

PROTOCOLOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS A LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

HOSPITAL GMO GRANT BENAVENTE

SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Manejo Ficha Clínica

Documento único e individual para cada paciente. Institucionalmente se configura en dos formatos (electrónico y papel), enlazados por el N° de RUT del paciente.


Formato Electrónico

Para acceder a la ficha clínica formato electrónico se hace a través de un usuario y clave individual e intransferible.

Formato Papel

Para acceder a ficha clínica en formato papel se hace a través de un procedimiento administrativo definido por SOME.

Es obligación del profesional que realiza la atención, **registrar la identificación del servicio donde se atendió el paciente, como también el nombre y firma de quien lo atendió**. Recordar además que la ficha contiene información sensible de cada paciente.

	HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL "DR. GUILLERMO GRANT BENAVENTE"	Código: PT-REG1.1-HGGB-V Edición: 7 Fecha: Noviembre 2019 Página 1 de 13 Vigencia: Noviembre 2021
---	--	---

PROTOCOLO DE MANEJO DE FICHA CLINICA

HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DR. GUILLERMO GRANT BENAVENTE

REG 1.1

VIGENCIA: Noviembre 2019 – Noviembre 2024

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Equipo Colaborativo	Dr. Luis Claudio Novembiola Subdirector de Gestión y Seguridad del Paciente	Carlos Capurro Díaz Ingeniero Civil Industrial Director
	Dr. Boris Oportus Ortiz Subdirector Médico	
Fecha: Noviembre 2019	Fecha: Noviembre 2019	Fecha: Noviembre 2019

Protocolo Identificación de Pacientes

Identificación del Paciente:

Procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.

Política institucional de
calidad



Identificar al 100% de los
pacientes hospitalizados

	HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DR. GUILLERMO GRANT BENAVENTE	Código: PR-GCL1.12-HGGB-V4 Edición: 5 Fecha: Diciembre 2015 Páginas: 1 de 20 Vigencia: Diciembre 2020
PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES		

PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DR. GUILLERMO GRANT
BENAVENTE

GCL 1.12

VIGENCIA: Diciembre 2015 – 2020

<p>Elaborado Por: <i>[Signature]</i> E.U. Ivonne Brenes V. Supervisora Unidad de Emergencia</p> <p>Revisado Por: <i>[Signature]</i> E.U. Paulina Serra S. Oficina Calidad y Seguridad del Paciente</p> <p>Revisado Por: <i>[Signature]</i> Mat. Susana Escobar Burgos Subj. visora S. de Neonatología</p> <p>Revisado Por: <i>[Signature]</i> Mat. Claudia S. Neonatología.</p> <p>Revisado Por: <i>[Signature]</i> E.U. Patricia Arcestra S. Enfermera S. Neonatología.</p> <p>Diciembre 2015</p>	<p>Revisado Por: <i>[Signature]</i> SUB DIRECTORA DE ENFERMERIA E.U. Carolina Verón Vasquez SBEC</p> <p>Revisado Por: <i>[Signature]</i> ADMINISTRADORA DEL CUADRO DE ENFERMERIA YANIELA VALLEJO G. Administradora de los Cuidados de Matroneria.</p> <p>Revisado Por: <i>[Signature]</i> Dr. Luis Gallo Norambuena Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente</p> <p>Diciembre 2015</p>	<p>Aprobado Por: <i>[Signature]</i> DIRECTOR Dr. Sergio Ojeda Santana Director Hospital Clínico Dr. Guillermo Grant Benavente.</p> <p>Diciembre 2015</p>
---	--	--

Protocolo Identificación de Pacientes

Identificación del Paciente



Brazalete de Identificación



Lámina blanca de polipropileno

Para impresión térmica directa

Con recubrimiento antibacteriano

Resistente al agua

Antialérgico

Apirógeno

Cierre adhesivo

Duración media de 15 días

Protocolo Identificación de Pacientes

Datos Mínimos

- 2 Nombres (en caso de un nombre el espacio correspondiente queda en blanco).
- 2 Apellidos (en caso de pacientes con un apellido se agrega el guion entre paréntesis → (-)).
- RUT (si no tiene RUT: N° FC o N° Folio de hospitalización).

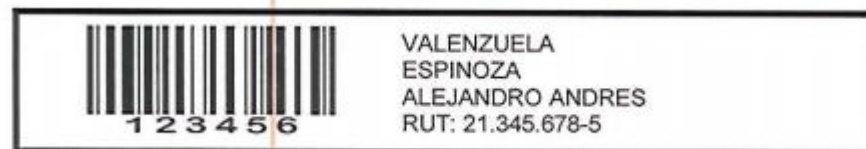
 1 2 3 4 5 6	VALENZUELA ESPINOZA ALEJANDRO ANDRES RUT: 21.345.678-5
--	---

 1 2 3 4 5 6	NN Folio: 15-2063
--	----------------------

Protocolo Identificación de Pacientes

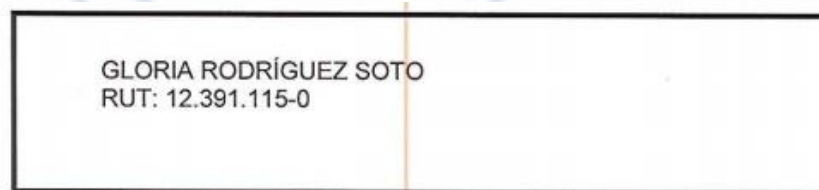
Pacientes Trans

- Puede ser identificado con el nombre social (con el cual la persona se identifica) o con el nombre legal.



Identificación “doble” :

- 1) Brazaletes impresos con datos legales y
- 2) Brazaletes de llenado manual (1 nombre, 2 apellidos otorgados por paciente y RUT).



Protocolo Identificación de Pacientes

Instalación

- Muñecas o tobillos.
- Cuello (collar con venda gasa).
- Doble brazalete impreso (pacientes obesos).

Retiro

- En domicilio.

Reimpresión

- Nómina de estado de paciente en Unidad de Emergencias



En caso de no contar con brazalete impreso se procede a identificar con brazalete de llenado manual


Protocolo de Prevención de Caídas

Objetivo

Prevenir caídas de pacientes en el HGGB a través de un método estandarizado institucionalmente para implementar acciones de prevención.

**DISMINUIR
RIESGO**



	HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DR. GUILLERMO GRANT BENAVENTE	Código: PT-GCL2.2-HGGB-V5
		Edición: 6ª
		Fecha: Mayo 2019
		Páginas: 1- 15
		Vigencia: Mayo 2024

PROTOKOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES GCL 2.2

HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DR. GUILLERMO GRANT BENAVENTE

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
	 Katherine Campos SUB DIRECTORA SD Gestión del Cuidado de Matronería CONCEPCION	 Carlos Capurro Dupré DIRECTOR Hospital Clínico Regional CONCEPCION
Equipo Colaborativo Enfermería y Matronería	 Yanella Vallejos G. Administradora del Cuidado de Matronería	 Dr. Luis Gatica SERVICIO SALUD CONCEPCION SUBDIRECCION SD Cuidado y Seguridad del Paciente CONCEPCION
	 Carlos Capurro Dupré Ingeniero Civil Industrial Director Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente	
	Fecha: Mayo 2019	Fecha: Mayo 2019

Protocolo de Prevención de Caídas

Ingreso del paciente al Servicio → Enfermera o Matrona aplica **Pauta de Registro de Valoración de Riesgo de Caídas.**

De acuerdo al riesgo de caídas se identifica la unidad del paciente con un cuadrado de color.

Alto Riesgo

Mediano
Riesgo

Bajo
Riesgo

Adjuntar identificación a FC cuando el paciente sea llevado a exámenes o procedimientos.

Protocolo de Prevención de Caídas

	HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DR. GUILLERMO GRANT BENAVENTE HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DR. GUILLERMO GRANT BENAVENTE	Código: PT-GCL2.2-2HGGB-V5
		Edición: 6°
		Fecha: Mayo 2019
		Páginas: 10 - 15
PROTOKOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES		Vigencia: Mayo 2024

	HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DR. GUILLERMO GRANT BENAVENTE HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DR. GUILLERMO GRANT BENAVENTE	Código: PT-GCL2.2-2HGGB-V5
		Edición: 6°
		Fecha: Mayo 2019
		Páginas: 11 - 15
PROTOKOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES		Vigencia: Mayo 2024

10. ANEXOS

ANEXO I: ESCALA J.H. DOWNTON DE RIESGO DE CAÍDAS PARA PACIENTE ADULTO:

Nombre del Paciente:		Sexo:		Nº Ficha:		
Edad:		Unidad:		Sala:		
Servicio:		Cama:				
FECHA/ HORA						
VARIABLES		PJE				
1) Caídas previas	- No - Si*	0 1				
2) Uso de medicamentos	- Ninguno - Tranquilizantes-sedates - Diuréticos - Hipotensores (no diuréticos) - Antiparkinsonianos - Antidepresivos - Otros medicamentos**	0 1 1 1 1 1 1				
3) Déficit sensorial	- Ninguno - Alteraciones visuales - Alteraciones auditivas - Extremidades	0 1 1 1				
4) Estado mental	- Orientado - Confuso	0 1				
5) Deambulación	- Normal - Segura con ayuda - Insegura con ayuda - No deambula	0 1 1 1				
Puntaje Obtenido						
Clasificación de Riesgo						
Nombre Enfermera/o- Matrn/a						

INSTRUCCIONES:

- Asignar puntaje a cada una de las 5 variables evaluadas, consignando 1 ó 0 puntos en base a puntaje indicado para condición específica para cada ítem.
- Se considera antecedente de caídas previas, cuando se informa caídas ocurridas en los últimos 12 meses.
- Según los criterios STOPP / START otros fármacos que incrementan el riesgo de caídas serían: opiáceos, neurolépticos, antihistamínicos o sedantes de primera generación.
- La clasificación de riesgo, será de acuerdo a puntaje explicitado en tabla de Clasificación del Riesgo de Caídas.

CLASIFICACION DEL RIESGO DE CAÍDAS SEGÚN PUNTAJE Y PERIODICIDAD DE EVALUACIONES		
PUNTAJE	RIESGO	EVALUACIONES
ALTO RIESGO	> 2 PTOS	AL INICIO DE CADA TURNO
MEDIANO RIESGO	2 PTOS	DIARIAMENTE
BAJO RIESGO	≤ 1 PTO	CADA 3 DÍAS

ANEXO II: ESCALA HUMPTY DUMPTY PARA PACIENTE PEDIÁTRICO:

Nombre Paciente:		Sexo:		Ficha Clínica:		
Edad:		Sala:		Cama:		
Servicio:						
ÁMBITO	PJE	CRITERIO / FECHA EVALUACIÓN				
Edad	4	Menos de 3 años				
	3	De 3-7 años				
	2	De 7-13 años				
Género	1	Más de 13 años				
	2	Hombre				
Diagnóstico	1	Mujer				
	4	Problemas neurológicos				
	3	Alteraciones de oxigenación: (problemas respiratorios, anemia), deshidratación, anorexia, vértigo				
	2	Trastornos psíquicos o de conducta				
Deterioro cognitivo	1	Otro diagnóstico				
	3	No conoce sus limitaciones				
	2	Se le olvidan sus limitaciones				
Factores ambientales	1	Orientado en sus propias capacidades				
	4	Historia de caída de bebe o niño pequeño desde la cama				
	3	Utiliza dispositivos de ayuda en la cuna, iluminación, muebles				
	2	Paciente en la cama				
Cirugía o sedación anestésica	1	Paciente que deambula				
	3	Dentro de las 24 horas				
	2	Dentro de 48 horas				
Medicación	1	Más de 48 horas/ninguno				
	3	Uso de múltiples medicamentos sedantes (excluyen pacientes de UCIP con sedantes o relajantes), hipnóticos, barbitúricos, fenotiazinas, antidepresivos, laxantes/diuréticos, narcóticos				
	2	Uno de los medicamentos antes mencionados				
	1	Ninguno				
Puntaje obtenido						
Clasificación de riesgo						
Nombre Enfermera/o- Matrn/a						

INSTRUCCIONES:

- Asignar puntaje a cada una de las 5 variables evaluadas, consignando puntos en base a puntaje indicado para condición específica para cada ítem.
- Se considera antecedente de caídas previas, cuando se informa caídas ocurridas en los últimos 12 meses.
- Según los criterios STOPP / START otros fármacos que incrementan el riesgo de caídas serían: opiáceos, neurolépticos, antihistamínicos o sedantes de primera generación.
- La clasificación de riesgo, será de acuerdo a puntaje explicitado en tabla de Clasificación del Riesgo de Caídas.

CLASIFICACION DEL RIESGO SEGÚN PUNTAJE	
PUNTAJE	RIESGO
ALTO RIESGO	MAYOR A 15 PTOS
MEDIANO RIESGO	13-14 PTOS
BAJO RIESGO	MENOR A 12 PTOS

Protocolo de Prevención de Caídas

	HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DR. GUILLERMO GRANT BENAVENTE HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DR. GUILLERMO GRANT BENAVENTE	Código: PT-GCL2 2-2HGGB-V5
		Edición: 6°
		Fecha: Mayo 2019
		Páginas: 12 - 15
		Vigencia: Mayo 2024
PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES		

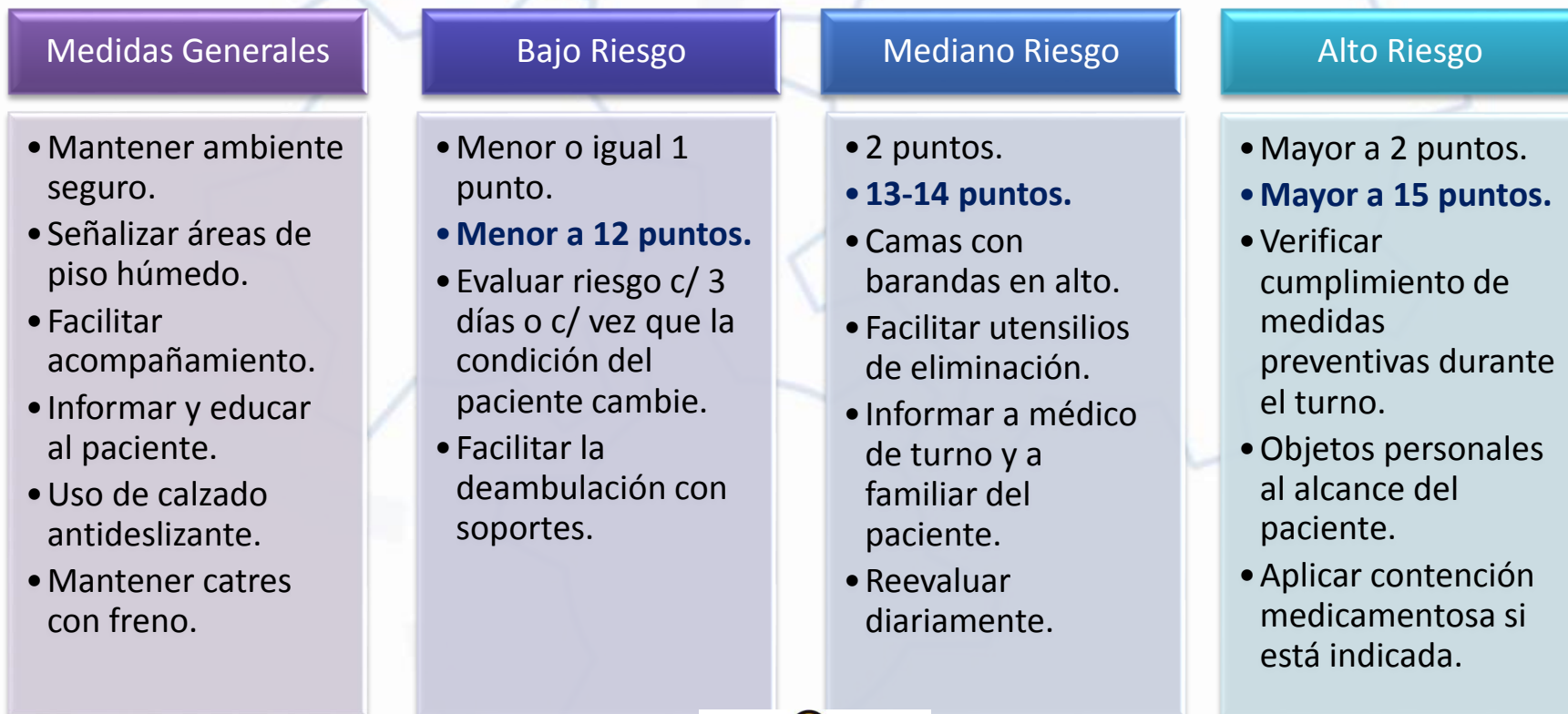
ANEXO III: HOJA REGISTRO DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS

FECHA EVALUACIÓN																				
BAJO RIESGO DE CAÍDA																				
Educar a paciente y familia en medidas de seguridad. Reforzar solicitud de asistencia para movilizarse.																				
Facilitar y cautelar la deambulación con soportes, en caso de ser necesario.																				
OBSTETRICIA: Acercar cuna a cama de la madre y educar sobre su adecuado uso.																				
MEDIANO RIESGO DE CAÍDA: TODAS LAS ANTERIORES MAS:																				
Ubicar al usuario en cama con barandas y dejarlas en alto.																				
Facilitar a paciente utensilios para la eliminación vesical e intestinal y asistir en el retiro de éstos. No dejar solo a paciente.																				
Facilitar acompañamiento responsable.																				
Revisar cuantía de la hemorragia en púerperas y/o pacientes con riesgo de sangrar.																				
Identificar pacientes en riesgo en entrega de turno.																				
Evaluar conductas de riesgo en 2 visitas de Enfermería/ Matronería durante el turno																				
OBSTETRICIA: Verificar que los Recién Nacidos estén en su cuna al lado de la madre.																				
PSIQUIATRÍA: Observar e informar al equipo las variaciones.																				
ALTO RIESGO DE CAÍDA: TODAS LAS ANTERIORES MAS:																				
Instruir a familiares cuando exista restricción de movimientos.																				
Asistir a paciente si precisa de dispositivos de ayuda para levantarse o deambular.																				
Informar a médico por eventual necesidad de contención.																				
Aplicar contención medicamentosa y/o física al usuario, si están indicadas.																				
Realizar visita de Enfermería y/o Matronería cada 12 horas																				
OBSTETRICIA: Dar asistencia constante con recién nacido si corresponde																				

NOTA:

1. Marcar con un tic (✓) solo las medidas preventivas a aplicar a paciente en fecha correspondiente
2. Si medida preventiva no corresponde a paciente, marcar como "N/A" (No Aplica).
3. Si registro se encuentra en blanco, se considerará que no se cumplió protocolo.

Protocolo de Prevención de Caídas



Protocolo de Prevención de Úlceras por Presión

Úlcera por Presión

- Área de piel o tejidos adyacentes que presentan daño o trauma localizado generalmente sobre una prominencia ósea como consecuencia de presión, sola o en combinación de cizallamiento o fricción.

	HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DR. GUILLERMO GRANT BENAVENTE	Código: PT-GCL2.2-3HGGB-V5
		Edición: 6ª edición
		Fecha: Mayo 2019
		Páginas: 1 de 15 Vigencia: Mayo 2024

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

GCL 2.2

HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DR. GUILLERMO GRANT BENAVENTE

Elaborado Por: Equipo Colaborativo Enfermería y Matronería	Revisado Por: SUB DIRECTORA Enf. Katherine Cerezo SD Gestión del Cuidado CONCEPCION	Aprobado Por: SUB DIRECTOR Carlos Capurro Dupré Ingeniero Civil Industrial Director Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente
Fecha: Mayo 2019	 Dr. Tito Galteado SD Calidad y Seguridad del Paciente CONCEPCION	Fecha: Mayo 2019
	Fecha: Mayo 2019	Fecha: Mayo 2019

Protocolo de Prevención de Úlceras por Presión

Ingreso del paciente al Servicio → Enfermera o Matrona aplica **Escala de Braden Bergstrom/ Escala SKIN RISK ASSESSMENT SCALE** (antes de 6 horas del ingreso y luego diariamente).

De acuerdo al riesgo de UPP se identifica la unidad del paciente con un disco de color.



Protocolo de Prevención de Úlceras por Presión

	HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DR. GUILLERMO GRANT BENAVENTE	Código: PT-GCL2.2-3HGG-B-V5
		Edición: 6ª edición
		Fecha: Mayo 2019
		Páginas: 8 de 15
		Vigencia: Mayo 2024
PROTOKOLO DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN		

	HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DR. GUILLERMO GRANT BENAVENTE	Código: PT-GCL2.2-3HGG-B-V5
		Edición: 6ª edición
		Fecha: Mayo 2019
		Páginas: 12 de 15
		Vigencia: Mayo 2024
PROTOKOLO DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN		

9. ANEXOS:

ANEXO I: HOJA DE VALORACIÓN

VALORACION DE RIESGO DE UPP ESCALA BRADEN- BERGSTROM

NOMBRE DEL PACIENTE:			CLASIFICACION DEL RIESGO SEGUN PUNTAJE	
DAD:	SEXO:	N° FICHA:	PUNTAJE	RIESGO
SERVICIO:	SALA:	CAMA:	ALTO RIESGO	Menor a 12 PTOS
FECHA INGRESO HOSPITAL:		FECHA INGRESO A SERVICIO:	MEDIANO RIESGO	13-14 PTOS
			BAJO RIESGO	Mayor a 15 PTOS

MES										
DIA										
PTJE	ASPECTO A EVALUAR									
PERCEPCIÓN SENSORIAL										
1	Completamente limitada									
2	Muy limitada									
3	Ligeramente limitada									
4	Sin limitación									
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD										
1	Constantemente húmeda									
2	Húmeda con frecuencia									
3	Ocasionalmente húmeda									
4	Raramente húmeda									
ACTIVIDAD										
1	Encamado									
2	En silla									
3	Deambula ocasionalmente									
4	Deambula frecuentemente									
MOVILIDAD										
1	Completamente inmóvil									
2	Muy limitada									
3	Ligeramente limitada									
4	Sin limitaciones									
NUTRICIÓN										
1	Muy pobre									
2	Probablemente inadecuada									
3	Adecuada									
4	Exoénte									
RIESGO DE LESIONES CUTÁNEAS										
1	Problema									
2	Problema potencial									
3	No existe problema aparente									
Puntaje Día										
Clasificación										
Nombre Enfermera/o / Matrón/a										

ANEXO IV: HOJA DE REGISTRO DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE UPP

FECHA										
BAJO RIESGO										
1. Mantener ropa de cama limpia, seca.										
2. Estimular deambulación de paciente si condición clínica lo permite.										
3. Educar a paciente (si su condición lo permite) y a familia en relación a importancia de movilización										
MEDIANO RIESGO: LAS ANTERIORES MAS:										
1. Utilizar dispositivos de baja presión y verificar nivel de inflado y presión ejercida por colchones.										
2. Realizar cambios posturales, consignando hora e iniciales de nombre de persona que realizó cambio postural, de acuerdo a horario establecido.										
3. Realizar reposicionamientos o liberación de sitios de presión.										
4. Utilizar sabanilla bajo cuerpo del paciente para favorecer su movilización.										
5. Utilizar colector urinario en pacientes con incontinencia urinaria o fecal (registrar en tela de papel fecha y hora de instalación).										
6. Proteger a pacientes con incontinencia urinaria y fecal, con pañales absorbentes y revisar cada 4 horas										
7. Proteger zonas de fricción, prominencias óseas, y sitios de presión.										
8. Rotar fijación de sondas y drenes, de acuerdo a horario preestablecido.										
9. Registrar ingresos y egresos en hoja de Enfermería.										
10. Utilizar atza ropa en pacientes con edema de extremidades inferiores										
11. Chequear visualmente posición de paciente según reloj de horarios.										
12. Proteger piel en zonas de presión a pacientes que van a Pabellón										
NEONATOLOGÍA:										
13. Usar rollos de contención.										
14. Usar dispositivos de baja presión (cama de agua).										
ALTO RIESGO: TODAS LAS ANTERIORES MAS:										
1. Priorizar uso de dispositivos de baja presión (colchón antiescaras)										
2. Realizar cambios de posición cada 2 horas										
3. Chequear visualmente posición de paciente según reloj de horarios.										
4. Registrar ingesta alimentos										
5. Incorporar antecedente en entrega de turno.										

NOTA:

1. Marcar con un tic (✓) solo las medidas preventivas a aplicar a paciente en fecha correspondiente
2. Si medida preventiva no corresponde a paciente, marcar como "N/A" (No Aplica).
3. Si registro se encuentra en blanco, se considerará que no se cumplió protocolo.

Protocolo de Prevención de Úlceras por Presión

	HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DR. GUILLERMO GRANT BENAVENTE	Código: PT-GCL2.2-3HGG-B-V5
		Edición: 5ª edición
		Fecha: Mayo 2019
		Páginas: 11 de 15
		Vigencia: Mayo 2024

PROTOCOLO DE MEDIDAS DE PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION

ANEXO III: ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE UPP PARA NEONATOLOGÍA

NEONATAL SKIN RISK ASSESSMENT SCALE (e-NSRAS)					PTJE
CONDICION FISICA GENERAL	1.MUY POBRE (EDAD GESTACIONAL ≤ 28 SEMANAS)	2.EDAD GESTACIONAL > 28 SEMANAS PERO ≤ 33 SEMANAS	3.EDAD GESTACIONAL > 33 SEMANAS PERO ≤ 38 SEMANAS	4. EDAD GESTACIONAL > 38 SEMANAS HASTA POS TERMINO	
ESTADO MENTAL	1. COMPLETAMENTE LIMITADO No responde a estímulos dolorosos (no se estremece, ni aprieta los puños, ni gime, ni aumenta la tensión arterial o frecuencia cardiaca) debido a una disminución del nivel de consciencia o a sedación.	2. MUY LIMITADO Responde únicamente a estímulos dolorosos (se estremece, aprieta los puños, gime, aumento de la tensión arterial o de la frecuencia cardiaca).	3. LIGERAMENTE LIMITADO LETÁRGICO	4. SIN LIMITACIONES ALERTA Y ACTIVO	
MOVILIDAD	1.- COMPLETAMENTE INMÓVIL No realiza ni siquiera pequeños cambios de posición	2.- MUY LIMITADA. Ocasionalmente realiza pequeños cambios de la posición del cuerpo o de las extremidades, pero es incapaz de realizar cambios frecuentes de forma independiente	3.-LIGERAMENTE LIMITADA Frecuentemente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades de forma independiente	4.- SIN LIMITACIONES Realiza cambios en la posición del cuerpo importantes, con frecuencia y sin ayuda (Ej. Girar la cabeza).	
ACTIVIDAD	1.-COMPLETAMENTE ENCAMADA En una cuna térmica (radiante) en cuidados intensivos	2.- ENCAMADO/A En una incubadora de doble pared en cuidados intensivos	3.- LIGERAMENTE LIMITADA. En una incubadora de pared simple o doble en cuidados intermedios	4.- SIN LIMITACIONES En una cuna abierta	
NUTRICION	1.- MUY DEFICIENTE En ayunas y/o con líquidos intravenosos (nutrición parenteral o sueroterapia)	2.-INADECUADA Recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida para crecer(leche materna/leche artificial) y/o complementada con líquidos intravenosos (nutrición parenteral o sueroterapia)	3.-ADECUADA Alimentación por sonda (enteral) que cumple con las necesidades nutricionales para el crecimiento	4.- EXCELENTE Alimentación con pecho/biberón en cada toma que cumple con los requisitos nutricionales para el crecimiento.	
HUMEDAD	1.- PIEL CONSTANTEMENTE HÚMEDA. La piel esta mojada/ húmeda cada vez que se mueve o gira al neonato	2.- PIEL HÚMEDA. La piel esta húmeda con frecuencia pero no siempre, las sábanas deben cambiarse al menos tres veces al día	3.- PIEL OCASIONALMENTE HÚMEDA. La piel esta húmeda de forma ocasional, requiere un cambio adicional de sábanas aproximadamente una vez al día	4.- PIEL RARA VEZ HÚMEDA La piel esta habitualmente seca, se requiere un cambio de sábanas solo cada 24 horas.	
TOTAL					

CLASIFICACION DEL RIESGO SEGÚN PUNTAJE	
PUNTAJE	RIESGO
ALTO RIESGO	MENOR A 13 PTOS
RIESGO MODERADO	13-17 PTOS
BAJO RIESGO	MAYOR A 17 PTOS

Protocolo de Prevención de Úlceras por Presión

Bajo Riesgo

- Mayor a 15 puntos.
- **Mayor a 17 puntos.**
- Mantener ropa limpia, seca y libre de arrugas.
- Estimular deambulación del paciente.
- Utilizar almohadas y dispositivos que alivien presión.
- Educar.

Mediano Riesgo

- 13-14 puntos.
- **13-17 puntos.**
- Utilizar dispositivos de baja presión.
- Programar cambios posturales (4 horas/2 horas).
- Utilizar sabanilla.
- Proteger con pañales absorbentes.
- Rotar fijación de sondas.
- Proteger zonas de fricción y prominencias óseas.
- Resguardar hidratación y soporte nutricional.
- Utilizar alza ropas.



Alto Riesgo

- Menor 12 puntos.
- **Menor 13 puntos.**
- Priorizar uso de dispositivos de baja presión.
- Cambios de posición cada 2 horas.
- Control de ingesta del paciente.
- Agregar en entrega de turno.




Protocolo de Prevención de Error de Medicación

Error de Medicación

- Cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos.





	HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DR. GUILLERMO GRANT BENAVENTE	Código: PR-GCL2.2-1HGGB-V2
		Edición: 3º
		Fecha: Mayo 2019
		Páginas: 1 de 15
		Vigencia: Mayo 2024

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE ERROR DE MEDICACIÓN

GCL. 2.2

VIGENCIA:

Elaborado por: Equipo Colaborativo Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente	Revisado por: 	Aprobado por: 
Fecha: Mayo 2019	Fecha: Mayo 2019	Fecha: Mayo 2019

Protocolo de Prevención de Error de Medicación

Proceso de Administración



Prescripción

Dispensación

Recepción en Servicio

Almacenamiento

Administración

Registro



Protocolo de Prevención de Error de Medicación

10 Correctos



Medicamento

Paciente

Dosis

Vía de
Administración

Horario de
Administración

Caducidad



Protocolo de Prevención de Error de Medicación

10 Correctos



Prepara =
Administra

Administra
= Registra

Velocidad

Observar
Reacciones




Protocolo de Prevención de Error de Medicación

- ✓ Comprobar indicación médica previa la administración (ESCRITA).
- ✓ Comprobar identificación del paciente (con brazalete).
- ✓ Toda dilución de medicamento a administrar debe realizarse en área limpia de clínica de Enfermería o Matronería.
- ✓ Antes de administrar el fármaco consultar por antecedentes de alergias.
- ✓ Inmediatamente después de administrar el medicamento registrar.
- ✓ En caso de no administrar el medicamento dejarlo claramente consignado.
- ✓ Avisar en caso de reacción adversa a medicamentos.
- ✓ No guardar “sobrantes”.

Protocolo Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos y Eventos Centinela

OBJETIVO

Contribuir a reforzar la seguridad de la atención de salud a través de la implementación de un sistema de reporte y análisis de eventos adversos y eventos centinela potencialmente prevenibles.

	HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DR. GUILLERMO GRANT BENAVENTE	Código: SI-GCL2.3-HGGB-V2 Edición: 3ª Fecha: Enero 2019 Páginas: 1 de 20 Vigencia: Enero 2023
SISTEMA DE VIGILANCIA EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS		

SISTEMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS

Código: GCL 2.3
2019 –2023

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
 Claudia Muñoz Hernández Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	 Dr. Luis Gatica Norambuena Subdirector de Calidad y Seguridad del Paciente	 Carlos Capurro Dupré Ingeniero Civil Industrial Director
		
Fecha: Enero 2019	Fecha: Enero 2019	Fecha: Enero 2019

Protocolo Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos y Eventos Centinela

Es una situación o acontecimiento inesperado, relacionado con la atención de salud recibida por el paciente **que tiene o puede tener consecuencias negativas** para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad.



Suceso inesperado relacionado con la atención de la salud recibida por el paciente, **que puede producir la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas o el riesgo potencial que esto ocurra**, y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad.

Ejemplos:

- Presencia de agua y/o de materia orgánica en material estéril.
- Material estéril sin fecha de vencimiento.
- Cambio de identidad de fallecidos y/o entrega equivocada a familiares.

Ejemplos:

- Caídas de pacientes con y sin daño severo.
- Úlceras por presión (Grado I, II, III y IV).
- Error de medicación.
- Extravío de biopsias y citologías ginecológicas.

9. ANEXOS:

ANEXO I

Reporte en papel para notificar a Jefaturas para confirmación o descarte de eventos

REPORTE DE EVENTO ADVERSO O EVENTO CENTINELA

Nombre paciente:..... Ficha Clínica o RUN:.....
 Servicio/Unidad/u otro lugar del evento :.....
 Edad:..... Sala..... Cama.....
 Diagnóstico principal de ingreso:.....
 Fecha de evento..... Hora.....
 Nombre y firma de profesional que reporta:.....

ESPECIFICACIÓN DEL EVENTO

SEGURIDAD DE LA CIRUGIA	ATENCIÓN OBSTÉTRICA	IAAS	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Enfermedad tromboembólica (ETE) en pacientes quirúrgicos (trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar) <input type="checkbox"/> Cirugía de paciente equivocado <input type="checkbox"/> Cirugía de sitio equivocado <input type="checkbox"/> Cuerpo extraño olvidado <input type="checkbox"/> Paro cardíaco intraoperatorio <input type="checkbox"/> Extirpación no programada de un órgano 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Muerte materna <input type="checkbox"/> Muerte fetal tardía <input type="checkbox"/> Asfixia neonatal 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prolongación o reaparición de brote epidémico <input type="checkbox"/> Distribución de material no estéril a los servicios clínicos 	
ATENCIÓN Y CUIDADO DE PACIENTES	ESTERILIZACIÓN		RADIOTERAPIA
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Caídas de pacientes con o sin daño severo <input type="checkbox"/> Úlceras por presión (UPP) <input type="checkbox"/> Error en administración de medicamentos <input type="checkbox"/> Extravío de biopsias/ citología ginecológica <input type="checkbox"/> Cambio de identidad de fallecido 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Viraje incorrecto o ausencia de indicadores químicos <input type="checkbox"/> Humedad <input type="checkbox"/> Presencia de Materia Orgánica en instrumental <input type="checkbox"/> Cuerpo extraño <input type="checkbox"/> Presencia de suciedad <input type="checkbox"/> Sin fecha de vencimiento 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Equipo incompleto o instrumental cambiado <input type="checkbox"/> Daño de instrumental enviado a esterilización <input type="checkbox"/> Pérdida de instrumental enviado a esterilización <input type="checkbox"/> Despacho errado de instrumental <input type="checkbox"/> Falla en técnica de preparación 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dosis de radiación incorrecta <input type="checkbox"/> Radioterapia a paciente equivocado <input type="checkbox"/> Uso incorrecto de accesorios de tratamiento <input type="checkbox"/> Colisión con el paciente <input type="checkbox"/> Radioterapia en un lugar equivocado
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> OTROS: _____ 			
N° PACTES HOSPITALIZADOS: _____	N° PACTES OPERADOS: _____	N° PACTES ATENDIDOS: _____	

El profesional que detecte un evento o sea informado de la ocurrencia de un EA o EC, debe hacer notificar el evento y entregarlo a su jefe directo.



El Jefe directo debe evaluar si corresponde o no a un EA o EC, y deberá descartar o confirmarlo, según sea el caso.

Jefatura subirá reporte a plataforma electrónica de calidad dentro de las primeras 24 horas hábiles.

Si el evento fue una caída, el reporte debe ser acompañado con Hoja de Notificación de Caídas

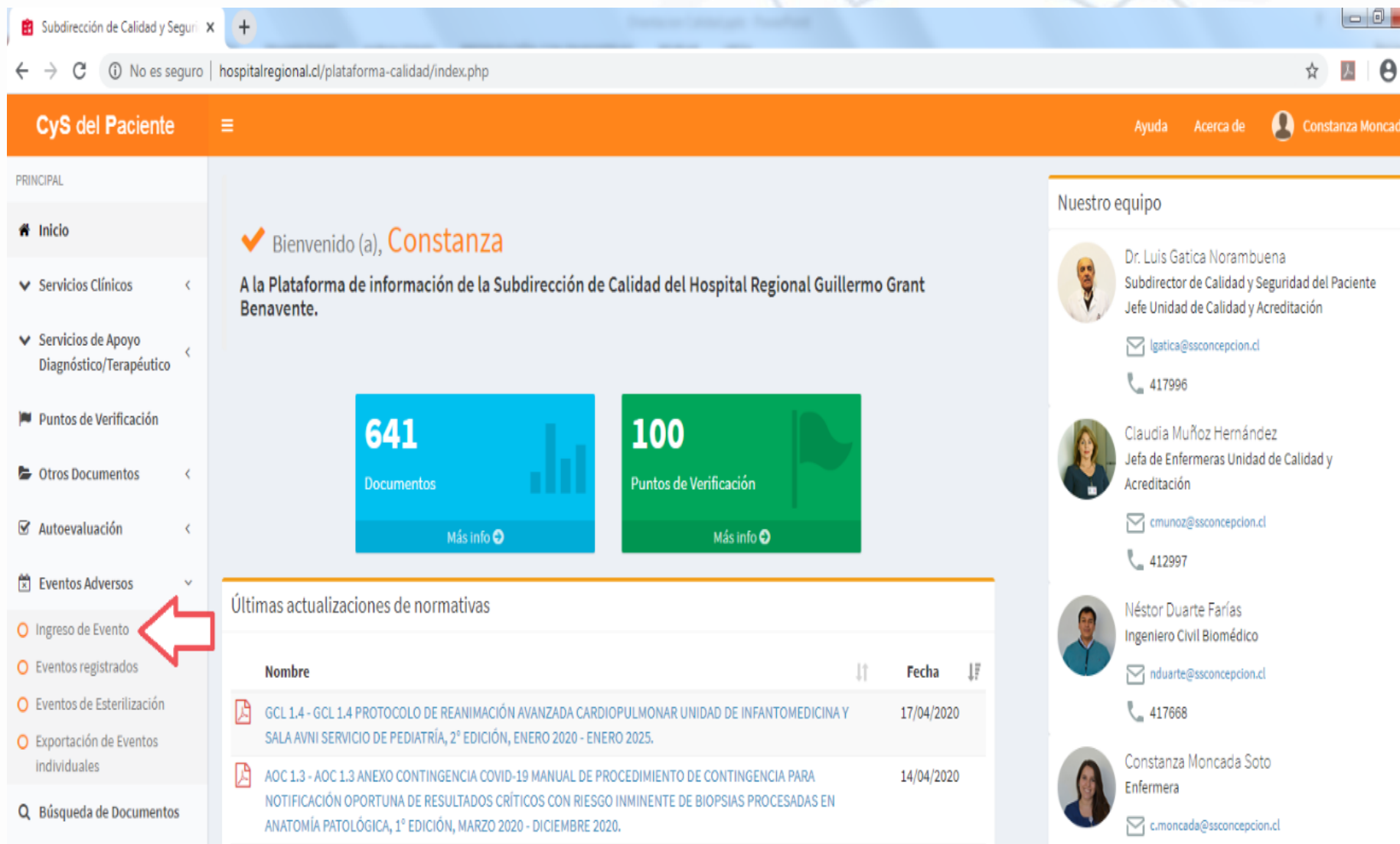
El evento se deberá informar al paciente o a su representante legal en un plazo de 48 horas y debe ser registrado en la ficha clínica del paciente.

ANEXO V

HOJA NOTIFICACIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES

I.- ANTECEDENTES DEL PACIENTE					
Nombre Paciente:		Edad:			
Sexo:	Fecha:				
Diagnostico ingreso:					
Servicio Clínico:	Sala:	Hora Caída:			
II.- LESIÓN COMO CONSECUENCIA DE LA CAÍDA:					
Abrasión	Erosión	Fractura	Esguince	Corte	
Contusión	Hematoma	Perdida conciencia	Sin Lesión	Muerte	
Localización de la lesión:					
Otras:					
III.- DESCRIPCIÓN BREVE DE LA CAÍDA					
1.- Lugar Ocurrencia: Habitación Baño Pasillo Escalera Otro					
2.- Personal presente (N°): Médicos: Enfermeras: Paramédicos: Otros					
3.-Equipo mobiliario en uso por paciente: Cama: Camilla: Silla: Silla de Ruedas:					
4.- Entorno (Marque todas las casillas que correspondan)					
5.- Acompañamiento Filar:		SI	NO		
6.- Iluminación Suficiente:		SI	NO		
7.- Espacio libre de riesgo entorno caída		SI	NO		
8.-Actividad asociada: (Marque todas las casillas que correspondan):					
Deambulando		Cambio posición		Traslado a silla / cama	
Eliminación- WC		Aseo		Alcanzando objetos	
Otro (Especifique)					
9. Uso Medicamentos : (Marque todas las casillas que correspondan)					
Opiáceos		Antidepresivos		Sedantes	Tranquilizantes
IV.- ESTADO DEL PACIENTE ANTES DE LA CAÍDA:					
1.- Riesgo de caer: Alto Medio Bajo					
Cumplimiento de todas las Medidas Preventivas según riesgo de caer: SI NO					
IDENTIFIQUE MEDIDA PREVENTIVA NO CUMPLIDA ANTES DE CAIDA					
2.- Historia de caídas previas (marque todas las casillas que correspondan)					
Nunca		Sí, en domicilio		Sí, en hospital	
3.- Estado de conciencia (marque todas las casillas que correspondan)					
Alerta		Confuso		Agitado	Inconsciente
Estado de conciencia pre incidente:		Hora:			
Estado de conciencia post incidente:		Hora:			
4.-Alteraciones o déficit sensorial: (marque todas las casillas que correspondan)					
Ninguna		Audición disminuida		Visión disminuida	Alteración equilibrio

Ingreso de EA/EC en Plataforma de Calidad



Subdirección de Calidad y Seguridad

hospitalregional.cl/plataforma-calidad/index.php

CyS del Paciente

Ayuda Acerca de Constanza Moncada

PRINCIPAL

- Inicio
- Servicios Clínicos
- Servicios de Apoyo Diagnóstico/Terapéutico
- Puntos de Verificación
- Otros Documentos
- Autoevaluación
- Eventos Adversos
 - Ingreso de Evento** (highlighted with a red arrow)
 - Eventos registrados
 - Eventos de Esterilización
 - Exportación de Eventos Individuales
- Búsqueda de Documentos

Bienvenido(a), **Constanza**

A la Plataforma de información de la Subdirección de Calidad del Hospital Regional Guillermo Grant Benavente.

641

Documentos

Más info

100

Puntos de Verificación

Más info

Últimas actualizaciones de normativas

Nombre	Fecha
GCL 1.4 - GCL 1.4 PROTOCOLO DE REANIMACIÓN AVANZADA CARDIOPULMONAR UNIDAD DE INFANTOMEDICINA Y SALA AVNI SERVICIO DE PEDIATRÍA, 2ª EDICIÓN, ENERO 2020 - ENERO 2025.	17/04/2020
AOC 1.3 - AOC 1.3 ANEXO CONTINGENCIA COVID-19 MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE CONTINGENCIA PARA NOTIFICACIÓN OPORTUNA DE RESULTADOS CRÍTICOS CON RIESGO INMINENTE DE BIOPSIAS PROCESADAS EN ANATOMÍA PATOLÓGICA, 1ª EDICIÓN, MARZO 2020 - DICIEMBRE 2020.	14/04/2020

Nuestro equipo

- Dr. Luis Gatica Norambuena
Subdirector de Calidad y Seguridad del Paciente
Jefe Unidad de Calidad y Acreditación
lgatica@ssconcepcion.cl
417996
- Claudia Muñoz Hernández
Jefa de Enfermeras Unidad de Calidad y Acreditación
cmunoz@ssconcepcion.cl
412997
- Néstor Duarte Farías
Ingeniero Civil Biomédico
nduarte@ssconcepcion.cl
417668
- Constanza Moncada Soto
Enfermera
c.moncada@ssconcepcion.cl

Norma N°3: Precauciones Estándar y Adicionales

I) PRECAUCIONES ESTÁNDAR

Conjunto de medidas que se aplican en la atención de **todos los pacientes**, independientemente de su diagnóstico o de la presunción de infección.

1. Higiene de Manos:

Lavado clínico
(agua y jabón)

Frotación con
alcohol gel



2. Lugar de hospitalización:

Mantener un metro entre unidad y unidad de pacientes; de no ser posible asegurar el máximo de espacio posible para que el operador pueda ejercer sus funciones sin contactar la unidad vecina. Mantener 1,5 metros de separación entre unidades de paciente en áreas oncohematológicas.



3. Utilización de barreras protectoras para evitar que la piel o mucosas del personal del equipo de salud tomen contacto con sangre o fluidos corporales de cualquier paciente:

Uso de guantes

- Con higiene de manos pre y post uso de éstos.
- Ante cualquier procedimiento en el cual se tome contacto (o exista riesgo de contacto) con sangre, otro fluido corporal, mucosas, piel no indemne y material contaminado.



Uso de mascarilla y protección ocular

- En los procedimientos en los cuales existan riesgos de producción de aerosoles (por ejemplo aspiración de secreciones con circuito abierto y broncoscopia), salpicaduras con secreciones, sangre u otro fluido corporal.



4. Uso de pecheras impermeables en caso de riesgo de derrames y/o salpicaduras con secreciones.

5. El uniforme o delantal de circulación exclusiva para el hospital debe mantenerse visiblemente limpio.



6. Prácticas de inyección seguras y prevención de la exposición a sangre y fluidos corporales de riesgo biológico:

- Material desechable:** Uso de agujas y hojas de bisturí desechables en todos los pacientes, las que en ningún caso se reutilizarán en otro paciente. Todo este material será desechado en cuanto cese su uso.
- Manipulación de agujas:** En ningún caso las agujas serán recapsuladas, dobladas, quebradas intencionalmente o manipuladas con las manos.
- Eliminación del material cortopunzante desechable:** Este material debe eliminarse en recipientes especiales para este fin, que sean resistentes a las punciones.
- Los recipientes para eliminar material corto punzante desechable** deben ser resistentes a las punciones de acuerdo a normativa REAS, y deben llenarse sólo hasta las tres cuartas partes de su capacidad.
- Manejo de frasco ampolla, ampollas:** Nunca dejar agujas insertadas en un tapón de caucho de frasco de medicación, porque esto deja el frasco vulnerable a contaminación.
- Glicemia capilar (Hemoglucotest):** Lancetas deben ser eliminadas en contenedor aprobado para cortopunzantes.



7. Además de las precauciones mencionadas previamente, se cumplirán las siguientes:

Transporte de muestras

- El llenado de tubos o frascos para el transporte de muestras biológicas debe ser realizado con precaución para evitar los derrames. Estos recipientes deberán ser resistentes y tapados en forma segura (en lo posible con tapa tipo rosca) de modo de prevenir filtraciones durante su traslado al laboratorio correspondiente.

Limpieza y desinfección de superficies del entorno

- Implementar los correctos procedimientos para la limpieza y desinfección de superficies del entorno, poniendo especial énfasis en las superficies de alto contacto en áreas de atención de pacientes (desinfección concurrente y terminal). Los derrames de sangre u otros fluidos corporales deben ser limpiados con agua y jabón, posteriormente aplicar solución vigente de cloro al 0,1 %.

Higiene respiratoria y etiqueta de tos

- Aplica tanto a pacientes, funcionarios, alumnos y visitas.
- Al toser o estornudar se debe cubrir la nariz y la boca con un pañuelo desechable o papel higiénico, luego botarlos a un papelerero.
- Los funcionarios y alumnos que se encuentren sintomáticos respiratorios deben usar mascarilla quirúrgica en la atención de los pacientes

Textiles y ropa de cama

- Manipular la ropa con cuidado, con mínima agitación para evitar la contaminación del aire, superficies y de las personas aledañas
- Traslade la ropa sucia y los desechos en contenedores o bolsas cerradas.

Práctica de control de infecciones en los procedimientos de punción lumbar

- Usar una mascarilla quirúrgica cuando se coloca un catéter o se realiza un procedimiento por punción lumbar

II) PRECAUCIONES ADICIONALES

Conjunto de medidas que se aplican a **pacientes seleccionados con sospecha y/o confirmación de infección y/o colonización por m.o de importancia epidemiológica**, cuya racionalidad está basada en el mecanismo de transmisión de cada uno de éstos.



P. AÉREA

- Se aplica ante infecciones que se transmiten a través de partículas de 5 micrones o menos, contenidas en aerosoles eliminados principalmente desde la vía aérea, y que pueden permanecer en el aire en suspensión por largos períodos de tiempo.
- Los microorganismos pueden ser dispersados por corrientes de aire, incluso más allá de la habitación donde son generados.

P. DE GOTITAS

- Orientadas a reducir riesgo de infecciones transmitidas por gotitas (gota gruesa), definidas como partículas de diámetro de 5 micrones o más, generadas por pacientes o portadores a partir de tos, estornudos, al hablar o procedimientos como aspiración de la vía aérea.
- Requiere contacto estrecho entre la fuente y el paciente susceptible, ya que las gotitas permanecen poco tiempo en suspensión, puesto que por su peso, estas gotitas decantan dentro del radio de 1 metro alrededor del paciente.

P. DE CONTACTO

- Orientadas a reducir riesgo de infecciones transmitidas por contacto directo o indirecto entre un paciente y otro, o entre el paciente y el personal de salud. Dicha transferencia de agentes infecciosos puede ocurrir de piel a piel desde una persona infectada o colonizada a un paciente susceptible; a través de superficies u objetos contaminados, o por las manos no higienizadas del personal de salud.

P. AÉREA

Habitación individual con presión de aire negativa, 6 – 12 recambios de aire por hora y filtración HEPA del aire recirculado. Se debe mantener la puerta de la habitación siempre cerrada.

P. GOTITAS

Habitación individual. Si no es posible habitación individual separación de por lo menos un metro entre un paciente y otro

P. CONTACTO

Habitación individual o cubículo de atención separados físicamente por muros o paneles. Pueden compartir habitación pacientes con el mismo agente.

Letrero de identificación.

Uso de **mascarillas de alta eficiencia (N95)** por el personal al momento de entrar en la habitación.

Uso de **mascarillas quirúrgicas** en el radio de un metro o al entrar a la habitación.

Uso de **guantes y delantal manga larga** limpios al atender al paciente o tomar contacto con su entorno.

Uso individual de equipos no críticos (fonendoscopios, equipos de presión, termómetros, chatas etc.) o desinfección entre paciente y paciente .

El paciente debe salir de la habitación sólo si es estrictamente necesario. En caso de traslado, el paciente debe usar mascarilla quirúrgica durante el trayecto.

En caso de traslado, el paciente debe usar mascarilla quirúrgica

Traslado entre servicios: coordinar el traslado de manera de mantener la continuidad de la precaución y acompañar al paciente de tarjeta de identificación
















USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) EN PACIENTES SOSPECHOSO O CONFIRMADOS COVID-19

ATENCIÓN DE PACIENTE **CON** PROCEDIMIENTOS GENERADORES DE AEROSOLES *

COLOCACIÓN DE EPP

 <p>Realizar higiene de manos</p>	 <p>Cubrir nariz y boca hasta el mentón</p>	 <p>Moldear pieza nasal metálica</p>	 <p>Cubrir el frente del respirador con ambas manos</p> <p>Control de sellado positivo Exhalar abruptamente. Presión positiva dentro del respirador = sin filtración. Si hay filtración, volver a ajustar y repetir la evaluación.</p> <p>Control de sellado negativo Inhalar profundamente. Si no hay filtración, la presión negativa hará que el respirador se adhiera al rostro. Si hay filtración, volver a ajustar y repetir la evaluación.</p>	 <p>Colocar antiparra o escudo facial</p>	 <p>Realizar higiene de manos</p>	 <p>Colocar y abrochar delantal</p>	 <p>Colocar guantes cubriendo el puño</p>
--	--	---	---	--	--	--	--

RETIRO DE EPP

 <p>Tomar el 1er guante por la cara externa y retirar volteándolo</p>	 <p>Sostener el guante retirado con la mano enguantada</p>	 <p>Retirar el 2do guante por la cara interna, voltear y desechar</p>	 <p>Desabrochar delantal</p>	 <p>Sacar la primera manga introduciendo el dedo de la otra mano por debajo del puño</p>	 <p>Sacar la segunda manga usando la primera para ayudar a deslizarla</p>	 <p>Eliminar el delantal</p>	 <p>Realizar higiene de manos</p>
 <p>Retirar antiparras o escudo facial sin manipular cara anterior</p>	 <p>Eliminar o colocar en zona para posterior desinfección</p>	 <p>Desabrochar tira inferior y luego tira superior</p>	 <p>Desechar manipulando desde las tiras</p>	 <p>Realizar higiene de manos</p>			


USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) EN PACIENTES SOSPECHOSO O CONFIRMADOS COVID-19

ATENCIÓN SIN PROCEDIMIENTO QUE GENERE AEROSOL

COLOCACIÓN DE EPP

							
Realizar higiene de manos	Ajustar sobre la nariz y cubrir hasta el mentón	Colocar antiparra o escudo facial	Realizar higiene de manos	Tomar delantal por el cuello	Colocar delantal manipulando cara interna	Abrochar	Colocar guantes cubriendo el puño

RETIRO DE EPP

							
Tomar el 3er guante por la cara externa y retirarlo volteándolo	Sostener el guante retirado con la mano enguantada	Retirar el 2do guante por la cara interna, voltear y desechar	Desabrochar delantal	Sacar la primera manga introduciendo el dedo de la otra mano por debajo del puño	Sacar la segunda manga usando la primera para ayudar a deslizarla	Eliminar el delantal	Realizar higiene de manos

				
Retirar antiparras o escudo facial sin manipular cara anterior	Eliminar o colocar en zona para posterior desinfección	Desabrochar tira inferior y luego tira superior	Desechar manipulando desde las tiras	Realizar higiene de manos

Protocolo de Alerta y Organización: Emergencia con Riesgo Vital

¿Cuándo Activarla?

Cuando una persona se encuentra en riesgo vital (**no responde, no respira, no respira normalmente, sólo jadea o boquea, no se palpa pulso**), debe llamar inmediatamente al **412800** o pedir a un guardia que haga llamado por medio de su radio. Recuerde no abandonar al paciente.

Cuando le contesten debe **declarar ¡CLAVE AZUL!**, **indicar el tipo de paciente** (adulto o pediátrico) e **indicar lugar del suceso**. El guardia de turno dará aviso a equipo reanimador vía telefónica o radio según distribución establecida.

**CLAVE
AZUL**



MIENTRAS LLEGA EL EQUIPO REANIMADOR

- Mantener la calma y no abandonar al paciente
- Llamar a guardia con el objetivo de proteger el área
- Despejar vías de traslado
- Si está capacitado, realice maniobras de reanimación hasta que llegue el equipo de reanimación avanzada.

Procedimiento Manejo de Exposición Laboral a Sangre y Fluidos Corporales

¿Qué hacer en caso de accidente con sangre o fluidos corporales de riesgo?

Lavar el área afectada con agua y jabón


No exprimir la piel ni aplicar antisépticos

Si el contacto fue con mucosas, lavar con abundante agua

Dar aviso a jefe directo

Solicitar atención con médico de turno en la Unidad de Emergencia

Acudir a ASSO

 Gobierno de Chile	HOSPITAL G.M.O. GRANT BENAVENTE	Código: PR-RH4.2-HGGB-V2
	Dirección Médica Oficina de Calidad y Seguridad del paciente Equipo de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	Edición: Tercera Fecha: Abril 2016
		Página 1 de 10
		Revisión: Abril 2021
PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE LA EXPOSICIÓN LABORAL A SANGRE Y FLUIDOS CORPORALES POTENCIALMENTE INFECCIOSOS		

PROCEDIMIENTO
MANEJO DE LA EXPOSICIÓN LABORAL A SANGRE Y FLUIDOS CORPORALES POTENCIALMENTE INFECCIOSOS

RH 4.2
VIGENCIA 2016 - 2021

Elaborado Por: PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD Dra. Gisela Riedel Molina Equipo Prevención y Control de IAAS HGGB	Revisado Por: Dr. Luis Gajica Naranjo Jefe Oficina de Calidad HGGB	Aprobado Por: DIRECTOR Dr. Sergio Ortiz Santander Director HGGB
Fecha ABR. 2016	Fecha ABR. 2016	Fecha ABR. 2016

Protocolo de Manejo Frente a Derrame de Sustancias Citotóxicas

¿Qué hacer en caso de contaminación con citotóxicos?

Abrir el kit de derrames y colocarse ropa protectora

Si el contacto fue con los ojos o mucosas, se debe lavar con abundante agua o suero fisiológico durante 15 minutos y consultar con médico especialista

Si el contacto fue con la ropa, cambiarse inmediatamente y eliminar en bolsa roja

Dar aviso a jefe directo

	HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DR. GUILLERMO GRANT BENAVENTE	Código: PR-RH 4.2-HGGB-V3
		Edición: Cuarta
		Fecha: 01-05-2018
		Páginas: 1- 12
SUB DIRECCION MEDICA UNIDAD DE FARMACIA		Vigencia: 01-05-2023

PROTOCOLO DE MANEJO FRENTE A DERRAME DE SUSTANCIAS CITOTOXICAS

UNIDAD DE FARMACIA DEL HGGB
FARMACIA DE MEZCLAS INTRAVENOSAS

RH 4.2

Elaborado Por:  Mariela Baeza Plasser Q.F. Encargada Farmacia de Mezclas Intravenosas	Revisado Por:  QF Irma Alarcón Jefe Unidad de Farmacia	Aprobado Por:  Sr. Carlos Capurro Dupré Director de Hospital HGGB
Fecha: mayo 2018		Fecha: mayo 2018

Protocolo de Manejo Frente a Derrame de Sustancias Citotóxicas

¿Qué hacer en caso de derrame de sustancias citotóxicas?

Abrir el Kit de derrames y colocarse ropa protectora

Delimitar el área con señalética incluida en Kit

Recoger con ayuda de pala restos de vidrios u otros insumos y depositar en bolsa roja

Si el derrame es tipo líquido colocar paños absorbentes secos sobre derrame evitando movimientos bruscos

Si el derrame es tipo sólido recoger con paño absorbente humedecido en alcohol al 70°.

Eliminar desechos en bolsa roja incluida en el Kit

Limpiar la zona contaminada con detergente alcalino tres veces y luego diluir con agua

Desechar todos los residuos, productos de limpieza y guantes domésticos en la bolsa del Kit

Permanecer con guantes de procedimiento, sellar bolsa y eliminar en contenedor rojo

Informar a Jefe directo

Plan Institucional de Evacuación

INCENDIO

Mantener la calma

Sí es un principio de incendio y está capacitado, contrólolo con un extintor

Avisar a guardia del sector o central de vigilancia 412800

En caso de evacuación esperar instrucciones de líder de piso

En caso de evacuación: realizar de acuerdo al plan dependiendo del edificio donde esté

SISMO

Mantener la calma

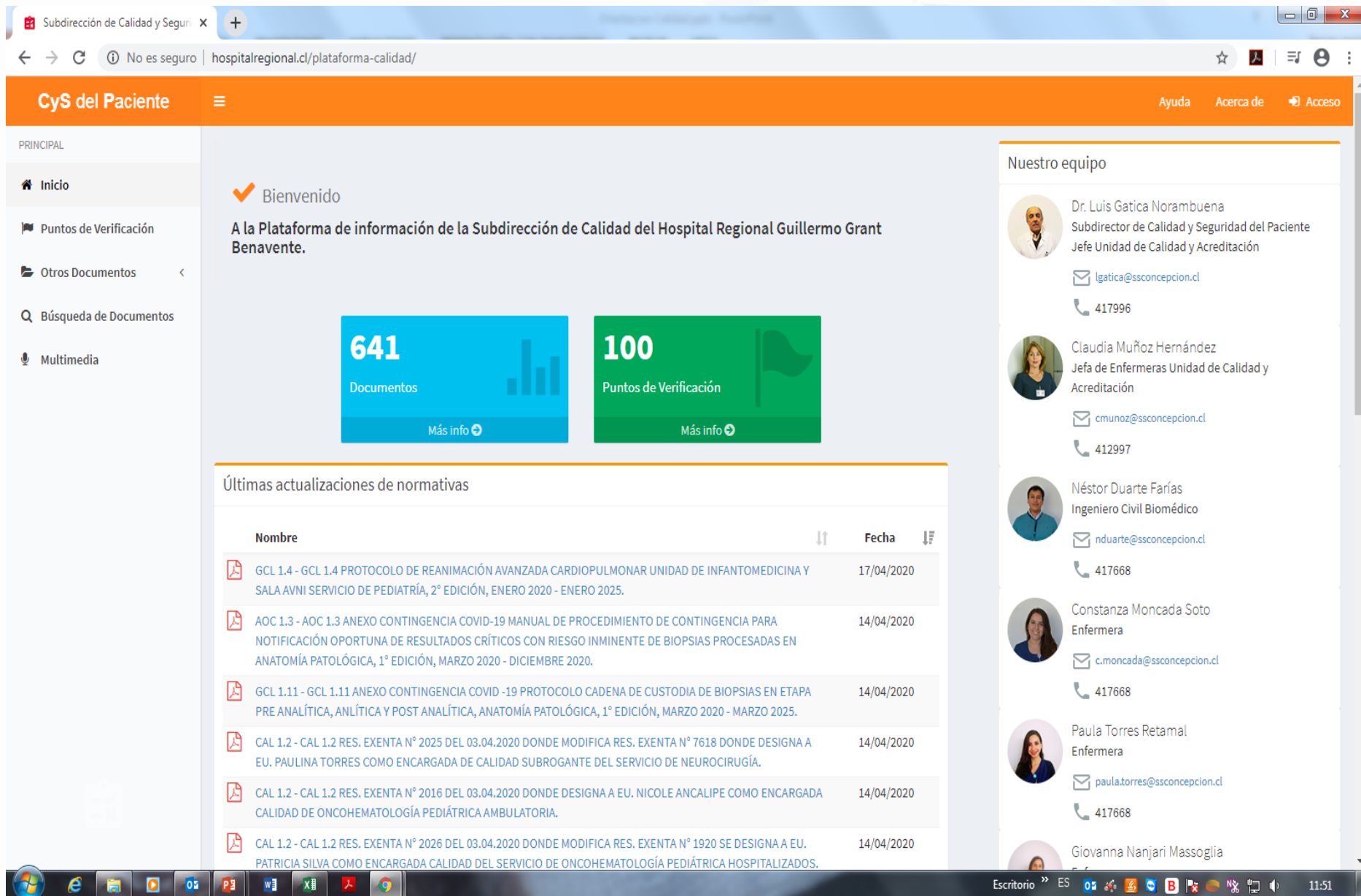
Vigilar que puertas estén abiertas

Permanecer en el edificio (CAA, TPC o Monoblock) mientras dure el sismo

Use sólo escaleras. En caso de evacuación esperar instrucciones de líder de piso

Evacuar de acuerdo al plan dependiendo del edificio donde esté durante los periodos sin movimiento de piso





The screenshot shows the 'CyS del Paciente' web platform. The browser address bar shows 'hospitalregional.cl/plataforma-calidad/'. The page has an orange header with 'CyS del Paciente' on the left and 'Ayuda', 'Acerca de', and 'Acceso' on the right. A left sidebar contains navigation options: 'Inicio', 'Puntos de Verificación', 'Otros Documentos', 'Búsqueda de Documentos', and 'Multimedia'. The main content area features a 'Bienvenido' message, a heading 'A la Plataforma de información de la Subdirección de Calidad del Hospital Regional Guillermo Grant Benavente.', and two data cards: '641 Documentos' and '100 Puntos de Verificación'. Below these is a table of 'Últimas actualizaciones de normativas' with columns for 'Nombre' and 'Fecha'. A right sidebar titled 'Nuestro equipo' lists staff members with their photos, names, titles, and contact information.

CyS del Paciente Ayuda Acerca de Acceso

PRINCIPAL

- Inicio
- Puntos de Verificación
- Otros Documentos
- Búsqueda de Documentos
- Multimedia

Bienvenido

A la Plataforma de información de la Subdirección de Calidad del Hospital Regional Guillermo Grant Benavente.

641

Documentos

Más info

100







Puntos de Verificación

Más info

Últimas actualizaciones de normativas

Nombre	Fecha
GCL 1.4 - GCL 1.4 PROTOCOLO DE REANIMACIÓN AVANZADA CARDIOPULMONAR UNIDAD DE INFANTOMEDICINA Y SALA AVNI SERVICIO DE PEDIATRÍA, 2ª EDICIÓN, ENERO 2020 - ENERO 2025.	17/04/2020
AOC 1.3 - AOC 1.3 ANEXO CONTINGENCIA COVID-19 MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE CONTINGENCIA PARA NOTIFICACIÓN OPORTUNA DE RESULTADOS CRÍTICOS CON RIESGO INMINENTE DE BIOPSIAS PROCESADAS EN ANATOMÍA PATOLÓGICA, 1ª EDICIÓN, MARZO 2020 - DICIEMBRE 2020.	14/04/2020
GCL 1.11 - GCL 1.11 ANEXO CONTINGENCIA COVID -19 PROTOCOLO CADENA DE CUSTODIA DE BIOPSIAS EN ETAPA PRE ANALÍTICA, ANLÍTICA Y POST ANALÍTICA, ANATOMÍA PATOLÓGICA, 1ª EDICIÓN, MARZO 2020 - MARZO 2025.	14/04/2020
CAL 1.2 - CAL 1.2 RES. EXENTA N° 2025 DEL 03.04.2020 DONDE MODIFICA RES. EXENTA N° 7618 DONDE DESIGNA A EU. PAULINA TORRES COMO ENCARGADA DE CALIDAD SUBROGANTE DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA.	14/04/2020
CAL 1.2 - CAL 1.2 RES. EXENTA N° 2016 DEL 03.04.2020 DONDE DESIGNA A EU. NICOLE ANCALIPE COMO ENCARGADA CALIDAD DE ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA AMBULATORIA.	14/04/2020
CAL 1.2 - CAL 1.2 RES. EXENTA N° 2026 DEL 03.04.2020 DONDE MODIFICA RES. EXENTA N° 1920 SE DESIGNA A EU. PATRICIA SILVA COMO ENCARGADA CALIDAD DEL SERVICIO DE ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA HOSPITALIZADA.	14/04/2020

Nuestro equipo

- 
Dr. Luis Gatica Norambuena
 Subdirector de Calidad y Seguridad del Paciente
 Jefe Unidad de Calidad y Acreditación
 lgatica@ssconcepcion.cl
 417996
- 
Claudia Muñoz Hernández
 Jefa de Enfermeras Unidad de Calidad y Acreditación
 cmunoz@ssconcepcion.cl
 412997
- 
Néstor Duarte Farías
 Ingeniero Civil Biomédico
 nduarte@ssconcepcion.cl
 417668
- 
Constanza Moncada Soto
 Enfermera
 c.moncada@ssconcepcion.cl
 417668
- 
Paula Torres Retamal
 Enfermera
 paula.torres@ssconcepcion.cl
 417668
- 
Giovanna Nanjari Massoglia

Escritorio ES 11:51