



MASTER EN GESTIÓN SANITARIA

TRABAJO FIN DE MASTER

PROPUESTA DE MEJORA PARA LA SEGURIDAD DEL  
PACIENTE EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL  
HOSPITAL VEGA BAJA DE ORIHUELA

AUTORA: MARÍA JOSÉ SÁEZ GARCÍA

DIRECTOR: DR. JOAQUIN URIS

CO-DIRECTOR: DR. CARLOS PINTO

1.- INTRODUCCIÓN	1
1.1.- ASPECTOS LEGALES RELATIVOS A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	5
1.2.- LÍNEAS ESTRATÉGICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	6
2.- OBJETIVOS	7
3.- ANÁLISIS EXTERNO	8
4.- ANÁLISIS INTERNO DEL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA	9
4.1. INTRODUCCIÓN.	9
4.2.- DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN NEUMOLOGÍA	11
4.2.1.-CIRCUITO ASISTENCIAL	12
4.3.- ANÁLISIS DAFO DEL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA	13
5.-PROPUESTAS PARA LA MEJORA DEL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA	16
1.Propuesta de revisión y actualización de los protocolos existentes de enfermería de la unidad de Neumología.	16
2. Propuesta de cambio en los procesos de gestión de la medicación.	18
3. Fomentar el uso de las herramientas informáticas disponibles	19
4. Plan de comunicación a los profesionales	20
6.- CONCLUSIONES	21

## RESUMEN

Este Trabajo Fin de Máster (TFM) propone la elaboración de una propuesta de mejora para la seguridad del paciente en el servicio de Neumología del Hospital Vega Baja de Orihuela.

Esta propuesta recoge un análisis de la situación junto con los aspectos de la organización de la unidad y con propuestas de mejora futuras. Se ha realizado un análisis externo de los planes de seguridad del paciente del sistema sanitario nacional y del regional. El análisis interno ha supuesto una descripción pormenorizada de la unidad, tanto de espacio físico y recursos materiales como de recursos humanos y actividad asistencial.

Tras ambos análisis se ha realizado una matriz DAFO, destacando las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades, a partir del cual se inicia un proceso de identificación de propuestas de mejora de cara a plantear acciones que se podrían poner en marcha para aprovechar las oportunidades detectadas y luchar contra las amenazas teniendo conciencia de las debilidades y fortalezas.

Las propuestas de mejora planteadas en la memoria son cuatro:

1. Propuesta de revisión y actualización de los protocolos existentes de enfermería de la unidad de Neumología.
2. Propuesta de cambio en los procesos de gestión de la medicación.
3. Fomentar el uso de las herramientas informáticas disponibles
4. Plan de comunicación a los profesionales

## 1.- INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es considerada una de las prioridades de la asistencia sanitaria, la cual está condicionada por una serie de factores inherentes al sistema junto con actuaciones humanas que pueden llevar a la aparición de efectos adversos. La seguridad del paciente contribuye al alcance de la calidad en la asistencia sanitaria constituyendo, a su vez uno de sus atributos básicos junto, entre otros, a la eficiencia, la efectividad, la competencia, o la accesibilidad.

La calidad asistencial se puede definir y entender de diversos modos utilizando distintos términos y modelos. En nuestro trabajo, y por la amplitud de conceptos que engloban, anotamos la definición de la Organización Mundial de la Salud (WHO), y la enunciada por Avedis Donabedian.

Para la OMS, la calidad asistencial es *“Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios (humanos y de otros tipos) a estas necesidades de manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permite.”*<sup>1</sup>. Mientras que, para Avedis Doabedian la calidad de la atención sanitaria *“es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes.”*<sup>2</sup>

Una práctica sanitaria segura exige conseguir tres grandes objetivos:

1. Identificar qué procedimientos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces.
2. Asegurar que se apliquen a quien los necesita y, por último,
3. realizarlos correctamente y sin errores.

---

<sup>1</sup> WHO working group. The principles of quality assurance. Qual Assur Health Care 1989;1: 79-95.

<sup>2</sup> Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: Explorations in quality assessment and monitoring .Vol. I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan. 1980

A partir del informe del Instituto Americano de Medicina “*Errar es humano construyendo un sistema sanitario más seguro*”<sup>3</sup>, la seguridad del paciente se convierte en un tema capital dentro de la práctica asistencial. Este informe marca el inicio del desarrollo e implantación de políticas encaminadas hacia la seguridad del paciente.

Diversas entidades y organizaciones han trasladado la importancia de la seguridad del paciente y su forma de influir en las políticas sanitarias. Entre ellas encontramos a la Organización Mundial de la Salud (OMS) que pone en marcha, en 2004, la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente que tiene por objeto coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo, mediante la colaboración y la adopción de medidas entre los países miembros, además de la participación de expertos y ciudadanos.

Por otra parte, el NHS (Sistema Nacional de Salud Británico), a través de la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente (National Patient Safety Agency, NPSA) elaboró el proyecto denominado “Seven Steps to Patient Safety”<sup>4</sup>. Este documento constituye una guía de referencia para la planificación de estrategias, expuestas en siete pasos, dirigidas a obtener la máxima seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias y, por extensión, convertirlas en lugares más seguros.

Igualmente, organizaciones como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), han desarrollado proyectos, tales como el Programa de Calidad en la Atención y Seguridad del Paciente<sup>5</sup> de la OPS o el subgrupo de trabajo de indicadores homogéneos en seguridad del paciente, cuyo objetivo es que todos los países se puedan evaluar y comparar de manera similar en la aplicación de estrategias de seguridad del paciente<sup>6</sup>.

---

<sup>3</sup> Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, (editors). *To err is human: Building a safer health system*. Committee on Health Care in America. Institute of Medicine. National Academy Press (Washington D), pp. 1999.

<sup>4</sup> Seven Steps to Patient Safety. National Patient Safety Agency. NHS. 2004

<sup>5</sup> Organización Panamericana de la Salud. *Sistemas de notificación de incidentes en América Latina*. Washington, DC: OPS, 2013. *Calidad en Atención y Seguridad del Paciente*. Disponible: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=1530&Itemid=1557&lang=es56](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1530&Itemid=1557&lang=es56)

<sup>6</sup> OECD. *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing; 2013 Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en).

Por último, es interesante destacar la existencia a nivel internacional de la Patient Safety Movement Foundation, creada por el ingeniero norteamericano Joe Kiani en 2012, uno de cuyos objetivos es lograr “CERO muertes evitables de pacientes para el año 2020”<sup>7</sup>

En España se llevó a cabo en 2005 el estudio ENEAS (Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización)<sup>8</sup>. Estudio de cohortes retrospectivo cuyos objetivos, entre otros, eran:

1. Estimar la incidencia acumulada y densidad de incidencia de efectos adversos ocurridos en los hospitales.
2. Determinar la proporción de pacientes que reingresan por efectos adversos.
3. Determinar la proporción de efectos adversos que ocurren en el periodo pre-hospitalización.
4. Identificar y describir las causas inmediatas de los efectos adversos.

Los principales resultados obtenidos son:

- Se detectaron 1.063 pacientes con efectos adversos durante la hospitalización, siendo la incidencia de pacientes con efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria de 9,3%. La incidencia de pacientes con efectos adversos relacionados directamente con la asistencia hospitalaria (excluidos los de atención primaria, consultas externas y ocasionados por otro hospital ocasionados en otro hospital) fue de 8,4%.
- Hubo un total de 655 efectos adversos. El 45% (un total de 295 efectos adversos) se consideraron leves, el 39% (255) moderados y el 16% (105) graves.
- El 37,4% de los efectos adversos estaban relacionados con la medicación, las infecciones nosocomiales de cualquier tipo representaron el 25,3% del total de efectos adversos y un 25,0% estaban relacionados con problemas técnicos durante la ejecución de un procedimiento.

---

<sup>7</sup> <http://patientsafetymovement.org/?lang=es>

<sup>8</sup> Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Informe. Febrero 2006. Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp2.pdf](https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf)

- El 31,4% de los efectos adversos tuvieron como consecuencia un incremento de la estancia, y en un 24,4% el efecto adverso condicionó el ingreso (algunos pacientes que reingresaron por un evento adverso presentaron más de uno) y, por lo tanto, toda la hospitalización fue debida a éste.
- Del total de efectos adversos, en un 66,3% se precisó la realización de procedimientos adicionales (p.ej.: pruebas de radiodiagnóstico) y en un 69,9% de tratamientos adicionales (p.ej.: medicación, rehabilitación o cirugía).
- El 42,8% de los efectos adversos se consideró evitable, en función de los criterios prefijados. La gravedad de estos efectos adversos también se asoció a su evitabilidad, con lo que, los efectos adversos leves eran evitables en un 43,8 %, los moderados en un 42% y los graves en un 41,9 %.

Asimismo, los efectos adversos también han sido estudiados en otros ámbitos de la asistencia sanitaria. Como ejemplos sirvan el estudio EVADUR<sup>9</sup>, en los servicios de Urgencias y el APEAS<sup>10</sup> en los servicios de Atención Primaria.

El estudio EVADUR, realizado a partir de una muestra de 3854 pacientes atendidos en los servicios de urgencias concluye que un 12% de los pacientes atendidos sufren algún tipo de incidente o evento adverso. Los eventos adversos acaecidos tienen una elevada evitabilidad (70%), por lo que los autores recomiendan establecer medidas en el seguimiento para prevenir la aparición de eventos adversos.

El estudio APEAS, realizado sobre una muestra de 96.047 pacientes, informa de que la prevalencia de efectos adversos observada fue de un 11,18% de las consultas de atención primaria. El 47,8% de los efectos adversos estuvieron relacionados con la medicación, el 8,4% con las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria de cualquier tipo, el 10,6% con algún procedimiento y el 6,5% con los cuidados.

---

<sup>9</sup> Tomás Vecina, S.; Chanovas, M.; Roqueta, F.; Alcaraz, J.; Toranzo, T. EVADUR: Estudio sobre los eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Emergencias, Vol. 22, No 6 (2010)

<sup>10</sup> Estudio -APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; Informes, Estudios e Investigación 2008. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>

Como resultado de estos estudios se han establecido una serie de prácticas reconocidas para preservar la seguridad del paciente. Una de ellas, pilar básico en la seguridad del paciente, es la la identificación inequívoca del paciente. Un paciente no identificado correctamente puede correr una serie de riesgos innecesarios e importantes. Otra de las prácticas seguras es la del lavado de manos como principio fundamental en el control de las infecciones.

La administración de medicación es una de las actividades de la asistencia clínica que más riesgos tienen para la seguridad del paciente, y por ello, se ha de llevar un especial control y realizar los procedimientos necesarios para asegurarnos de que el medicamento prescrito es el adecuado para el paciente, de que la vía de administración es la correcta y de que el modo en el que se ha de administrar sea el preciso. Otra de las situaciones asistenciales relacionadas con la seguridad del paciente es la prevención de caídas y lesiones.

Los pacientes en el ámbito sanitario se exponen a un gran número de amenazas, por ello, se han de normalizar los procedimientos y reducir de este modo la variabilidad.

---

## 1.1.- ASPECTOS LEGALES RELATIVOS A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

En la Constitución Española de 1978 encontramos, de forma específica, en su artículo 43 el reconocimiento del derecho de la ciudadanía a una protección de la salud<sup>11</sup>. Igualmente, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, universaliza el derecho a la protección de la salud y la asistencia sanitaria a la población española<sup>12</sup>.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica<sup>13</sup>, aunque de manera más inespecífica, también aporta aspectos relacionados con la seguridad del paciente, tales como la custodia de la historia clínica o la obligatoriedad de solicitar los consentimientos informados.

---

<sup>11</sup> Sinopsis disponible en: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/sinopsis/sinopsis.jsp?art=43&tipo=2>

<sup>12</sup> Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499&p=20140328&tn=2>

<sup>13</sup> Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en su Capítulo VI, “*comunica los elementos que configuran la que se denomina infraestructura de la calidad, que comprende normas de calidad y seguridad, indicadores, guías de práctica clínica y registros de buenas prácticas y de acontecimientos adversos*”<sup>14</sup>.

Existen diversas formas de responsabilidad legal (civil, penal, administrativa o disciplinaria) en relación a la seguridad del paciente, en las que pueden verse involucrados tanto de forma directa como indirecta los profesionales sanitarios. Para que exista responsabilidad profesional es necesaria la existencia de una acción u omisión negligente, que se produzca un daño y que entre ambos exista una relación de causalidad. En la práctica médica el error puede ocurrir por la realización de acciones innecesarias, por la ejecución inadecuada de maniobras útiles y necesarias, o por la omisión de intervenciones benéficas. Los dos primeros son los llamados errores de comisión y el último de omisión.

---

## 1.2.- LÍNEAS ESTRATÉGICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

En la actualidad, en nuestro Sistema Nacional de Salud contamos con la Estrategia de Seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud del periodo 2015-2020, en la cual se desarrollan una serie de líneas estratégicas con diferentes objetivos<sup>15</sup>. La primera línea estratégica versa y tiene como objetivo general mejorar la cultura de seguridad, recursos humanos, organizativos y formación. La segunda trata sobre prácticas clínicas seguras, teniendo como objetivos generales, favorecer el uso seguro del medicamento, prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, implantación de prácticas seguras en cirugía y en los cuidados al paciente, la identificación inequívoca del paciente, la comunicación entre profesionales. En cuanto a la tercera línea estratégica se basa en la gestión del riesgo y en los sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes favoreciendo la implantación y desarrollo de sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria. En cuarto lugar, se desarrolla una línea

---

<sup>14</sup> Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>

<sup>15</sup> Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. 2016

para promover la participación de los pacientes y sus cuidadores en la seguridad del paciente. La quinta línea estratégica trata la investigación en seguridad del paciente, teniendo como objetivo general favorecer la mejora del conocimiento en la prevención del daño asociado con la atención sanitaria. Y en último lugar se desarrolla la línea sobre participación internacional impulsando la colaboración.

En sintonía con las estrategias ministeriales, la Comunidad Valenciana ha desarrollado a su vez el IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (2016-2020)<sup>16</sup>. En él se establecen una serie de estrategias que exponemos a continuación y que remedan, en ciertos aspectos, las propuestas por el Ministerio:

Línea 1: Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario, para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes.

Línea 2: Orientación hacia la cronicidad y hacia los resultados en salud para incrementar la esperanza de vida en buena salud.

Línea 3: Fortalecer la equidad y la igualdad de género, reducir las desigualdades en salud y fomentar la participación.

Línea 4: Cuidar la salud en todas las etapas de la vida.

Línea 5: Promover la salud en todos los entornos de la vida.

---

## **2.- OBJETIVOS**

El objetivo general de este trabajo consiste en la identificación de las principales actividades llevadas a cabo en la práctica asistencial realizadas en la unidad de Neumología del Hospital Vega Baja de Orihuela, y el impacto que tienen sobre la seguridad del paciente atendido. Como objetivo específico se proponen una serie de acciones basadas en la evidencia

---

<sup>16</sup> IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (2016-2020). Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. 1ª edición. 2016

científica, enfocadas a la reducción de los riesgos ligados a la práctica asistencial del mencionado servicio clínico.

---

### 3.- ANÁLISIS EXTERNO

La Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública presta sus servicios a una población de 4.934.032, según el último censo poblacional recogido por el INE en 2016<sup>17</sup>.

Centrándonos en los Departamentos de Salud próximos y comparables al Departamento de Salud de Orihuela en el que se encuentra el hospital de la Vega Baja, encontramos que éstos cubren una población a finales de 2015 de 188.729 habitantes en el Departamento de Salud de Torrevieja, 163.788 en el Departamento de Elche y por último, 165.788 habitantes en el Departamento de Salud de Orihuela. De acuerdo con la información encontrada en sus portales web sobre la seguridad de los pacientes, observamos que en el Departamento de Salud de Elche se siguen diferentes programas como “Bacteriemia Zero”, “Neumonía Zero”, “Check-list Quirúrgico”, “Manos Limpias”, “Identificación de Pacientes” y la “Utilización de SINEA (Sistema de Información de registro de Incidentes y Efectos Adversos)”, implantado por la Conselleria de Sanitat en todos sus departamentos de salud.

La web del Departamento de Salud de Torrevieja muestra el desarrollo de un Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del Grupo Ribera Salud 2011-2015. En el índice del mismo se muestra los programas en desarrollo e implantación, tales como el de “Higiene de Manos”, “Cirugía Segura”, “Prevención de Caídas”, “Bacteriemia Zero” y “Neumonía Zero”, “Administración Segura del Medicamento”, Prevención de las Úlceras por Presión, Administración segura de Componentes Sanguíneos y, por último, el de “Identificación Inequívoca del Paciente”.

En el Departamento de Salud de Orihuela se están desarrollando los programas de “Higiene de Manos”, “Prevención de Úlceras por Presión”, e “Infección Quirúrgica Zero”. Además, en la intranet del Departamento, y más concretamente en la página de la Unidad de

---

<sup>17</sup> Disponible en : <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=9681>

Calidad, se han editado una serie de recursos informativos sobre herramientas de la calidad, lista de verificación quirúrgica o una introducción a la seguridad del paciente.

---

#### **4.- ANÁLISIS INTERNO DEL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA**

##### **4.1. INTRODUCCIÓN.**

El Departamento de Salud de Orihuela se conforma organizativamente de la siguiente manera:

- 1 Hospital General de la Vega Baja situado en la pedanía de San Bartolomé, muy próxima a Orihuela. El hospital dispone de 336 camas asistenciales.
- 7 Centros de Salud: Albaterra, Almoradí, Bigastro, Callosa del Segura, Dolores, Orihuela 1 y Orihuela 2. De cada uno de ellos depende una serie de consultorios auxiliares, hasta un número de 30. Lo que indica que se trata de un área sanitaria con una elevada dispersión asistencial
- 1 Centro de Especialidades situado en la ciudad de Orihuela.
- Unidades de Apoyo:
  - Centros de Salud Reproductiva y Sexual.
  - Unidad de Conductas Adictivas.
  - Unidad de Odontología Preventiva.
  - Unidad de Prevención del Cáncer de mama.
  - Unidad de Rehabilitación.
  - Unidad de Salud Mental.
  - Unidad del Tabaco.

El Hospital Vega Baja de Orihuela, centro neurálgico de la atención especializada del Departamento de Salud de Orihuela, se estructura en dos plantas de hospitalización; una

planta baja y un sótano. Dispone, además de los servicios quirúrgicos de Cirugía General y Digestiva, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Urología, Oftalmología y Ginecología y Obstetricia, de los siguientes servicios médicos: Alergología, Anatomía Patológica, Cardiología, Dermatología, Diagnóstico por la Imagen, Digestivo, Endocrinología y Nutrición, Laboratorio, Microbiología, Medicina Interna, Neurología, Neumología, Odontología, Oncología, Pediatría, Psiquiatría, Reumatología y Urgencias.

Como todos los modelos de prestación de servicios sanitarios, el objetivo fundamental del Departamento de Salud es lograr diagnósticos correctos en los pacientes y usuarios demandantes de asistencia sanitaria, proporcionándoles, a su vez, tratamientos y cuidados adecuados a las determinadas situaciones clínicas que presentan. Para ello, el departamento dispone de un equipo humano multidisciplinar y muy cualificado que emplea los medios diagnósticos y terapéuticos adecuados siguiendo los principios de la evidencia científica disponible.

En la página web departamental encontramos la Misión, Visión y Valores que presiden las actividades asistenciales que se llevan a cabo, y que sintetizan lo expuesto en párrafos anteriores.

La Misión del Departamento es prestar una atención sanitaria integral, tanto en el ámbito de actuación primaria como en especializada, a través de actividades, de calidad y equidad, orientadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud. Satisfacer las necesidades y expectativas en el ámbito de la salud de la población, contando para ello con profesionales comprometidos y con sentido de pertenencia a la Organización. Favorecer la revisión y actualización de conocimientos, procesos, tecnologías y estructuras, gestionando los recursos disponibles con eficiencia, honestidad y transparencia.

La Visión consiste en que el departamento sea reconocido como una Organización modelo en el ámbito de la salud, con una población plenamente satisfecha en sus necesidades.

Por último los Valores que presiden todas las actividades son:

- Compromiso.
- Ética profesional.
- Humanización.

- Responsabilidad.
- Trabajo en equipo.
- Transparencia.

#### 4.2.- DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN NEUMOLOGÍA

Una unidad de hospitalización se puede definir como “la estructura física que facilita el óptimo uso de los recursos humanos y materiales, encaminados a la valoración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de aquellas personas que por su enfermedad requieran del ingreso en un centro hospitalario, para mejorar al máximo su estado de salud, o bien, posibilitar el apoyo suficiente a un proceso largo o fatal de su enfermedad.”<sup>18</sup>

La Unidad clínica de Neumología del Departamento de Salud de Orihuela está situada en la primera planta del Hospital Vega Baja, compartiendo su estructura con el Servicio de Medicina Interna., ocupando el ala sur. A ella se accede por escaleras o cuatro ascensores, dos de uso público y dos para personal por los que se traslada a los pacientes.

La unidad dispone de 14 habitaciones con un total de 26 camas. Todas cuentan con dos camas, mobiliario para dos pacientes y un baño compartido. Dos de las habitaciones disponen de un sistema de ventilación para aislamientos con presión negativa. El protocolo de ingreso en estas habitaciones obliga a que tan solo sea ocupada por un paciente que requiera, por su situación clínica, aislamiento respiratorio. Además, dispone de un control de Enfermería, sala de estar de Enfermería, sala de medicación y almacenamiento (con caja fuerte para la custodia y control de medicación opiácea) y un área de atención al público. Dadas las características de los pacientes ingresados, la unidad dispone de un almacén extra en el que se encuentra material específico para tratamiento y cuidados: gafas de oxígeno, alargaderas, drenajes, sondas. Por último, la unidad dispone de una sala de reuniones, ordenadores y archivo de historias clínicas en papel (también la historia clínica informatizada dentro del programa ORION).

---

<sup>18</sup> Echeandia Valencia B. Memoria trabajo jefatura de unidad de enfermería segunda general. Pamplona. 2007.

La unidad de hospitalización permanece abierta 24 horas, los 365 días del año y nuestros pacientes son atendidos por un equipo humano que se señala a continuación:

1. Enfermería:

- 7 a jornada completa con turno rodado. 1
- 1 en jornada completa con turno fijo de mañanas.
- 1 Responsable de Unidad con turno de mañana.

2. Auxiliares de Enfermería:

- 6 a jornada completa con turno rodado.
- 1 a jornada parcial.
- 1 jornada completa con turno fijo de mañanas.

3. Facultativos.

- 4 Neumólogos con la siguiente distribución de tareas:
  - 1 en consulta del centro de especialidades ya descrito.
  - 2 en planta
  - 1 en consultas externas realiza pruebas diagnósticas en el hospital.

#### 4.2.1.-CIRCUITO ASISTENCIAL

El flujo de pacientes en el servicio de Neumología está establecido del siguiente modo, disponiendo un diagrama de flujo en el Anexo 1:

- Paciente procedente de Urgencias, consultas externas o de forma programada ingresa en la planta de hospitalización previa asignación de cama vía telefónica entre personal de planta y administrativo.
- A su llegada se realiza la acogida del paciente, se instaura en su hueco y se identifica.

- Se avisa a facultativo de guardia, quien valora al paciente, realiza entrevista clínica, exploración. Prescribe órdenes farmacológicas y de cuidados y solicita/cursa las pruebas diagnósticas necesarias y/o interconsultas con especialidades que valore necesarias en ese momento.
- Una vez asignado médico al paciente, éste realiza su seguimiento durante el ingreso y modifica las veces necesarias tratamientos, solicita nuevas pruebas e interconsultas.
- Si no se produce una mejoría fisiológica del paciente tras la modificación y reajuste de tratamientos, se puede proceder al cambio de servicio al ajustarse las necesidades del paciente a otra especialidad medica. Cuando se produce un empeoramiento clínico no salvable se puede producir el éxitus del paciente.
- Cuando se produce mejoría clínica y se resuelve la causa por la que el paciente fue hospitalizado se procede al alta del paciente.

#### 4.3.- ANÁLISIS DAFO DEL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

##### Debilidades

El Servicio de Neumología dispone de pocos protocolos clínicos consensuados, no actualizados. Lo que conlleva una importante variabilidad asistencial, tanto en el ámbito de enfermería como de facultativos.

La rotación del personal, provocada por las necesidades del servicio, constituye otra de las debilidades observadas.

Por otra parte, existe una destacada resistencia al cambio de algunos de los componentes del equipo de trabajo, lo que dificulta la adopción de nuevas pautas de trabajo por parte del mismo.

El uso del papel en todos los trámites en lugar de la utilización de los sistemas informáticos disponibles, provoca errores (ilegibilidad) y extravíos de la documentación clínica.

Los turnos de tipo “rodado” dificultan el llevar a cabo reuniones periódicas del equipo de trabajo, lo que impide la realización de protocolos de trabajo condensados entre los trabajadores.

Se aprecia una baja utilización del programa SINEA.

#### Amenazas

La disminución de la financiación económica debida a la crisis económica

La proporción de profesionales/paciente se sitúa en ratios inferiores a los estandarizados.

Las profesiones como una barrera corporativa.

#### Fortalezas

El servicio dispone de un equipo multidisciplinar, muy experimentado y con una gran profesionalidad.

La relación profesional y personal entre sus miembros del equipo es bastante buena.

La asistencia clínica es considerada, desde el punto de vista de los resultados, muy buena.

El acceso directo al programa SINEA desde la intranet proporciona una mejora destacable para la seguridad del paciente.

#### Oportunidades

La instauración de líneas estratégicas en cuanto a la seguridad del paciente desde el gobierno central y autonómico.

La formación continuada de los profesionales es la mejor de las estrategias para cumplir con una asistencia de calidad.

La aplicación de nuevas tecnologías que facilitan la gestión de la seguridad del paciente.

La involucración de los pacientes y familiares en su propia seguridad y salud.

<p><b>DEBILIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Variabilidad clínica, escasa protocolarización.</li> <li>• Resistencia al cambio en parte de la plantilla. Poca flexibilidad.</li> <li>• Dificultad para realizar reuniones periódicas con todo el personal.</li> <li>• Rotación del personal.</li> <li>• Infranotificación de efectos adversos.</li> <li>• Uso de papel en todos los trámites.</li> <li>• Transcripciones de tratamientos, pruebas.</li> </ul>	<p><b>AMENAZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inadecuación de la proporción de profesionales.</li> <li>• Disminución de la financiación económica.</li> <li>• Recursos materiales limitados.</li> <li>• Mayor exigencia en la asistencia sanitaria.</li> <li>• Corporativismo profesional.</li> </ul>
<p><b>FORTALEZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores cualificados y con gran experiencia fijos.</li> <li>• Buena relación entre el equipo interdisciplinar.</li> <li>• Profesionalidad.</li> <li>• Equipo multidisciplinar de calidad.</li> <li>• Portal intranet con acceso directo a SINEAS.</li> </ul>	<p><b>OPORTUNIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Líneas estratégicas para la seguridad del paciente.</li> <li>• Formación continuada de los profesionales.</li> <li>• Involucración del paciente en su propia seguridad.</li> <li>• Plan de salud actualizado.</li> <li>• Herramientas de trabajo adecuadas.</li> </ul>

Imagen 1. Análisis DAFO

Después de realizar el análisis DAFO, y de hallar diferentes puntos en los cuales se puede ver comprometida la seguridad del paciente en el nuestro circuito asistencial del Servicio de Neumología, se destacan los siguientes aspectos:

- Durante el proceso de acogida e ingreso del paciente no contamos con ningún protocolo que indique las acciones que se han de llevar a cabo durante la instalación de éste en su habitación y las normas de identificación del paciente.
- La ausencia de protocolos en la mayoría de actividades asistenciales del equipo de enfermería aumenta la variabilidad en la práctica clínica.

- La indicación de tratamiento farmacológico y de cuidados se realiza de forma escrita en la hoja de tratamiento médico, de modo que hay que transcribir todo el tratamiento. Este procedimiento puede llevar a error, asociado también a la dificultad en la legibilidad de éstos.
  - La interconsulta y solicitud de pruebas diagnósticas se hace en formato papel y mediante traslado físico de toda la documentación por parte del personal de enfermería, lo que puede llevar a pérdida, extravío de las solicitudes y su posterior retraso en la realización de las mismas.
  - Los canales de comunicación utilizados entre los integrantes del equipo dificultan una adecuada transmisión de información, a pesar de la buena relación interdisciplinar.
- 

## **5.-PROPUESTAS PARA LA MEJORA DEL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA**

Siguiendo las líneas estratégicas desarrolladas en la Estrategia de Seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud del periodo 2015-2020, se proponen una serie de actuaciones que minimicen los riesgos relacionados con la seguridad del paciente. El plan de actuación propuesto se basa en cuatro pilares (Véase Anexo 2):

### **1.Propuesta de revisión y actualización de los protocolos existentes de enfermería de la unidad de Neumología.**

Para ello se creará un grupo de mejora. Los protocolos de enfermería constituyen uno de los pilares básicos que determinan el compromiso que los profesionales tienen en el desarrollo de los cuidados. Es preciso actualizar los protocolos con los cambios que ha habido y ofrecer así, una guía que disminuya la variabilidad en la práctica clínica. El protocolo asistencial está dirigido a organizar el trabajo y describe las pautas de actuación ante un tema concreto, paso a paso. Se adapta al entorno y al profesional que lo utiliza. Al ser un documento escrito proporciona un canal de comunicación estable entre el personal de enfermería, ayudando a la comunicación con el resto del equipo. Es a su vez un documento de enseñanza para la persona que se incorpore a una unidad. Los protocolos no sustituyen el

criterio del profesional, que tiene la capacidad de decidir cómo actuar ante circunstancias y situaciones del paciente al que va a cuidar.

La creación del grupo de mejora deberás seguir los siguientes pasos:

1. Desarrollar una sesión informativa del proyecto con el equipo de enfermería de la unidad.
2. Organizar un equipo.
3. Analizar y clarificar el proceso.
4. Estandarizar el proceso.
5. Recoger y representar los datos y observaciones.
6. Analizar las causas de variabilidad de los datos: Causas comunes y causas especiales de variación.
7. Establecer actuaciones de mejora.
8. Evaluar el impacto de las actuaciones.
9. Consolidar o modificar las actuaciones.

Las reuniones se realizarán cada mes.

Se presentará cronograma con fecha y protocolos asignados a cada grupo. Los protocolos recomendados para su elaboración/revisión son los siguientes:

- a) Acogida al ingreso en hospitalización.
- b) Cuidados de enfermería en el paciente con patología respiratoria.
- c) Protocolo de realización de gasometría arterial.

Las reuniones de revisión tendrán una duración aproximada de hora y media, se trabajará con el grupo tanto el protocolo asignado como la organización del trabajo a realizar, una vez finalizada se tendrá un mes para presentarlo revisado y actualizado en la siguiente reunión. Una vez llegados a consenso estos protocolos se expondrán a todos los profesionales

pertenecientes al servicio en una charla informativa, incluyendo mandos intermedios. Para ello se presentará un protocolo al mes, haciendo en total de tres charlas informativas y poder asegurar así la asistencia de todos los profesionales. El cronograma de la actividad lo encontramos en el Anexo 2.

La evaluación de la instauración de la propuesta la llevaremos a cabo a partir de

- Nivel de participación: control de asistencia a las sesiones grupales mediante hoja de firmas. El estándar fijado será como mínimo tres de los cuatro participantes, es decir un 75%.
- Elaboración actas de reuniones.
- Número de protocolos actualizados. Estándar 100%. El objetivo es valorar todos los protocolos programados en el diagrama y el tiempo adjudicado a cada uno de ellos es de tres meses por grupo.
- Encuesta de valoración, a la finalización del proceso y previa a la primera actualización, de los profesionales no incluidos en los grupos de trabajo de la unidad, podrán realizar aportaciones libres y se valorarán ideas de mejora tanto del protocolo como del proceso. Dicha encuesta será anónima y se entregará en el buzón que se instalará en la unidad.

## **2. Propuesta de cambio en los procesos de gestión de la medicación.**

Durante la práctica asistencial la mayoría de actividades se han de plasmar para que formen parte de la historia clínica del paciente y de ese modo se lleve un control. En nuestro caso, contamos con la transcripción de un lugar a otro de los tratamientos médicos, con lo que, el número de posibles errores aumenta de una forma importante. En el Anexo 3 contamos con una muestra.

El principal objetivo es reducir los errores en la transcripción de los tratamientos médicos y de cuidados de enfermería. Los objetivos específicos son cambiar el formato de administración de medicación utilizado por otro ya existente en el programa informático del hospital.

En primer lugar se ha de formar un grupo mejora, con el propósito de que conozcan a fondo todas las utilidades de la aplicación informática, en este grupo, idealmente, se debería contar con los profesionales inmersos en los cuidados del paciente, facultativo y equipo de enfermería al completo.

Una vez que el grupo de mejora esté formado se pone en marcha la inmersión de todo el equipo en la utilización del programa informático. Para ello se planifica una sesión con los profesionales de cada categoría por un lado, además, esta sesión se repetirá durante todo un mes, para ofrecer la posibilidad a todos de asistir.

Se procederá a su instauración durante un mes, en el que, las tres primeras semanas se podrá utilizar los dos formatos, mientras que en la cuarta se utilizará el formato digitalizado. Una vez pasado este mes de prueba se realizará una reunión voluntaria con todo el personal en la que se expondrán todos los problemas que han encontrado durante el uso del nuevo sistema y se resolverán dudas.

La evaluación de la instauración de la propuesta se llevará a cabo mediante:

- Nivel de participación: control de los profesionales que utilizan el nuevo modelo de tratamiento.
- Número de errores que se producen durante la instauración.
- Encuesta para conocer el nivel de dificultad del nuevo instrumento.

### **3. Fomentar el uso de las herramientas informáticas disponibles**

Disponemos de un programa informático en el que la mitad de la historia clínica de nuestros pacientes está informatizada y en el que, se dispone de una gran cantidad de herramientas que no se usan al 100% y a las que no se le sacan todo el partido. En el Anexo 4 encontramos como ejemplo las herramientas informáticas disponibles, a día de hoy, para la administración de medicación en el Servicio de Urgencias.

El principal objetivo es reducir toda la burocracia administrativa con la que nos topamos en el día a día en la práctica asistencial y de este modo, agilizar todos los trámites, pruebas y, en general, la estancia de nuestros pacientes. Los objetivos específicos son

proponer una serie de actividades y reuniones que faciliten el conocimiento por parte de todo el personal de las herramientas que poseemos.

En primer lugar, crear un grupo de trabajo en el que estén integrados informáticos, facultativos y enfermería. Se reunirán para realizar una revisión de las aplicaciones disponibles en el programa, en el caso de los informáticos serán los que expongan toda la oferta disponible.

Después se llevará a cabo una consulta a los profesionales acerca de las necesidades que tienen en los diferentes servicios. Una vez recogidas las impresiones de los profesionales, se procederá a hacer un acta y recoger todas ellas.

En una sesión de reunión se expondrán todas ellas y se llevará a cabo una técnica de grupo para establecer prioridades. Después de haber puesto en marcha el proyecto, se realizará una sesión informativa a dos niveles, para facultativos y por otro lado, enfermería de las aplicaciones que se disponen y enseñar su uso.

La evaluación se llevará a cabo mediante:

- Nivel de participación: control de los profesionales que utilizan las herramientas.
- - Encuesta para conocer el nivel de dificultad.

#### **4. Plan de comunicación a los profesionales**

La comunicación interprofesional es un aspecto muy importante de la práctica asistencial, y es que, para llevar a cabo el trabajo en equipo es necesario que haya comunicación. La comunicación adecuada entre los profesionales de la salud es reconocida como indispensable para un adecuado cuidado de los pacientes, y relacionando la deficiente comunicación con los errores médicos y la seguridad del paciente, la calidad de la atención, la eficacia y el rendimiento, así como con la satisfacción y el estrés de los profesionales, y la creación de entornos de trabajo saludables. Por ello, el objetivo es favorecer la comunicación en todas las direcciones. La formación de los mandos intermedios en habilidades comunicativas es el punto principal del plan de comunicación.

Se llevará a cabo esta formación por personal capacitado para ello y se realizará durante tres meses. Se realizará una sesión cada dos semanas, y en ellas, se establecerán los flujos de información que se encuentran en la planta de hospitalización y se darán nociones sobre el establecimiento de canales de comunicación diferentes a los habituales.

Una vez informados éstos, se procederá a la informar al resto de profesionales en diferentes sesiones a las que todos puedan acudir y de manera conjunta.

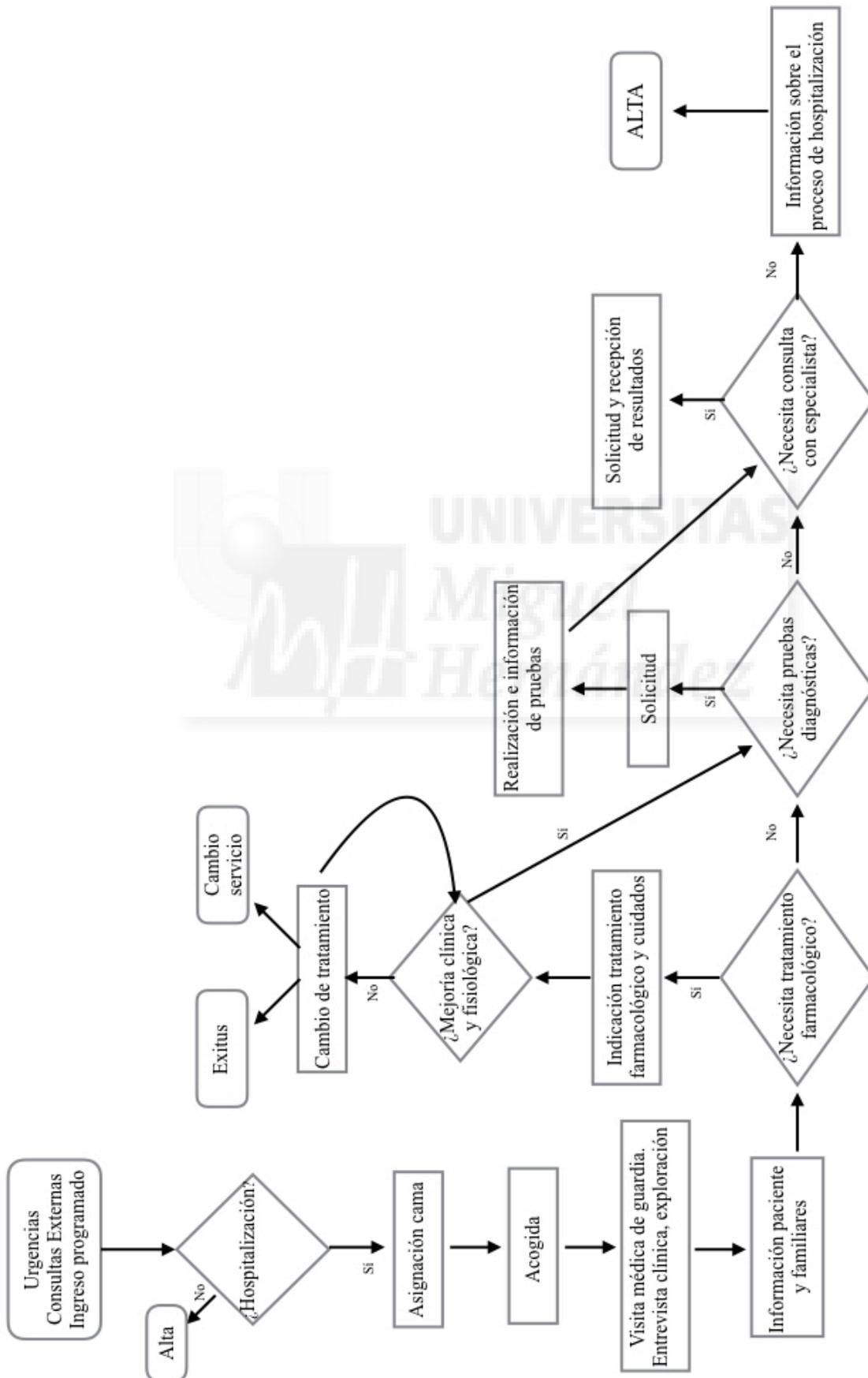
El modo de evaluar es recogiendo las impresiones de los diferentes profesionales al principio, justo después de realizar las charlas informativas y después, al realizar una segunda charla de refuerzo y donde se pueden expresar las distintas impresiones.

---

## **6.- CONCLUSIONES**

Como resultado del análisis DAFO llevado a cabo encontramos una serie de debilidades que sería conveniente abordar. La revisión del proceso asistencial para conseguir una mejora en la normalización de la practica clínica, sobre todo en el área de cuidados de enfermería, contando con el desarrollo de equipos de trabajo para potenciar la normalización de los procesos y el aseguramiento de métodos para la mejora continua de la calidad. La necesidad de mejora en el área de comunicación en general, interdisciplinar e intradisciplinar, pudiendo solventarse, en parte, con un plan de comunicación profesional y la implicación de todas las cadenas de mando, y por otro lado, mediante la potenciación del uso y desarrollo de las aplicaciones informáticas ya existentes, las cuales, aseguran la protección de la seguridad del paciente frente a errores y malinterpretaciones.

ANEXO 1



## ANEXO 2

		2017				2018		
		septiembre	octubre	noviembre	diciembre	enero	febrero	marzo
<b>Revisar y proponer una serie de de protocolos de enfermería de la unidad mediante la creación de un grupo de mejora.</b>								
	Sesión informativa. Creación del grupo, organización, clarificación y análisis del proceso. Estandarización del proceso.							
	1ª Reunión. Presentación de datos y observaciones recogidas. Análisis de las causas.							
	2ª Reunión. Constitución protocolos propios. Establecer actuaciones de mejora							
	3ª Reunión. Puesta a punto de todos los protocolos.							
	Protocolo de acogida al ingreso.							
	Protocolo Cuidados de enfermería al paciente con patología respiratoria.							
	Protocolo de realización gasometría arterial.							
	Evaluar el impacto de las actuaciones.							
	Consolidación o modificación de las actuaciones.							
<b>Proponer un cambio en los procesos de gestión de la medicación.</b>								
	Formación del grupo de mejora							
	Sesiones informativas para las diferentes categorías profesionales							
	Instauración del modelo							
	Reunión interprofesional para recoger opiniones							
<b>Fomentar el uso de las herramientas informáticas disponibles</b>								
	Reunión y creación grupo de trabajo							
	Consulta a los profesionales							
	Reunión del grupo para analizar datos							
	Reunion informativa a profesionales sobre las aplicaciones disponibles							
<b>Plan de comunicación a los profesionales</b>								
	Formación de mandos intermedios en habilidades de comunicación por expertos.							
	Reunión con todo el equipo de la unidad para establecer flujos de comunicación.							
	Reuniones periódicas de los profesionales de la planta de hospitalización.							

ANEXO 3

- INSTRUCCIONES:**
1. Escriba el nombre del paciente antes de ponerlo en la historia.
  2. Después de haber escrito la primera orden de medicamentos, envíe la hoja núm. 4 a la FARMACIA. Las hojas 3, 2 y 1 se usarán para órdenes subsiguientes.
  3. Tachar las líneas sin usar después de haber enviado la última copia a la farmacia. Principie un nuevo impreso y póngalo en la historia.
- ABAJÓ ESCRIBA LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE**



POSIBLE ALERGIA A ALGÚN MEDICAMENTO

HORA Y FECHA

NO USE ESTA HOJA A NO SER QUE

A-25  
ES  
LA  
ENFERMERIA

26-5-17	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Cefixim 500 mg / 12h</li> <li>2) Nixid que leve</li> <li>3) G3 en 1/2 h</li> <li>4) Tuzocap 100 mg / 12h</li> <li>5) Clarithromicina 500 mg / 12h</li> <li>6) Nebulizaciones con 100 mg / 12h</li> <li>7) Mysolin 100 mg / 12h</li> <li>8) Ceram 60 mg / 12h</li> <li>9) Pancreobin 200 mg / 12h</li> <li>10) Uribax 20 mg / 12h</li> <li>11) Pautipar 100 mg / 24h</li> <li>12) Mysolin 200 mg / 0-0-0-15</li> <li>13) Spirin 100 mg / 12h</li> <li>14) Fluides 1000 ml / 24h</li> </ul>	
29-5-17	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suspender Fluides</li> <li>- Levamisol 500 mg / 12h</li> <li>- Resti i</li> <li>- Nixid 200 mg / 12h</li> <li>- Nixid 1/2 comprimido / día</li> <li>- Resti i</li> </ul>	
30-5-17	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suspender claritromicina</li> <li>- Nixid 200 mg / 12h</li> <li>- Resti i</li> </ul>	
31-5-17	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sinclis levamisol 1000 mg / 12h</li> <li>- Berlips en 1/2 h</li> <li>- Nixid 100 mg / 12h</li> <li>- Resti i</li> <li>- Entasdes con migastol</li> </ul>	

USE BOLÍGRAFO SOLAMENTE

ENFERMERIA

SERVEI/SECCIÓ  
 SERVICIO/SECCIÓN  
 UBICACIÓ  
 UBICACIÓN  
 CONSULTA EXTERNA

*Neu*

CENTRE D'ESPECIALITATS  
 CENTRO DE ESPECIALIDADES  
 FULL NÚM.  
 HOJA NÚM.

**FULL D'INTERCONSULTA / HOJA DE INTERCONSULTA**

DEL CENTRE  
DEL CENTRO

AL CENTRE  
AL CENTRO

DEL SERVEI D  
DEL SERVICIO DE

*Neurologia*

AL SERVEI D  
AL SERVICIO DE

*psiquiatria*

PETICIÓ  
PETICIÓN

DATA  
FECHA

*6-6-17*

HORA

METGE  
MÉDICO

Ordinari  
 Ordinaria

Preferent  
 Preferente

DOMICILI  
DOMICILIO

MUNICIPI I C.P.  
MUNICIPIO Y C.P.

TELÈFON  
TELÉFONO

MOTIU DE CONSULTA  
MOTIVO DE CONSULTA

*Plè cau de Parkinson. Quins d'aprens  
retractiva conseqüència.*

DIAGNÒSTIC PROVISIONAL  
DIAGNÓSTICO PROVISIONAL

*Trys voler parir sense activitat a dues  
per 1000. Fran*

RESUM DE LA HISTÒRIA CLÍNICA  
RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA

*Su l'ha plè ustra col TEC paròdica.*

INFORME:

*Priguiatua: formentat e fronedio  
de "Delirium", 2<sup>a</sup> a farmacologia y e ftes  
2<sup>o</sup> de farmacos.*

*Ariado Priguiatua 25 aug 1-1-0*

*y 2 Insomnio: Distrauençie  
1 o 2 congu.*

DATA  
FECHA

*6-6-2017*

NOM DEL METGE  
NOMBRE DE MÉDICO

SIGNATURA  
FIRMA

ANEXO 4

Evolución de ...de enfermería × HCE Adm. Tto 02/03/2017 × HCE Adm. Tto 06/02/2017 × HCE Adm. Tto 27/12/2016 ×  
 Mostrados: 6. Actualizado a las: 19:03:49 el 05/06/2017

Información	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07
  <p><b>IPRATROPIO 0,5 MG + SALBUTAMOL 2,5 MG EN 5 ML / AMPOLLAS DE 5 ML / BUDESONIDA NEBULIZACION/INHALACION ORAL 200 MCG/1 PULSACION DE 200 DOSIS D:1 UD / 200 MCG NEBULIZADA</b> Frecuencia: Dosis Única F. inicio: 27/12/2016</p>									<input checked="" type="checkbox"/>															
  <p><b>METILPREDNISOLONA AMPOLLAS 20 MG/2 ML DE 2 ML D:60 MG = 6 ML PARENTERAL</b> Perfusión i.v Intermitente Frecuencia: Dosis Única <b>SODIO CLORURO FRASCOS PARA PERFUSION (0.9 G / 100 ML) DE 50 ML</b> Vel.: 2.5 ml/min Vol. 50 ml T. perf.: 00:20 h F. inicio: 27/12/2016</p>									<input checked="" type="checkbox"/>															
  <p><b>PARACETAMOL BOLSAS PARA PERFUSION 1000 MG/100 ML DE 100 ML D:1000 MG = 100 ML INTRAVENOSA</b> Perfusión i.v Intermitente Frecuencia: Dosis Única Vel.: 5 ml/min Vol. 100 ml T. perf.: 00:20 h F. inicio: 27/12/2016</p>									<input checked="" type="checkbox"/>															
  <p><b>NaCl 0,9%</b> <b>1000 ml</b> Velocidad: 500 ml/h Frecuencia: 24h Duración: 2 h F. inicio: 27/12/2016 Primera dosis: Volumen: 625 ml</p>									<input checked="" type="checkbox"/>															
  <p><b>Oxígeno</b> Método admin: Gafas nasales Fuente O2: Líquido Flujo: 2 l/m Duración oxígeno: 24 h F. inicio: 27/12/2016</p>									<input checked="" type="checkbox"/>															

Hora adminis...

Hora no ad...

Cantidad a r...

Observación...

Lote

MOTIVO

Fecha

Profesional

Observaciones

Paciente URGE

**Ficha**

HOSPITAL VEGA BAJA ORIHUELA

Antecedentes

Diags/Antec **Alergias** Hábitos

Familiar Social HFT

Avisos

Evolución de ...de enfermería × HCE Adm. Tto 02/03/2017 × HCE Adm. Tto 06/02/2017 ×

Mostrados: 6. Actualizado a las: 19:02:56 el 05/06/2017

	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07
<b>Información</b>																								
<b>NaCl 0,9%</b> 500 ml Velocidad: 500 ml/h Frecuencia: Dosis única Duración: 1 h F. inicio: 06/02/2017 Primera dosis: Volumen: 500 ml																								
<b>BIOQUÍMICA</b> Frecuencia: Dosis única F. inicio: 06/02/2017																								
<b>COAGULACIÓN</b> Frecuencia: Dosis única F. inicio: 06/02/2017																								
<b>ECG</b> Frecuencia: Dosis única F. inicio: 06/02/2017																								
<b>HEMOGRAMA</b> Frecuencia: Dosis única F. inicio: 06/02/2017																								

Hora administris... Hora real  
 Hora no ad... Motivo  
 Cantidad a r...  
 Observacion...

Fecha Profesional Observaciones

GFT Previsual. Imprimir Incid. farm. Confirmar Admin. todo Rec. todo