|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Elaboración: | Revisión  Técnico/Científica: | Revisión Calidad: | Aprobación: |
| **ERIK HANS LEON PATIÑO**  Coordinador médico UCI | **SANDRA FIGUEROA MARTÍNEZ**  Coordinadora de Calidad y Servicios de Apoyo | **CRISTIAN JIMÉNEZ QUINTERO**  Profesional de Calidad y Riesgos | **MAURICIO ENRÍQUEZ VELÁSQUEZ**  Director Ejecutivo |

1. **OBJETIVO**

Orientar la atención clínica segura del paciente crítico hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos de RED MEDICRON IPS, minimizando riesgos y promoviendo prácticas seguras durante su estancia hospitalaria.

1. **ALCANCE**

Aplica durante todo el proceso de atención del paciente crítico desde su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos hasta su egreso

1. **MATERIALES, EQUIPOS E INSUMOS**

* **RECURSO HUMANO:** Personal asistencial

1. **RIESGOS Y COMPLICACIONES**
   1. **Riesgos:**

* Fallas en la comunicación clínica (órdenes médicas incompletas, entregas de turno inadecuadas).
* Omisión en la identificación de riesgos al ingreso (riesgo de caídas, úlceras por presión, infección, trombosis venosa profunda, hemorragia digestiva).
* Error en la prescripción, preparación o administración de medicamentos de alto riesgo, o falta de monitoreo de efectos adversos.
* Manejo inadecuado del paciente con ventilación mecánica invasiva o no invasiva.
* Error diagnóstico o retraso en el diagnóstico oportuno.
* Selección inadecuada de estudios diagnósticos complementarios.
* Interpretación errónea de resultados clínicos o paraclínicos.
* Fallas en la instalación, cuidado o manejo de dispositivos invasivos (catéteres, tubos, sondas).
* Extracción accidental de dispositivos invasivos (tubos endotraqueales, catéteres centrales o periféricos, sondas, drenajes).
  1. **Complicaciones**
* Delirium secundario por enfermedad crítica, medicamentos, procedimientos o entorno hospitalario.
* Inestabilidad hemodinámica o respiratoria asociada a enfermedad de base.
* Infecciones asociadas a la condición inmunológica o patología de base.
* Progresión de falla orgánica múltiple por patología crítica.
* Agravamiento del cuadro clínico por evolución natural de la enfermedad.

1. **DEFINICIONES**

* **Una Unidad de Cuidado Intensivo (UCI**): Es una sección especializada de un hospital que provee un cuidado continuo e integral para personas críticamente enfermas con alto riesgo de morir, que pueden beneficiarse de un tratamiento.
* **Paciente crítico**: Se define por la existencia de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que puede comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte es una alternativa posible.
* **Apoyo vital:** Es toda técnica que aplicada al organismo puede sustituir la función fisiológica de un órgano, cuando su afectación ponga en peligro la vida. Ejemplo de técnica de apoyo vital: la ventilación mecánica y el sostén hemodinámico.
* **Coma:** Estado severo de pérdida de consciencia que puede resultar de una gran variedad de condiciones incluyendo las intoxicaciones, anomalías metabólicas, enfermedades del ictus, traumatismo craneoencefálico, convulsiones e hipoxia. Las causas metabólicas son las más frecuentes.
* **Estupor:** Conjunto de síntomas, cuyo principal elemento es una reducción o ausencia de las funciones de relación (habla y movilidad).
* **Confusión:** Incapacidad para pensar con la claridad y velocidad usuales, incluyendo el hecho de sentirse desorientado y tener dificultad para prestar atención, recordar y tomar decisiones.
* **Medicina intensiva:** Especialidad médica dedicada al suministro de soporte vital o de soporte a los sistemas orgánicos en los pacientes que están críticamente enfermos, y requieren monitorización intensiva
* **Síndrome:** En medicina, un síndrome (del griego syndromé, concurso) es un cuadro clínico o conjunto sintomático que presenta alguna enfermedad con cierto significado y que por sus características posee cierta identidad; es decir, un grupo significativo de síntomas y signos (datos semiológicos) que concurren en tiempo y forma y con variadas causas o etiologías. Como ejemplo: insuficiencia cardíaca, síndrome nefrótico e insuficiencia renal crónica, entre otras.
* **Medicina profiláctica:** Se conoce también como Medicina Preventiva. Está conformada por todas aquellas acciones de salud que tienen como objetivo prevenir la aparición de una enfermedad o estado «anormal» en el organismo.
* **Ventilación mecánica:** Es un procedimiento de respiración artificial que sustituye o ayuda temporalmente a la función ventilatoria de los músculos inspiratorios. No es una terapia, es una intervención de apoyo, una prótesis externa y temporal que ventila al paciente mientras se corrige el problema que provocó su instauración.
* **Seguridad del paciente:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
* **Atención en salud:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
* **Indicio de atención insegura:** un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
* **Evento adverso**: es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.
* **Evento adverso prevenible**: resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
* **Evento adverso no prevenible:** resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial

1. **MARCO LEGAL** 
   * + **Resolución 3100 de 2019: “**por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.
     + **Ley 23 de 1981:** “por lo cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica”.
     + **Manual ambulatorio y hospitalario de acreditación.**
2. **DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES**

**IMPORTANCIA DE TRABAJAR EN LA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO.**

Cerca de 98000 pacientes mueren cada año por un error humano dentro de las áreas de cuidado crítico, Un evento adverso es una situación inesperada, lesiva para el paciente producto de la relación de éste con el equipo de salud, el contexto de la atención en salud, la actividad y la condición humana. La aparición de un suceso de este tipo condiciona negativamente la calidad, La complejidad y gravedad de los pacientes, las múltiples interacciones que se presentan entre el paciente y los diferentes profesionales y auxiliares, la frecuencia de procedimientos que se realizan como apoyo al diagnóstico y procedimientos terapéuticos invasivos y no invasivos, la utilización de múltiples medicamentos, el estrés y la fatiga, la necesidad de una comunicación continua y estrecha entre los diferentes actores de la prestación del servicio y entre familiares, entre otros, hacen que los pacientes críticos se encuentren en un ambiente de alto riesgo para la ocurrencia de diferentes eventos adversos.

Es así como los servicios de medicina intensiva se dedican a recuperar pacientes en estado crítico, por medio de personal de salud muy calificado, que requiere unas competencias profesionales y humanas especiales que les permitan desenvolverse en situaciones de alto estrés eficazmente, con la mínima exposición del paciente a riesgos extra de su propia condición que la hagan más crítica, además por las consecuencias que trae la presencia de eventos adversos ya que aumentan la morbimortalidad de los pacientes, generan aumento en tiempos de estancia, eleva costos de tratamiento, produce sentimientos de desesperanza, angustia, estrés, tanto a todo el personal que participa del cuidado del paciente, como al mismo paciente y su familia.

Entre los eventos que se presentan con mayor frecuencia en las unidades de cuidado intensivo están:

* Hemorragia digestiva en pacientes críticos.
* Neumonía asociada al ventilador.
* Bacteriemia asociada a catéter central
* Infección urinaria asociada a sonda vesical.
* Ulceras por presión-- Bronco aspiración.
* Neumotórax por catéter.

**PRÁCTICAS SEGURAS (BARRERAS Y DEFENSAS) MÁS EFICACES**

* Mejorar la comunicación del equipo de atención en salud y del equipo con el paciente
* Trabajo en equipo eficiente buscando un objetivo común en medio de un ambiente complejo
* Un equipo entrenado en el mejor uso de los recursos disponibles para mejorar sus relaciones
* Evaluación inicial de riesgos del paciente
* Contar con formatos de evaluación de riesgos, realizarla de forma sistemática y por personal entrenado
* Diligenciar adecuados registros en historia clínica especialmente de los factores de riesgo
* Uso de protocolos de manejo,
* Definición de tareas de las personas
* La notificación del análisis y la retroalimentación del evento adverso al equipo de trabajo.
* Enfatizar en la cultura de discutir los errores y las prácticas de seguridad abiertamente entre los miembros del equipo de trabajo en la UCI, favorece un ambiente libre de miedo para hablar, compartir opiniones y preguntar.
* Capacitación continua y actualización de todo el personal en temáticas propias del cuidado y tratamiento del paciente crítico
* Realizar entrenamiento y evaluación periódica de las habilidades del personal en las diferentes áreas
* Estandarización de las guías de manejo

**MECANISMOS DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO**

* Sistemas de auditoría de historias clínicas u otros registros clínicos que permiten conocer la frecuencia de los problemas de seguridad y, en algunas ocasiones las causas.
* Uso de Indicadores interpretados no solamente como herramientas de control del trabajo, sino como un sistema de autoevaluación que permite analizar que hacemos y como lo hacemos y cuáles son los aspectos a mejorar, cambiar o reforzar

# **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

* Clemente F, Rodríguez J, Rodríguez J. (octubre, 2018). *Factores que favorecen el reingreso en intensivos de pacientes con síndrome coronario agudo*. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000400036>
* Paquetes instruccionales -Guia técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud

1. **ANEXOS**

**ANEXO1** GUIA PARA EVITAR NEUMONÍAS ASOCIADAS A VENTILACIOÓN MECÁNICA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **QUÉ** | **DESCRIPCION DE ACTIVIDAD** | **RESPONSABLE** | **CUÁNDO** |
| Formación y entrenamiento apropiado en el manejo de la vía aérea | -Disponer de un programa de formación para la actualización del personal en  los conocimientos relativos a la seguridad de los pacientes y calidad del servicio.  -Socialización. Aplicación y evaluación de adherencia a protocolo de lavado de manos previo a manejo de vía aérea  -Establecer guía y registro en historia clínica para el seguimiento a revisión y control del neumotaponamiento y mantener la presión entre 20-30 cm H2O, para evitar riesgos para el paciente | Enfermero coordinador de UCI  Coordinador médico de UCI  Equipo asistencial de UCI | Permanente |
| Higiene estricta de manos en el manejo de la vía aérea | -La higiene de las manos es una de las medidas más eficaces e importantes para la prevención de cualquier infección asociada a dispositivos.  -Aplicar protocolo de lavado de manos y 5 momentos | Equipo asistencial de UCI | Permanente |
| Control y mantenimiento de la presión del neumotaponamiento por encima de 20 cmH2O | -Control y mantenimiento de la  presión del neumotaponamiento  entre 20-30 cm H2O  \*Presión neumotaponamiento  < 20 cm H2O: Riesgo NAV  \*Presión neumotaponamiento  > 30 cm H2O: Lesiones mucosa traqueal | Equipo asistencial de UCI | Según necesidad |
| Higiene bucal cada 6-8 horas utilizando Clorhexidina (0,12-0,2%) | -La higiene bucal del paciente con VM contribuye a disminuir la incidencia de NAV  -El uso de clorhexidina favorece la reducción de la neumonía nosocomial  en pacientes intubados > 24 horas intervenidos de cirugía cardiaca  -Una higiene bucal adecuada previene la colonización orofaríngea y gástrica  Previo a la higiene bucal, control de la presión de neumotaponamiento > 20 cm H2O  -Mantener la cabecera elevada para realizar la higiene bucal  -Realizar un lavado de la cavidad bucal de forma exhaustiva, por todas las zonas (encias, lengua, paladar etc.) irrigando la cavidad bucal mediante una jeringa con clorhexidina 0,12-0.2%, aspirando posteriormente  -Frecuencia de la higiene bucal c/ 6-8 horas | Personal de enfermería | Según necesidad |
| Evitar, siempre que sea posible, la posición de decúbito supino a 0º | -Favorecer la posición semincorporada siempre que sea posible y evitar la posición de decúbito supino a 0ºC  -Mantener la cabecera de la cama elevada 30-45º, sobre todo en los pacientes con nutrición enteral, salvo contraindicación de salud, Comprobar tras los cambios posturales. | Personal de enfermería | Permanente |
| Favorecer todos los procedimientos que permitan disminuir de  forma segura la intubación y/o su duración | -Implementación de procedimientos  destinados a disminuir el tiempo de  ventilación mecánica  -Valoración diaria de la retirada de la sedación, en pacientes estables  -Valoración diaria de la posibilidad de extubación  -Uso de protocolos de desconexión de la  ventilación mecánica  -Uso de VM no invasiva cuando este indicado | Personal especialista | Diario |
| Evitar los cambios programados de las tubuladuras, humidificadores y tubos traqueales | -No realizar cambios rutinarios de tubuladuras ni tubos endotraqueales  -No se aconseja el cambio de intercambiadores de calor y humedad antes de 48 horas, excepto si está sucio | Personal especialista | Diario |
| Aspiración continua de secreciones subglóticas | El tubo endotraqueal dispone de un orificio  dorsal por encima del balón de neumotaponamiento que permite aspirar  las secreciones traqueales que se  acumulan en el espacio subglótico del  paciente.  -Se realizará aspiración de secreciones subglóticas de manera continua o intermitente mediante un sistema de aspiración que conduzca las secreciones a un reservorio  -La presión de aspiración recomendable no debe superar los 100 mmHg  -Verificar la permeabilidad del canal  subglotico cada 8 horas. Si no esta  permeable, se puede inyectar a través  del canal 2 cc de aire, previa  -comprobación de la presión del balón | Fisioterapia | Diario |

**ANEXO 2** GUÍA PARA REPORTE DE SEGURIDAD EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **QUÉ** | **DESCRIPCION DE ACTIVIDAD** | **RESPONSABLE** | **CUÁNDO** |
| Análisis y seguimiento a actos inseguros | Realizar reuniones periódicas del equipo de la UCI para analizar con un enfoque sistémico los incidentes de seguridad que hayan ocurrido en la UCI y, especialmente, para establecer las medidas de prevención pertinentes. | Coordinador de enfermería y coordinador médico, | Según necesidad |
| Establecer riesgos que se puedan presentar y determinar estrategias para minimizarlos | Realizar un análisis de riesgos proactivo (Análisis a Modo de Fallo y Efecto, AMFE) de aquellos procedimientos que puedan suponer un mayor riesgo en la UCI, con el fin de identificar los posibles riesgos de fallos que puedan existir e implantar medidas preventivas para evitar o mitigar su aparición. Se recomienda efectuar al menos un análisis al año proactivo y siempre que se introduzca una nueva técnica o procedimiento de riesgo | Coordinador de enfermería y coordinador médico  Líder de seguridad del paciente  Equipo asistencial UCI | Seguimiento trimestral |
| Establecer estrategias para recordar temas de seguridad del paciente y discusión sobre los mismos | Fomentar el flujo de comunicación a temas de seguridad de pacientes, incluyendo regularmente la discusión sobre incidencias de seguridad registradas y la revisión de temas de seguridad del paciente en las reuniones y sesiones cortas de seguridad diarias donde se recuerdan tips para la seguridad del paciente | Coordinador de enfermería y coordinador médico  Líder de seguridad del paciente  Equipo asistencial UCI | Diario |
| Contar con protocolos y guías actualizados | Actualizar regularmente la información sobre seguridad del paciente y sobre prácticas basadas en la evidencia científica que hayan sido eficaces en la reducción de errores, con el fin de valorar la introducción de nuevas medidas que puedan ser útiles y establecer mejoras continuas en la seguridad de los pacientes atendidos en  la UCI. | Coordinador de enfermería y coordinador médico  Líder de seguridad del paciente  Equipo asistencial UCI | Diario |

**ANEXO 3** GUIA PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL MOMENTO DEL ALTA HOSPITALARIA Y MINIMIZAR REINGRESOS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **QUÉ** | **DESCRIPCION DE ACTIVIDAD** | **RESPONSABLE** | **CUÁNDO** |
| La planificación del alta. | Definir conducta a partir de parámetros clínicos establecidos en guías de práctica clínica que permitan establecer la mejora del paciente | Medico intensivista | En el momento que se requiera |
| Identificar los laboratorios u otras pruebas cuyos resultados finales siguen pendientes en el momento del alta. | Revisar historia clínica y establecer pendientes antes del alta del paciente. | Médico general | En el momento que se requiera |
| Mejorar la comunicación de las pruebas de laboratorio pendientes al alta. | \*Designar como responsable del seguimiento de los laboratorios pendientes al médico general de turno  \*Contar con Una lista de los resultados de todas las pruebas que se le han realizado al paciente.  \*Comunicarse con laboratorio o radiología para solicitar resultados pendientes y valorarlos antes del alta hospitalaria.  \*Explicar los resultados de los exámenes al paciente y su familia. Si los resultados  no están disponibles al momento del alta, explique cuándo y dónde pueden recibirlos y registrar en historia clínica. | Médico general | En el momento que se requiera |
| Registro clínico completo y acorde a condición clínica del paciente | Epicrisis completas que incluyan información administrativa y médica importante, resultados de las pruebas importantes | Personal médico y especialistas  Personal asistencial | En el momento que se requiera |
| Determinar las condiciones de reingresos hospitalarias. | •Reingreso según patología.  •Reingreso según médico que dio el alta.  •Reingreso a diferentes periodos de tiempo. Evaluar los reingresos a los 7,30, 60 y 90 días.  Los periodos de tiempo cortos pueden reflejar fallas en el proceso de atención intrahospitalario y los periodos de tiempo largos reflejan fallas en el  proceso de atención ambulatorio. | Coordinador de enfermería  Coordinador médico | Mensual |
| Seguimiento a pacientes con alta de UCI, para determinar secuelas permanentes y evitar re ingresos por barreras administrativas o cuidados en el hogar | Definir plantilla para seguimiento a pacientes y en conjunto con trabajo social apoyar al paciente en gestiones necesarias | Coordinador de enfermería  Trabajadora social | Semanal |