



COMPLEJO  
HOSPITALARIO  
DE NAVARRA

Boletín  
informativo

ENERO 2019

ÁREA DESARROLLO EN CUIDADOS E INNOVACIÓN

## Noticias de interés

### Unidad de Calidad y Sistemas de Información en Cuidados

Este boletín ha sido creado para que sirva de acercamiento al conjunto de profesionales que trabajan en el CHN a la Unidad de Calidad y Sistemas de Información en Cuidados.

A través de estas páginas pretendemos servir de nexo informativo con todos aquellos temas que consideramos importante transmitirlos.

Iniciamos la andadura con este primer número en el que os vamos a trasladar información sobre temas variados y además intentaremos de esta forma mantenernos presentes en vuestras unidades. Por ello podréis encontrar distintas maneras en que podéis contactar con nosotras.

### ¿Quiénes somos?

La Unidad de Calidad y Sistemas de Información en Cuidados pertenece al Área de Desarrollo en Cuidados e Innovación que depende de la Subdirección de Cuidados Ambulatorios y Apoyo al Diagnóstico y por tanto de la Dirección de Cuidados Sanitarios del CHN.

La unidad está integrada por 4 enfermeras, 3 en turno de mañana y una con turno deslizado de manera que se da cobertura de apoyo desde las 8 de la mañana hasta las 20 horas.

### ¿A qué nos dedicamos?

En la unidad nos dedicamos a diferentes actividades y entre ellas estarían:

- ✓ Elaborar, revisar y actualizar documentación de soporte al cuidado basados en la evidencia científica y en

función de la tecnología y recursos disponibles en el CHN.

- ✓ Desarrollar, junto con el grupo de desarrollo de los Sistemas de Información del Servicio Navarro de Salud, la aplicación informática de cuidados de enfermería Irati.
- ✓ Acogida personal de nueva incorporación
- ✓ Desarrollar, junto con el grupo de desarrollo de los Sistemas de Información del Servicio Navarro de Salud, los contenidos de la aplicación informática de Historia Clínica Informatizada.
- ✓ Formación de profesionales
- ✓ Custodia de equipos informáticos portátiles para su préstamo ante la apertura de unidades en situaciones de gestión de contingentes.
- ✓ Trabajo conjunto y colaboración con otros servicios y departamentos y con todos los estamentos.
- ✓ Participación y colaboración con comisiones, proyectos y grupos de trabajo.

### Caídas



Os explicamos las principales acciones que se han tomado respecto a las caídas.

También os indicamos dónde se encuentra la ficha de registro de caídas dentro de HCl.

Página 2

### Confidencialidad

La confidencialidad de los datos que manejamos cada día en la atención de pacientes es un tema de gran importancia. Aprendamos a gestionarlos tal y como marca la legislación y la normativa

Página 3



# Caídas



## ¿Cómo estamos en el CHN?

No lo sabemos a ciencia cierta pero se evidencia un infraregistro.

Según fuentes del SINAPS en 2017 se produjeron 212 caídas en toda la Comunidad Autónoma de Navarra.

Fue el evento adverso más registrado (+80%). Se realizaron más registros en hospitales. El 90% corresponde a Unidades de Hospitalización.

Los perfiles profesionales que más registraron fueron las enfermeras, 184 (86,79%), seguidos de TCAEs 20 (9,43%).

## ¿Qué hemos hecho?

Se han realizado una serie de acciones basadas en las recomendaciones de la OMS, el Ministerio de Sanidad y diversas Guías de Práctica Clínica.

Alguna de las acciones emprendidas ha sido:

- ✓ Aumento de cursos de formación continuada en prevención de caídas.
- ✓ Creación de grupos de trabajo en cada hospital de la Comunidad Foral cuyo objetivo es colaborar para disminuir el riesgo de caídas en los usuarios.
- ✓ Creación de [Procedimiento de enfermería 13.33 Prevención y actuación ante caídas](#).
- ✓ Creación de documentación informativa y divulgativa ([Pildoras](#), [Recomendaciones para pacientes hospitalizados](#), Posters...).
- ✓ Creación de una ficha de registro en Historia Clínica Informatizada.

## ¿Por qué tenemos que hablar de caídas?

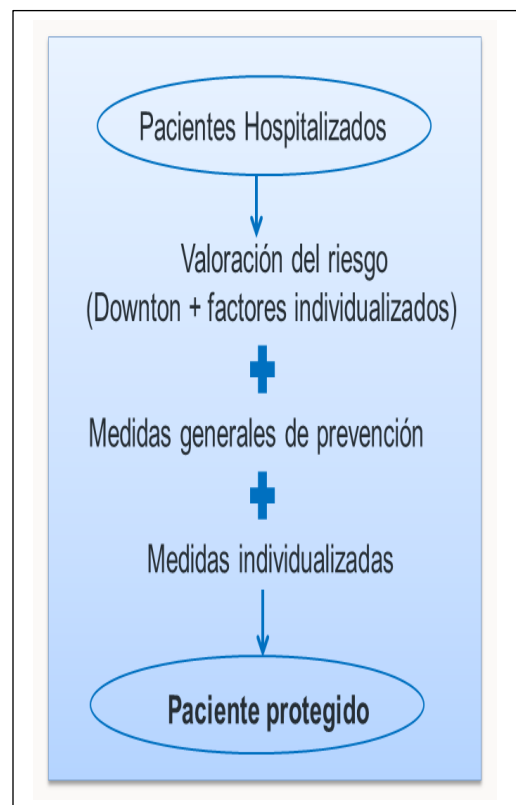
Las caídas son un grave problema de salud que ocasiona graves consecuencias. Se producen 37,7 millones de caídas en el mundo que suponen una pérdida de más de 17 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad que ocasionan.

A nivel mundial son la 2ª causa mundial de muerte por lesiones accidental y la 5ª en personas de más de 65 años.

El ingreso hospitalario aumenta el riesgo

### IMPORTANTE

**En muchos casos son evitables, y la reducción del riesgo se contempla como un aspecto primordial en programas, estrategias y manuales de seguridad.**



## Ficha de registro de Caídas

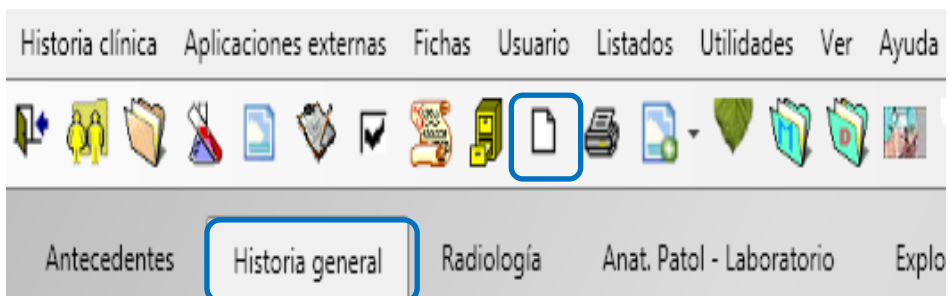
El modo de acceso a la "Ficha de registro de caídas" es a través de Historia Clínica Informatizada.

Debemos colocarnos en la pestaña "Historia general".

Todo profesional con permiso accederá a través del icono "Nueva ficha".

Existe un manual de uso puede solicitar a Jefe de Unidad.

## ¡El historial de caídas aporta información clínica relevante para el paciente!



### A TENER EN CUENTA

**LA PREVENCIÓN ES LA ACCIÓN MÁS EFICAZ PARA EVITAR CAÍDAS EN NUESTROS PACIENTES.**

# Confidencialidad

Dado que la condición humana preserva del conocimiento a terceros de determinadas informaciones, lo mismo ocurre en la relación con profesionales del ámbito de la sanidad.

El principio de autonomía, uno de los pilares de la bioética, nos dirige hacia el deber de secreto ya que fundamenta las decisiones y opiniones de cada persona. Por ello debemos respetar la autonomía personal e individual de cada persona y por tanto lo referente a su ámbito privado.

Por ello cada persona es propietaria de su cuerpo, su intimidad, sus opiniones y decisiones y por tanto de gestionar sus derechos y libertades.

En la actualidad y con el desarrollo de los sistemas de información este tema ha requerido una gran reflexión así como una legislación que proteja a las personas y que impida arbitrariedades en el uso de la información, tanto de la conocida a través del trabajo y la asistencia, como la aportada por cada paciente en la relación íntima y de confianza con sus agentes de salud.

Una máxima importante a tener en cuenta es que los datos y la información que se nos da a conocer en esta relación no son de nuestra propiedad. Únicamente somos gestores de ella siempre y cuando sea necesaria esa gestión y conocimiento, así como la difusión a otros, para llevar a cabo actuaciones en el beneficio de cada paciente.

Se supone la existencia de un pacto o contrato entre profesionales sanitarios y pacientes de respeto en la relación y se requiere el cumplimiento como promesa o deber de dicho pacto. Más adelante podremos ver que existen excepciones a esta promesa.

## Algunas definiciones:

### 1. Intimidad

Aspecto interior o profundo de una persona, que comprende sentimientos, vida familiar o relaciones de amistad con otras personas. En general suele tener que ver con los valores. Cada persona pone los límites que cree

necesarios para dar a conocer su intimidad a los demás. En la relación clínica y de salud, el paciente desvela información, aporta datos y colabora en la obtención de los mismos. Como contraprestación espera que no se difunda a quien no se debe. Por tanto y en función de estas consideraciones lo íntimo sería aquello que queda fuera del ámbito público. Es un derecho fundamental que debe estar protegido por ley. Viene recogido en la Constitución.

Podemos incurrir en responsabilidad, administrativa, civil, penal y deontológica. Hay una parte de la intimidad que tiene que ver no con valores y creencias sino con el propio cuerpo.

En el ámbito de la asistencia sanitaria es algo que queda al descubierto con cierta frecuencia tanto en exploraciones como en cualquier actividad a lo largo de todo el proceso. Es una parte importante que no se suele tener en cuenta y que para algunas personas puede tener más trascendencia que otras informaciones que puedan darse.

El paciente debe dar su consentimiento para acceder a su cuerpo de la misma manera que para acceder a sus datos y, por tanto puede negarse de la misma forma.

### 2. Privacidad

Etimológicamente proviene del latín, del verbo "privare" que significa privar que derivó en "privatus" que significa: aquello que no es público.

Tiene que ver con la decisión de qué puede ser conocido y qué no, cuando y a quienes.

Al igual que la intimidad está protegido por ley y forma parte de la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Supone poder mantener un control de la propia vida.

### 3. Confidencialidad

La confidencialidad debe guardarse tanto con la información que nos viene dada directamente por el paciente como lo que se nos es dado a conocer derivado de la asistencia.

Viene determinado en la profesión sanitaria así como en otras (periodistas, sacerdotes...) por principios éticos.

Supone un contrato de confidencialidad que no requiere firma.

La ruptura del deber de confidencialidad viene marcado como excepciones por la legislación al igual que la obligación de confidencialidad.

El paciente puede negarse dentro de este derecho a que conste su presencia por ejemplo como paciente ingresado con su identificación.



## 4. Consentimiento informado

Art. 10 Ley General de Sanidad: "Conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud. Puede o no plasmarse en un documento". Conlleva la explicación a paciente atento y mentalmente competente de su enfermedad o proceso, evolución, pruebas, riesgo, beneficios y solicitarle así su aprobación. No basta con entregar un documento para su firma, conlleva una explicación y cerciorarse de que la persona ha entendido la información. Una vez comprendida la información puede aceptar o rechazar la exploración o procedimiento.

El consentimiento escrito supone un complemento al consentimiento verbal que es el que se aporta de forma general. La información y petición del consentimiento debe hacerse por parte del profesional que atiende al paciente o que solicite la técnica o procedimiento. La información completa debe darla el profesional que realice la actividad.

La responsabilidad será de aquellos profesionales responsables de cada paciente pero en su ausencia se deben resolver las dudas que se generen con posterioridad.

Para que el consentimiento sea válido la información debe comprensible, veraz y adaptada. No debe existir coacción o manipulación y que quien otorga no debe estar incapacitado legalmente.

Hay que partir de la presunción de capacidad si no se demuestra lo contrario.

Existe el consentimiento por representación:

- Pacientes incapacitados legalmente.
- No competentes en ese momento a juicio del profesional sanitario responsable.
- Menores de 16 no emancipados y sin madurez necesaria, a criterio del profesional.

## 5. Dignidad

Valor intrínseco, propio e individual de la persona, dentro del orden moral, que implica el pretensión de respeto por parte de los demás. Respeto por el mero hecho de poseer condición humana y que es independiente de cualquier característica.

Concepto vago, abstracto y diferente para cada persona pero que se entiende como valor superior.

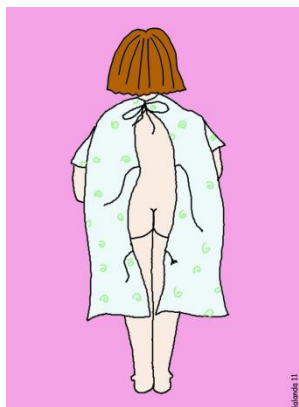


IMAGEN: MÓNICA LALANDA

## 6. Documentación clínica

Soporte de cualquier tipo (papel, informático, fotografías, grabaciones...) que contiene un conjunto de documentos médico legales en los que se recoge la información necesaria para la correcta atención de los pacientes y recoge información de tipo asistencial, preventivo y social.

## 7. Datos de carácter personal

Un dato de carácter personal es cualquier información numérica, alfabética, fotográfica, acústica o de cualquier otro tipo concerniente a personas físicas identificadas o identificables, tanto la relativa a su identidad (como nombre y apellidos, domicilio, filiación, una fotografía o video, etc...) como la relativa a su existencia y ocupaciones (estudios, trabajo, enfermedades, etc.)

## 8. Derecho a la intimidad

Potestad de que un tercero no conozca nuestra vida privada y a posibilidad de controlar lo que otros conocen de nosotros. El derecho a la intimidad protege la intromisión no deseada de otras personas en ese espacio sin consentimiento expreso del interesado

## 9. Secreto profesional

Deber de cualquier profesional que conoce información de pacientes en el ejercicio de sus labores profesionales. En el ámbito de la salud viene derivado por el conjunto de actividades de la atención sanitaria. Cada profesional se convierte en confidente necesario por el mero hecho de participar en la atención sanitaria y conocer datos revelados por la misma o por la confianza depositada.

La información puede conocerse no solamente a través de la atención directa con pacientes sino por ser integrantes del equipo profesional. Puede decirse que se da un estado de necesidad sin el cuál la persona podría no revelar información.

Excepciones al secreto profesional:

- Enfermedades infecto-contagiosas de declaración obligatoria.
- Conocimiento de la comisión de un delito.
- Por imperativo legal.
- Para evitar daño grave a terceras personas, sociedad o paciente.
- Nacimientos y defunciones.
- Testificaciones en materia disciplinaria.
- Atención a pacientes maltratados y delitos de índole sexual.



## Auditorías

Al acceder a las aplicaciones informáticas (HCI, Irati...) hay que cumplimentar el motivo de acceso. Se hacen revisiones de los accesos: anuales, a petición de los interesados, de oficio, dirigidas a grupos de personas

Las auditorías se programan periódicamente pero también se realizan a petición.

Existen protocolos que regulan el procedimiento a seguir ante la detección de accesos indebidos que están bien definidos y establecidos.

Existen perfiles profesionales que pueden realizar accesos a HCI de pacientes no habiendo mantenido una relación directa en su atención clínica pero sí tienen que ver de manera indirecta con el proceso del paciente o con trámites del centro:

- Los Servicios de Medicina Preventiva suelen tener unos permisos de acceso amplios.
- Los Servicios de Inspección, Codificación, Evaluación, Acreditación y Planificación.
- Grupos de Soporte y Coordinación de aplicaciones informáticas.
- Servicio de Atención al Paciente a petición de usuarios.
- Direcciones asistenciales y de Cuidados cuando existen temas clínicos en los que deban intervenir.

En las auditorías periódicas, los periodos en los que se va a hacer auditoría se suelen informar pero estos se hacen de manera retrospectiva y con pacientes seleccionados al azar.

Se seleccionan pacientes de notoria popularidad de los que haya constancia de atención sanitaria.

También cuando hay constancia de atención sanitaria a profesionales de la propia institución y ante casos que puedan suscitar el "morbo".

Cuando se detectan accesos ilegítimos se envía una carta a la persona que ha realizado dicho acceso y esta debe justificarlo por escrito. Cuando se realiza el estudio un acceso ilegítimo puede considerarse finalmente legítimo.

### A TENER EN CUENTA

#### LAS APLICACIONES GUARDAN TODOS LOS ACCESOS

##### CONSEJOS:

- ✓ La clave de acceso de usuario es responsabilidad de cada profesional
- ✓ Salir de las aplicaciones o cambiar el usuario cuando no se esté utilizando.
- ✓ No dejar documentación con datos sensibles a la vista y sin custodia.
- ✓ Evitar las conversaciones de pasillo acerca de pacientes o familiares.
- ✓ No acceder a las aplicaciones para aquello que no debemos.
- ✓ No se debe extraer información sin solicitar permiso y sin anonimizar los datos.



# Derivación de pacientes a SSCC

Todo paciente que es trasladado para realizar un procedimiento o exploración a un Servicio Central en el que se trabaja con Irati, debe ser derivado desde el botón de Servicios Centrales a la unidad de destino.

De este modo todos los profesionales de enfermería podrán realizar un registro de su actividad y además no tendrán que hacerse cargo de ese registro profesionales que no han intervenido en el cuidado de pacientes durante el proceso de derivación.

Debemos ser conscientes de la importancia en la continuidad del cuidado de pacientes en todo su proceso asistencial.

Por otro lado de esta forma favorecemos la realización de registros de calidad que nos ayuden a mejorar nuestro quehacer diario.



Debemos fijarnos en seleccionar de manera correcta a **qué centro** derivamos a cada paciente y a **qué servicio central**. Los quirófanos vienen separados por urgencias, centrales, radioterapia URPA, maternal, infantil, dependiendo del centro seleccionado.

# Notificación de alta en paciente con ingreso domiciliario

Cuando se envíe pacientes a Hospitalización a Domicilio se debe seleccionar en la Notificación de Alta en el desplegable del Tipo de Alta: Ingreso Domiciliario. De esta manera la información quedará volcada y no tendrán que volver a realizar nuevamente los registros ya existentes.

Hay disponible una [Píldora del Conocimiento](#) colgada en la web que informa cómo hacerlo.

## Notificación de alta: Ingreso Domiciliario

### Proceso de Notificación de alta en IRATI

1. Confirmación de alta por Ingreso Domiciliario\* por parte del personal médico
2. Notificación de alta en Irati lo antes posible (imprescindible para iniciar el proceso administrativo del ingreso domiciliario)
3. Seleccionar el motivo de alta: INGRESO DOMICILIARIO

**En caso de notificación errónea del alta:**

- se pierde la continuidad de registros de Dispositivos, Heridas, etc. en Irati
- se cierra la prescripción de Farmacia y no se puede preparar el tratamiento domiciliario del paciente

\* Ingreso Domiciliario: antes denominado Hospitalización a Domicilio

# ICC al alta de paciente

Disponemos en estos momentos de la opción de realizar el Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) al alta de pacientes desde Irati.

Para realizarlo de manera correcta se debe clicar en la casilla **Precisa ICC**

En este ICC se volcarán algunos datos que tenemos registrados en Irati y que incluyen:

- Últimas constantes.
- Tipo de intervención quirúrgica.
- Fecha de valoración inicial y última valoración.
- Últimas escalas realizadas con su puntuación y resultado.
- Dispositivos que porta el paciente al alta a domicilio.
- Heridas o úlceras que requieran seguimiento.

**Por tanto deberemos mantener los registros en Irati lo más actualizados posibles ya que la información recogida en los campos que vuelcan en el ICC será la última registrada.**

## A TENER EN CUENTA

**SE DEBE REALIZAR ICC AL ALTA EN TODOS LOS PACIENTES CUBO ROJO Y RECOMENDABLE EN TODOS LOS DEMÁS.**

**EN PACIENTES EN QUE NO PROCEDE REALIZAR EL ICC (Ej. Éxitus) DEBEREMOS DESCLICAR LA CASILLA QUE OBLIGA A REALIZARLO PARA PODER DAR EL ALTA DESDE EL MAPA DE CAMAS.**

Últimas constantes		
Fecha	Constante	Valor
27/05/2016	Tensión	110/60 mmHG
27/05/2016	Frecuencia Cardíaca	56 Lpm
27/05/2016	Temperatura	38 °C
27/05/2016	Saturación O <sub>2</sub>	89 %

## ACCESO DESDE LA WEB DEL CHN AL MANUAL



[Manual ICC](#)

Manual

ICC