo 30°) y durante el menor tiempo posible.

- Para las posiciones de dec3bito lateral no sobrepase los 30° de lateralizaci3n, evitando apoyar el peso sobre los troc3nteres. Los pacientes con un dec3bito lateral de 90° tienen una tasa casi 4 veces superior de lesiones que los que est3n a 30°. Utilizar aparatos auxiliares para desplazar a los pacientes y reducir as3 la fricci3n y la cizalla. Elevar, no arrastrar, al individuo cuando se le est3 movilizand3.

- Si es necesario que el paciente se sienta en la cama, evitar una posici3n de hombros ca3dos y deslizamiento que provoque aumento de la presi3n o fricci3n y cizalla en el sacro y en el coxis.

- Protección local ante la presión:

Se pueden utilizar apósitos con capacidad para la reducción de la presión en prominencias óseas para prevenir la aparición de UPP. También los ácidos grasos hiperoxigenados junto con los apósitos con capacidad de manejo de la presión (espumas de poliuretano) pueden ser de gran utilidad. Debe realizarse una protección especial de los talones. Se puede utilizar una almohada debajo de las pantorrillas para elevar los talones (talones flotantes). No obstante, cuando dejemos el talón libre de presión, debemos evitar la caída del pie (pie equino), manteniendo el pie en ángulo recto con la pierna.

- Inspección de la piel: observar signos tales como: enrojecimiento, dolor, temperatura, variaciones de color y presencia de edema e induración.

- Siempre que sea posible hay que decirle a sus cuidadores o familiares que identifiquen zonas en las que sientan incomodidad o dolor. Hay evidencias que indican que en la zona donde se siente dolor existe mayor riesgo de que haya degradación de los tejidos.

- Variaciones de color o temperatura: la valoración en personas con piel oscura es difícil y como no será fácil encontrar enrojecimiento, debemos buscar coloraciones que no sean usuales (rojos, azules, morados).

- El edema y la induración han sido identificados como señales de advertencias del desarrollo de UPP. La piel puede estar en estas personas tersa y brillante.

- Aplicar Ácidos Grasos Hiperóxigenados (AGHO) en prominencias óseas, sin masajear.

- Valorar humedad excesiva: incontinencia, sudoración profusa, drenajes.

- Soporte nutricional:

Un buen soporte nutricional no sólo favorece la cicatrización de las úlceras por presión, sino que también puede evitar la aparición de éstas, al igual que complicaciones locales como la infección. La dieta debe ser sana, equilibrada e individualizada a las características de cada paciente, identificando posibles déficits nutricionales y corrigiéndolos al igual que evitando los excesos. Los pacientes con UPP están inmersos en un proceso metabólico catabólico como es el proceso de la cicatrización, por lo que sus necesidades proteico-calóricas e hídricas, así como de minerales, vitaminas y oligoelementos serán ligeramente

mayores con respecto a otros pacientes. El aporte proteico de la dieta puede incrementarse con un mayor consumo de carne, pescados, huevos, legumbres, cereales, etc.

6.4.4 RIESGO DE FALLO EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

RIESGO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD	VALORACIÓN DEL RIESGO	OBJETIVO INDICADOR
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	✓ 1 2 3	1 2 ✓ 3	RIESGO MEDIO	Identificación correcta del paciente

Tabla 9. Riesgo de fallo en la identificación del paciente.

- **ACCIONES PREVENTIVAS:**

Desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico en la identificación de los pacientes y las habilidades para la aplicación de prácticas seguras en todos los integrantes del equipo de salud con el fin de prevenir la presencia de errores en la atención y disminuir la posibilidad de eventos adversos relacionados.¹⁰

La identificación del paciente y su preparación para un tratamiento previsto es una actividad que se realiza de forma rutinaria. Existe una serie de procedimientos en la identificación de los pacientes en el momento de su ingreso al sistema y posteriormente en cada uno de los pasos involucrados del proceso de tratamiento.

- Prácticas seguras para evitar errores en la identificación del paciente:^{10,11}
 - En el servicio de admisión se obtendrán los datos del paciente que nos acredite su identidad: tarjeta sanitaria, DNI, NIF/NIE, etc. que nos permita obtener sus datos de filiación con certeza.
 - La verificación verbal de la identidad del paciente se deberá realizar durante todo el proceso de la atención sanitaria. Entendemos por verificación verbal el proceso mediante el cual el profesional sanitario o no sanitario comprueba la identidad del paciente preguntándole directamente a él el nombre, apellidos y fecha de nacimiento, siendo el paciente el que conteste a estos datos preferiblemente si es posible.

- Los pacientes portan de una etiqueta identificativa al ingreso, donde se señala el nombre y apellidos del paciente, fecha de nacimiento y número de historia clínica.
- La pulsera se debe colocar en un lugar visible del paciente, generalmente en la muñeca dominante, ya que es menos probable que se retire si el paciente necesita una vía de acceso periférico u otra técnica invasiva. Si no es posible, se coloca en la no dominante o en los tobillos.
- Diferentes tipos de etiquetas identificativas y de diferentes colores dependiendo de la situación de cada paciente: si es alérgico, si es candidato a transfusiones, si presenta riesgo de caídas o si ha presentado voluntades anticipadas, cada una de las etiquetas presenta un color diferente para su rápida identidad.
- Utilizar una tecnología como la identificación automatizada y captura de los datos (por ejemplo: sistema de código de barras, radiofrecuencia).
- Hacer énfasis en la responsabilidad principal de los trabajadores de la atención sanitaria de verificar la identidad de los pacientes y hacer coincidir los pacientes correctos con la atención correcta (por ejemplo, resultados de análisis de laboratorio, muestras, procedimientos) antes de administrar la atención.
- Fomentar el uso de, al menos, dos identificadores (por ejemplo, nombre y fecha de nacimiento) para verificar la identidad de un paciente en el momento de la admisión o de la transferencia a otro hospital o entorno de atención y previo a la administración de la atención.
- Se debe realizar de manera sistemática la comprobación de la identidad del paciente antes de practicarle cualquier maniobra o acto asistencial.
- Todos los pacientes atendidos en el hospital, será identificado por cualquier profesional sanitario o no sanitario que intervenga en cualquier momento de su asistencia.
- Cuando sea necesario realizar un traslado de pacientes intrahospitalario o interhospitalario, el profesional encargado de la

Unidad emisora del paciente verificará que va correctamente identificado verificando que la documentación que acompaña al paciente es la correcta. Comunicará a la unidad receptora del traslado del paciente en cuestión.

- El personal encargado de la Unidad que le recibe comprobará igualmente de manera activa y verbal con el propio paciente o acompañante si procede, la correcta identificación del paciente. Comprobará que los datos de la pulsera identificativa coinciden con el nombre, dos apellidos, fecha de nacimiento y DNI del paciente trasladado y lo verificará con el resto de la documentación que aporta.
- En caso de exitus se confirmará la etiqueta identificativa con el nombre, apellidos, fecha de nacimiento, Hª Clínica del paciente, y con la tarjeta identificativa.

6.4.5 RIESGO DE EROR EN LA MEDICACIÓN

RIESGO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD	VALORACIÓN DEL RIESGO	OBJETIVO INDICADOR
ERRORES DE MEDICACIÓN	1	1	RIESGO MEDIO	Disminuir los errores de la preparación y administración
	✓ 2	2		
	3	✓ 3		

Tabla 10. Riesgo de error en la medicación.

- **ACCIONES PREVENTIVAS:**

El principal objetivo es desarrollar y promover estrategias y recomendaciones dirigidas a todo el personal sanitario del Hospital, con el fin de prevenir o disminuir al mínimo la posibilidad de que ocurran eventos adversos por errores de medicación.

- Principales procesos y componentes del sistema de utilización de los medicamentos en el hospital y personas implicadas:¹²

PROCESO	PERSONA IMPLICADA
Adquisición-conservación y almacenaje	Equipo de farmacia
Prescripción -Evaluar la necesidad y seleccionar el Medicamento correcto. -Individualizar el régimen terapéutico -Establecer la respuesta terapéutica deseada	Médico
Validación -Revisar y validar la prescripción	Farmacéutico y Médico
Preparación y dispensación -Adquirir y almacenar los medicamentos -Procesar la prescripción -Elaborar / Preparar los medicamentos -Dispensar los medicamentos con regularidad	Farmacéutico y Auxiliar de Farmacia
Administración -Administrar la dosis correcta del medicamento correcto, al paciente correcto, a través de la vía correcta, en el momento correcto. -Informar al paciente sobre la medicación -Involucrar al paciente en la administración	Enfermera
Seguimiento -Monitorizar y documentar la respuesta del paciente -Identificar y notificar las reacciones adversas y los errores de medicación -Reevaluar la selección de medicamento, dosis, frecuencia y duración del tratamiento	Equipo al completo de la Unidad

*Tabla 11. Principales procesos y componentes del sistema de utilización de los medicamentos en el hospital y personas implicadas.*¹²

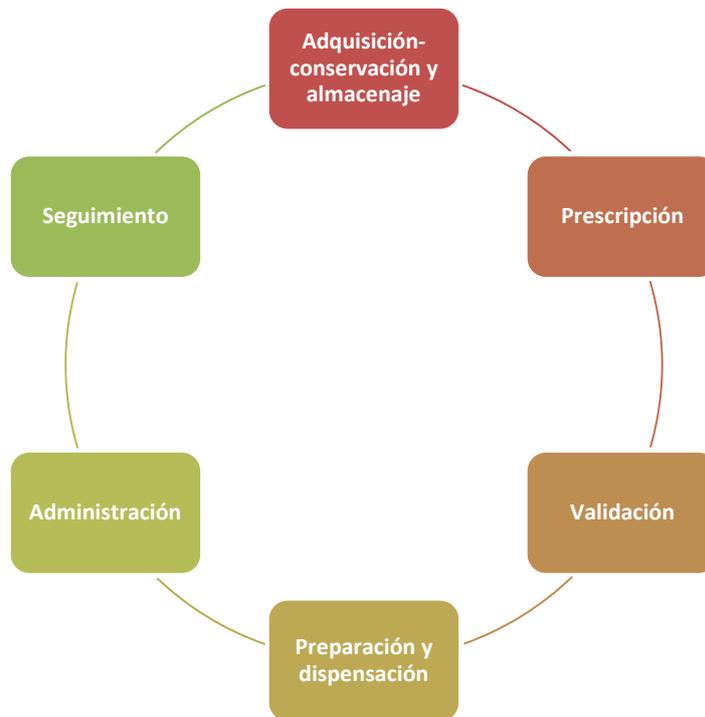


Figura 8. Circuito habitual de uso del medicamento.

A continuación, se proponen las siguientes estrategias:¹³

- Hacer énfasis entre los profesionales sanitarios del centro sobre la importancia de una identificación correcta del paciente. Incorporar protocolos sobre procedimientos de control y verificación de la identidad de los pacientes.
- Fomentar el uso de, como mínimo, dos identificadores del paciente (ninguno de estos dos tendría que corresponder al número de habitación).
- Estandarizar las medidas de identificación o implementación de tecnologías biométricas (opciones como brazaletes convencionales, brazaletes con código de barras o sistemas de radiofrecuencia).
- Identificar los fármacos de riesgo: Se tendría que priorizar la implantación de prácticas seguras con el fin de mejorar la utilización de estos fármacos.
- Seleccionar la forma farmacéutica más adecuada. Este punto puede ser tan importante como la misma selección del tratamiento, dado que puede haber problemas asociados a la administración de los medicamentos. En algunas ocasiones es necesario manipular la forma

galénica del medicamento y eso comporta unos riesgos asociados como son: errores de dosificación, pérdida de eficacia. Infra dosificación por destrucción de la cubierta entérica y destrucción del principio activo. Degradación del principio activo por exposición a la luz.

- Asegurar una administración correcta cuando haya que utilizar vías de administración especiales en algunos pacientes específicos como la vía subcutánea en cuidados paliativos, etc.
- Adecuar los horarios de administración.
- Sistema de distribución de medicamentos por dosis unitarias.
- Uso de bolsas de diferentes colores para facilitar la identificación de pacientes y camas.



7. CONCLUSIÓN

En esta memoria se resume la organización, estructura, y funcionamiento de la Unidad de Medicina Interna del Hospital Viamed San José. Así mismo, se ha identificado los principales riesgos que presentan los pacientes ingresados en la Unidad, ordenándolos de acuerdo a su probabilidad y gravedad. Finalmente se propone una serie de medidas preventivas para minimizar los mismos y reducir los efectos adversos de cada uno de los riesgos identificados.



8. BIBLIOGRAFÍA

1. Pazo-Cid RA. Itinerario formativo. Oncología médica año 2016-2017 [Internet]. Zaragoza, España: Servicio de oncología médica, Hospital universitario Miguel Servet; 2017 [citado 23 Jun 2017]. Disponible en: http://sectorzaragozados.salud.aragon.es/uploads/documentos/documentos_ONCOLOGIA_MEDICA_2016-2017_ccb0225f.pdf
2. Armstrong K, Keating NL, Landry M, Crotty BH, Phillips RS, Selker HP. Academic general internal medicine: a mission for the future. *J Gen Intern Med.* 2013; 28(6):845-51.
3. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
4. Carles Contel J. La atención integrada y el reto de la cronicidad. *Enfermería Clínica.* 2018;28(1):1-4.
5. Gaviria Uribe A, et al. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas. Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención a la salud". Minsalud.
6. Ablanedo Suárez JM, et al. Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería. Prevención de caídas de pacientes ingresados. Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. 2010.
7. Carrillo Nañez L, Muñoz Ayala MP, Carrillo Garcia PL. Aspiration pneumonia in the elderly patients. *Rev Soc Peru Med Interna.* 2013; vol 26 (2).
8. Aragón Gutierrez A, et al. Cuidados en la disfagia y prevención de la aspiración. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. 2010.
9. Barón Burgos MM, et al. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. 2015.
10. Gaviria Uribe A, et al. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales. Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Minsalud.
11. Guijarro Gonzalo MP, García Sanguino N, López Fernández MJ. Protocolo de identificación inequívoca de pacientes del Servicio Extremeño de Salud. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. 2017.
12. Carreño Reyes ME. Protocolo de medidas de prevención de errores de medicación. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisne Brousse. 2011.
13. Andrés Lázaro AM, Gómez Valent M, Hernández Hernández M. Prevención de errores de medicación en centros sociosanitarios. *Boletín de Prevención de Errores de Medicación de Catalunya.* 2017; Vol. 15, núm. 4.

9. INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Valores en los que se basa el hospital.

Figura 2. Tipología de paciente atendido en la planta de Medicina Interna.

Figura 3. Procesos de soporte para la Unidad de Medicina Interna.

Figura 4. Estándares de comunicación-información-jerarquías.

Figura 5. Circuito asistencial del paciente adscrito al Servicio de Medicina Interna.

Figura 6. MATRIZ DAFO.

Figura 7. Aspectos esenciales en el compromiso para la Seguridad del Paciente.

Figura 8. Circuito habitual de uso del medicamento

10. INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Matriz D.A.F.O.

Tabla 2. Líneas estratégicas y objetivos.

Tabla 3. Riesgos en la Unidad de Medicina Interna.

Tabla 4. Riesgo de caídas.

Tabla 5. Actividades preventivas para factores de riesgo intrínsecos.

Tabla 6. Actividades preventivas para factores de riesgo extrínsecos.

Tabla 7. Riesgo de broncoaspiración.

Tabla 8. Riesgo de úlceras por presión.

Tabla 9. Riesgo de fallo en la identificación del paciente.

Tabla 10. Riesgo de error en la medicación.

Tabla 11. Principales procesos y componentes del sistema de utilización de los medicamentos en el hospital y personas implicadas.

11. INDICE DE ABREVIATURAS

TFM: Trabajo Fin de Máster

TAC: Tomografía computarizada.

RMN: Resonancia Magnética.

BIG: Balones Intragástricos.

SEMI: Sociedad Española de Medicina Interna.

HIS: Sistema de Información Hospitalaria.

PAS: Presión Arterial Sistólica.

PAD: Presión Arterial Diastólica.

PAM: Presión Arterial Media.

FC: Frecuencia Cardiaca.

SATO2: Saturación de oxígeno

PCR: Parada cardiorrespiratoria.

RCP: Resucitación cardiopulmonar.

TCAE: Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

ICTUS: Accidente Cerebrovascular.

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

IRA: Insuficiencia Renal Aguda.

IRC: Insuficiencia Renal Crónica.

UPP: Úlcera por presión.

ACV: Accidente cerebrovascular.

ISO: Organización Internacional de Normalización.

UNE: Asociación Española de Normalización.

SMS: Servicio Murciano de Salud.

