Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD

PNT

PROTOCOLO DE PREPARACIÓN PARA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: HISTEROSCOPIA

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA.

Elaborado por:	Validado por:	Aprobado por:
Jesús I. Castro Turrión enfermero 7ª maternidad Isabel Aguilera medico UGC ginecología Marta Martínez Diez medico UGC ginecología Sandra Rojas Guzmán Jefe de bloque UGC ginecología José Fº Torres Santos, supervisor de 7ª maternidad Inma Lerena TCAE de la 7ª maternidad Jesús Jiménez López, Jefe de la unidad Obstetricia-Ginecología		DIRECTOR GERENTE.
Fecha de elaboración:	Fecha de Validación:	Fecha de aprobación:
Fecha de Versión original:	Fecha de actualización:	
COPIA CONTROLADA		

ÍNDICE.

	Página
1. Introducción y Justificación	
2. Ámbito de aplicación	
3. Objetivos	
4. Desarrollo	
4.1 Recursos	
4.1.1. Recursos humanos	
4.1.2. Recursos materiales	
4.2 Preparación	
4.2.1. Preparación de material	
4.2.2. Preparación de los profesionales	
4.2.3. Preparación del paciente	
4.4 Procedimiento	
4.5 Consideraciones especiales	
4.6 Registro	
5. Evaluación	
6. Difusión y archivo	
7. Bibliografía	
8. Glosario de términos	
9. Diagrama de Flujo	
10. Control de modificaciones del documento	
11. Anexos	

PUNTOS CRÍTICOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. CONSIDERACIONES.

La **seguridad** es la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro[1].

En 2005, en el Consejo Europeo del Comité de Expertos sobre gestión de la seguridad y la calidad en la atención de la salud, en su Glosario de términos relacionados con los términos aprobados por el paciente y la medicación, define la **seguridad del paciente** como la identificación, análisis y gestión de los riesgos e incidentes relacionados con los pacientes con el propósito de mejorar la seguridad de la asistencia que se les presta y reducir al mínimo los daños que puedan sufrir[2].

El presente documento forma parte del desarrollo de un procedimiento enmarcado dentro de un proceso asistencial en el que pueden coincidir elementos que puedan afectar a la seguridad del paciente.

Cada fase del proceso permite identificar aspectos críticos de seguridad y desarrollar buenas prácticas, entendidas éstas como "estructuras y actividades cuya implantación o realización reduce la probabilidad de tener un evento adverso debido a la exposición a determinados procedimientos y condiciones del sistema sanitario".

Dar a conocer las líneas de acción que se tendrán en cuenta en la trazabilidad del procedimiento, facilita el ejercicio de sensibilización en áreas que los profesionales, en el marco de la lex artis, tienen aprehendidas en su labor asistencial, otorgándole la consciencia del acto y permitiendo vincular a cada acción, las medidas efectivas para evitar los riesgos que le son propios (prácticas, procedimientos, productos o sistemas inadecuados).

Para la determinación de líneas de acción en materia de seguridad del paciente, se han tenido en cuenta las "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" editadas por la OMS en 2007[3] y los objetivos específicos definidos por la Estrategia para la Seguridad del Paciente, en el apartado de procesos operativos, editada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en 2006[4].

Ante todo esto, indicar que en el desarrollo de las actuaciones reflejadas en el presente documento, se tienen en cuenta las siguientes consideraciones en materia de seguridad del paciente, quedando marcadas en el registro de líneas de acción adjunto.

APLICA	LINEAS DE ACCIÓN EN EL ÁMBITO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
	Identificación unívoca de pacientes: verbal, física y telemática.
	Información adecuada a paciente y cuidador en la toma de decisiones, colaboración y continuidad de cuidados. Consentimiento informado.
	Identificación de factores intrínsecos y extrínsecos de la situación del paciente. Pacientes vulnerables.
	Identificación del riesgo de caídas.
	Medidas de protección del paciente.
	Medidas de protección del profesional.
	Medidas de aislamiento.
	Uso adecuado del material. Comprobación de calidad del material y segregación de residuos.
	Verificación quirúrgica. Check-list.
	Comprobación de localización anatómica a tratar.
	Correcta higiene de manos.
	Manejo seguro de medicamentos: Prescripción, conservación, preparación, administración y conciliación en el tránsito asistencial.
	Desconexión no planeada de catéteres, tubos, drenajes, etc.
	Manejo seguro de hemoderivados. Identificación inequívoca del receptor.
	Manejo seguro de inmovilizaciones mecánicas y farmacológicas.
	Transmisión de la información clínica en la transferencia de pacientes.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La realización de este procedimiento normalizado de trabajo esta dirigido a todos los profesionales que trabajan en la unidad de manera continua o provisional con el fin de estandarizar los cuidados al usuario y dar una guía tanto a profesionales como a usuarios que minimice la aparición de incidentes de seguridad.

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Todos los profesionales implicados en el proceso quirúrgico: histeroscopia del Hospital Materno Infantil

3. OBJETIVOS

1. Informar a todos los profesionales de la unidad de cual es el procedimiento a seguir en la preparación de la histeroscopia, tanto en el pre como en el post operatorio.

2. Unificar criterios en todos los profesionales de la unidad

3. Informar a los usuarios de todo el proceso, del circuito y de las medidas a tomar.

4. Informar a los usuarios de las normas de uso y funcionamiento de las instalaciones hospitalarias

5. Gestión del alta hospitalaria con las máximas garantías para el usuario de la continuidad de cuidados en el domicilio

3.1. OBJETIVO GENERAL

1. Proporcionar a los profesionales de la unidad un procedimiento estandarizado de atención al usuario con el fin de aumentar la seguridad del usuario y eliminar errores.

2. Garantizar la continuidad de cuidados para todos los usuarios

3. Minimizar riesgo de enfermedad nosocomial.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

El objetivo del procedimiento es obtener información sobre el aspecto del canal cervical, de la cavidad uterina y endometrio; así como de las lesiones que se puedan observar en su interior.

1. Diagnóstico de patologías intrauterinas como:

1. Pólipos endometriales /placentarios.
2. Miomas submucosos o intramurales que deforman cavidad.
3. Septos uterinos (malformaciones).
4. Adherencias.
5. Hiperplasias endometriales/Cánceres de endometrio mediante biopsia endometrial.

2. Tratamiento de patologías intrauterinas:

1. Polipectomías endometriales.
2. Miomectomías submucosas.
3. Resección de septos uterinos (malformaciones).
4. Liberación de adherencias.
5. Ablación o reducción endometriales.
6. Tratamientos de istmoceles.

7.Extracción de cuerpos extraños (DIU)

4. DESARROLLO

4.1. RECURSOS

4.1.1.RECURSOS HUMANOS

Ginecólogo. Radiólogo. Enfermera. Anestesista

Auxiliar de Enfermería. Administrativos, celadores, pinche, limpiadora.

Unidades de soporte

Sº de Laboratorio Pruebas diagnósticas

Sº de Radiodiagnóstico Ecografía

Sº de Anatomía Patológica Biopsias endometriales y otras muestras

Sº de Almacén Fungible y papelería

Sº de Anestesia

Unidad de Personal Recursos humanos

4.1.2.RECURSOS MATERIALES

Ordenador e impresora

DHA

Petición y resultado de pruebas complementarias

Receta XXI

Consentimiento informado

Papelería

Informe de ecografía vaginal,

material de imagen de ecografía(fotografía),

impreso de solicitud de informe anatomopatológico.

El resto de pruebas complementarias(analítica, RX) se obtendrá del DHA

Impreso de historia de anestesia

Papel de orden de ingreso

Instrumental

Histerómetro, pinzas e instrumental de histeroscopia

Aparataje

Ecografo

Histeroscopio

Mesa de exploración ginecologica

Material fungible

Guantes de exploración, espéculos,

fundas de sonda vaginal, ecografía,

fungible específico de histeroscopia,

cánulas de aspiración endometrial,

frasco y líquido para envío de biopsia,

DIU liberador de levonorgestrel

Liquido desinfectante

4.2. PREPARACIÓN

4.2.1.PREPARACIÓN DE MATERIALES

NO

4.2.2.PREPARACIÓN DEL PROFESIONAL

Dar difusión, tanto en papel, como en la web del hospital del procedimiento.

Se describirán secuencialmente, siguiendo una lógica temporal, las distintas actividades a realizar para el desarrollo del proceso técnico del PNT.

4.2.3.PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Información al paciente en la consulta de Ginecología del proceso con la entrega del folleto informativo

4.3. PROCEDIMIENTO

Debemos de distinguir entre la histeroscopia en planta o la realizada en consulta de ginecología.

HISTEROSCOPIA INGRESADA EN PLANTA

La parte prequirurgica va a constar de 2 tiempos,:

Consulta de ginecología:

1. El ginecólogo informa al usuario del procedimiento quirúrgico que se le va a realizar para su diagnostico y tratamiento si es preciso.

2. El enfermero informa de las medidas higiénico-dietéticas oportunas previa a la intervención:

   El día anterior:

   Deberá tomar una dieta ligera pobre en grasas

   No tomar sustancias toxicas(cannabis, LSD, alcohol, etc)

   Beber abundantes líquidos

   No tomar bebidas gaseosas

   Ayunas desde las 12 de la noche del día anterior(no puede beber ni agua)

   No fumar

   Ducharse antes de ir al hospital, no usar desodorantes ni llevar pintadas las uñas.

3. El enfermero comprueba la existencia de toda la documentación necesaria(Informe DHA, consentimiento informado, pruebas analíticas, historia de anestesia) y de que se han realizado todas las pruebas.

4. El enfermero le dará la petición “orden de ingreso” e informara a la paciente que se persone en admisión general con dicho papel para el encame

5. El celador subirá la historia a la planta en caso de ser la intervención al día siguiente o a la secretaria si la fecha es mas distante o esta pendiente.

<u>Ingreso en planta:</u>

- El usuario llegara a planta entre las 7:30 y las 8:00 acompañado por el celador de la entrada.

- El usuario sera recibido por la TCAE de planta que acomodara al usuario en su habitación, dándole un folleto de recepción en la unidad donde se explica el funcionamiento de la misma, y explicándole de viva voz las normas mas usuales(hora de visita, uso del baño, taquillas, timbre, etc).
- El TCAE junto al enfermero comprobaran la identidad de la paciente y que lleva la pulsera identificativa correcta.
- El enfermero procederá a la valoración inicial de enfermería y administrara la medicación preanestesica que así este indicada por el facultativo, y reflejara en DAH si existe medicación pautada domiciliaria en las ultimas 12h.
- El enfermero con ayuda del TCAE procederá a la toma de constantes(T.A.,F.C. y temperatura, test de glucemia si procede)
- El enfermero realizara aquellas técnicas derivadas de la aplicación de prescripción médica especifica, sea prueba concreta(analítica) como protocolo(endocarditis, diabetes)
- El TCAE comprobara que la paciente baja a quirófano sin prótesis movibles(dentadura), que no lleva anillos, ni pulseras, ni uñas pintadas, ni piercing, ni nada metálico.
- El TCAE se cerciorara de que se ha duchado en casa, en caso de lo contrario, se instara a que se duche.
- El TCAE dejara a la paciente con el camisón con la botonera a la espalda y abierto solamente, sin ropa ninguna debajo.
- El TCAE junto al enfermero corroboraran si la paciente ha respetado la ayuna desde las 12 de la noche del día anterior a la intervención.
- El enfermero comprobara que esta toda la documentación correcta, en caso de faltar alguna, se notificara a quirófano y a la secretaria pertinente por si se puede localizar lo que falte(Hª anestesia en consulta de anestesia, secretaria de ginecología).

- El enfermero referente junto a la TCAE deberán registrar en DAH todo el proceso(VI, constantes en gráfica y observaciones de enfermería o TCAE donde se anota medicación suministrada, preparación del paciente, etc)
- El celador de quirófano cuando traslade a la paciente, deberá comunicar al enfermero referente que se lleva la paciente a quirófano, la cual bajara con la historia completa.

Etapa postquirúrgica:

1. El celador de quirófano al trasladar a la paciente a la unidad, informara de su llegada al enfermero referente y deberá traer la historia completa.

2. El enfermero junto a la TCAE recibirán al paciente valorando:

- Estado de consciencia y orientación
- Constantes(TA, FC,Tª, test de glucemia si procede)
- Si tiene dolor, se le dará la analgesia prescrita por el facultativo.
- En caso de nauseas o vómitos se administrara los antieméticos prescritos por el facultativo.
- Micción espontanea o en caso de venir sondada, registrarlo; si la paciente no puede orinar se debe colocar una sonda de un solo uso.
- Valorar terapia IV si existe y anotar tipo de catéter, de sueroterapia, etc.

3. La TCAE iniciara la tolerancia a la hora de su llegada a la unidad a no ser que haya una prescripción facultativa que diga lo contrario o el enfermero referente indique realizarla en otro tiempo por el estado de la paciente (muy dormida, nauseosa, dolorida). La tolerancia se hará normalmente con liquido (no lácteos), en caso de no ser positiva se puede probar con algo más sólido; si la tolerancia es positiva se

procederá a salinizar la vía periférica , a la hora de la misma podrá tomar una dieta semiblanda.

4. El enfermero comprobara que tiene su hoja operatoria, gráfica de recuperación y hoja de prescripciones.

5.Prescripción medica:

Observación del Facultativo:

ALERGIAS:

Mantener sueroterapia (glucosalino, 2000ml en 24 h.-500ml x 6 h-) hasta tolerancia

Enantyum 50 mg IV cada 8 horas

Nolotil IV cada 8 horas alternando cada 4 h

Primperan IV si náuseas o vómitos

PASAR MEDICACIÓN A V.O EN CASO DE TOLERANCIA POSITIVA

6. La TCAE ayudara a la paciente a levantarse de la cama después de la tolerancia, se hará poco a poco, sentándose primero en la cama y si no esta mareada ya se incorpora a la posición de bipedestación.

7. Una vez que la tolerancia del paciente es positiva, la paciente podrá tomar su tratamiento habitual crónico si no está indicado lo contrario por el facultativo.

8. El enfermero abrirá su PC estandarizado para histeroscopia que aparece en DAH y modificara lo que necesite para que se ajuste a las necesidades del paciente.

9. Registrara en DAH todo lo realizado (constantes en hoja gráfica y resto en hoja de observaciones), además del PC.

10. El enfermero o TCAE registraran en el programa dietas las modificaciones que sean oportunas.

Etapa alta:

1. El paciente se ira de alta mínimo 6h después de la intervención, siendo valorada por el ginecólogo de la UGC y por el anestesista de guardia en caso de haber sido anestesiada. Se valoraran los parámetros:
    - Si la tolerancia ha sido positiva
    - Si la micción espontanea ha sido positiva
    - La enferma deambula sin ningún tipo de problema
    - No tiene dolor
    - No tiene sangrado importante
    - No tiene fiebre
2. Si el alta se produce en el mismo día, deberá cumplir los requisitos oportunos que vienen reflejados en el alta médica.
3. El enfermero adjuntara el ICA del paciente donde se cumplimentara las recomendaciones que hay grabadas a efecto en el DAH y explicara aquellas dudas que pueda tener, modificando lo que estime oportuno para personalizarlo al enfermo.
4. En caso de que en todo el proceso se hayan detectado algún tipo de incidencia que nos haga sospechar algún problema para garantizar los cuidados en domicilio, el enfermero se pondrá en contacto con la enfermera de enlace.
5. En función de los resultados se enviaran los mismos por correo a la paciente o será citada con carácter preferente en consulta para la comunicación de los mismos.

HISTEROSCOPIA EN CONSULTA

Las principales diferencias con el procedimiento en planta son:

1. No precisa de anestesia
2. No precisa pruebas complementarias
3. Espacio físico, se realiza en consulta no en quirófano.
4. No precisa ayunas

El procedimiento a seguir es el siguiente:

1. El ginecólogo informa al usuario del procedimiento quirúrgico que se le va a realizar para su diagnostico y tratamiento si es preciso.
2. El enfermero informa de las medidas higiénico-dieteticas oportunas previa a la intervención:

   El día anterior:

   Deberá tomar una dieta ligera pobre en grasas

   No tomar sustancias toxicas (cannabis, LSD, alcohol, etc)

   Beber abundantes líquidos

   No tomar bebidas gaseosas

   No fumar

   Ducharse antes de ir al hospital, no usar desodorantes ni llevar pintadas las uñas.
3. El enfermero comprueba la existencia de toda la documentación necesaria(Informe DHA, consentimiento informado,).

4. El enfermero cuando da la cita para la histeroscopia, le da un kit histeroscopia (diazepam 5 mg+Ibuprofeno 600 mg) que deberá tomar una hora antes de la cita para la intervención, todo ello por orden facultativa.

5. Se informa al usuario que debe de ir acompañado en todo momento a la consulta y que debe estar acompañado las primeras 24h

6. Al finalizar la prueba se le da la hoja de recomendaciones impresas existente en la consulta y se aclaran las dudas que pueda tener el usuario.

4.4. CONSIDERACIONES ESPECIALES

En todo el proceso deberá garantizarse los cuidados al alta con lo cual nos pondremos en contacto con enfermera de enlace o asistenta social en caso que detectemos posibles problemas de exclusión social, o de no poder el usuario de disponer de un cuidador en domicilio.

Especial atención en la ejecución de los protocolos que son poco usuales en esta cirugía protocolo diabetes, endocarditis).

Alergias: medicamentos o material (látex), alimentarias.

4.5. REGISTRO

Facultativo ginecólogo en DAH> estación medica> hoja de cirugía, hoja de curso clínico e informe de alta.

Enfermero en DAH> estación de enfermería> estación de cuidados> gráfica, observaciones, valoración inicial, plan de cuidados e informe de alta.

TCAE en DAH> estación de enfermería> estación de cuidados> observaciones

Dietas en el programa dietas de la unidad

5. EVALUACIÓN

DENOMINACIÓN	*REGISTRO DAH*
DESCRIPCIÓN	*Cuantificar VI, PC e ICA*
FÓRMULA	*Cuantitativo*
ESTÁNDAR ÓPTIMO	*70%*
FUENTE	*Base datos DAH*
RESPONSABLE	*José Fº Torres Santos*

6. DIFUSIÓN Y ARCHIVO

Reunión explicativa con la unidad y el volcado en la página web del HRU

Colgado en los ordenadores personales de la unidad y en la página web del HRU

7. BIBLIOGRAFÍA

1-. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1 Informe Técnico Definitivo. Enero de 2009. http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

2-.Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care, Glossary of terms related to patient and medication safety – approved terms. Council of Europe. 2005. www.bvs.org.ar/pdf/seguridadpaciente.pdf

3-. La OMS lanza "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños. Nota de prensa. 2 de mayo de 2007. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/

4-. Estrategia para la seguridad del paciente. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2006. http://obssegpac.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_SP_2006-2010.pdf

8. GLOSARIO DE TÉRMINOS

DIU: Dispositivo anticonceptivo consistente en una pieza de material plástico (en forma de *T*, espiral, triangular, etc.) que se coloca en el interior del útero e impide el anidamiento del óvulo fecundado. (**D**ispositivo **I**ntra**U**terino)

ICA: Informe de Continuidad de cuidados al Alta

VI: Valoración Inicial

Histeroscopia: La histeroscopia quirúrgica consiste en la introducción a través de la vulva y vagina, en el conducto endocervical y en el interior de la cavidad uterina de un sistema óptico provisto de un haz de luz, un equipo de trabajo con un electrodo y un sistema de distensión liquido (glicina, sorbitol, suero). De este modo se procuraran tratar las lesiones intracavitarias bajo visión directa. El usuario puede precisar de anestesia general o local con sedación que en ese caso debe ser valorada por el servicio de anestesia. La muestra extraída sera enviada a anatomía patológica para su estudio, siendo el usuario informado de los resultados.

UGC: Unidad de Gestión Clínica

TCAE: Auxiliar de enfermería

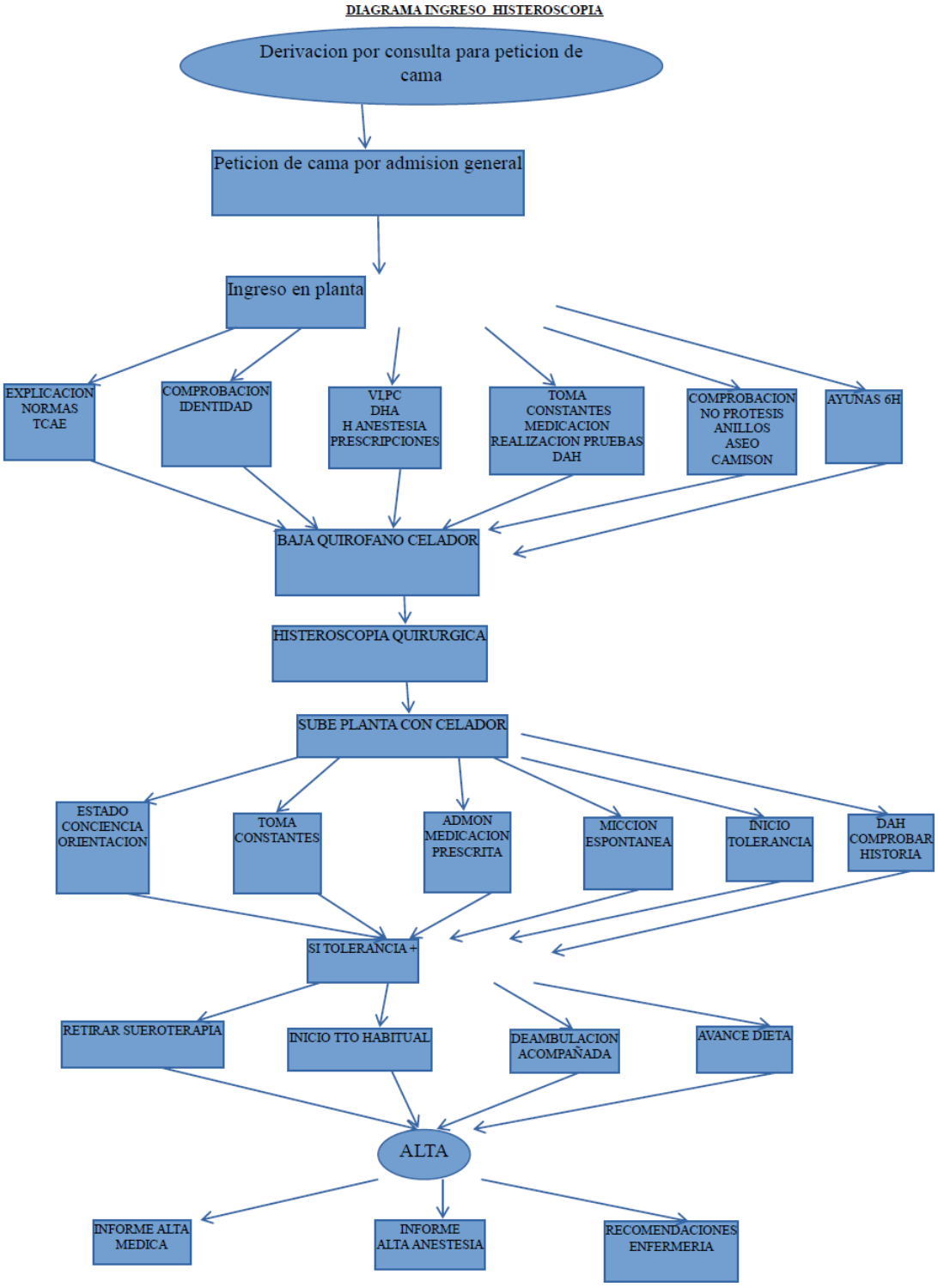
Enfermero referente: Es el enfermero que tiene asignado el cuidado de un usuario

DAH: Programa Diraya hospitalario

PC: Plan de cuidados

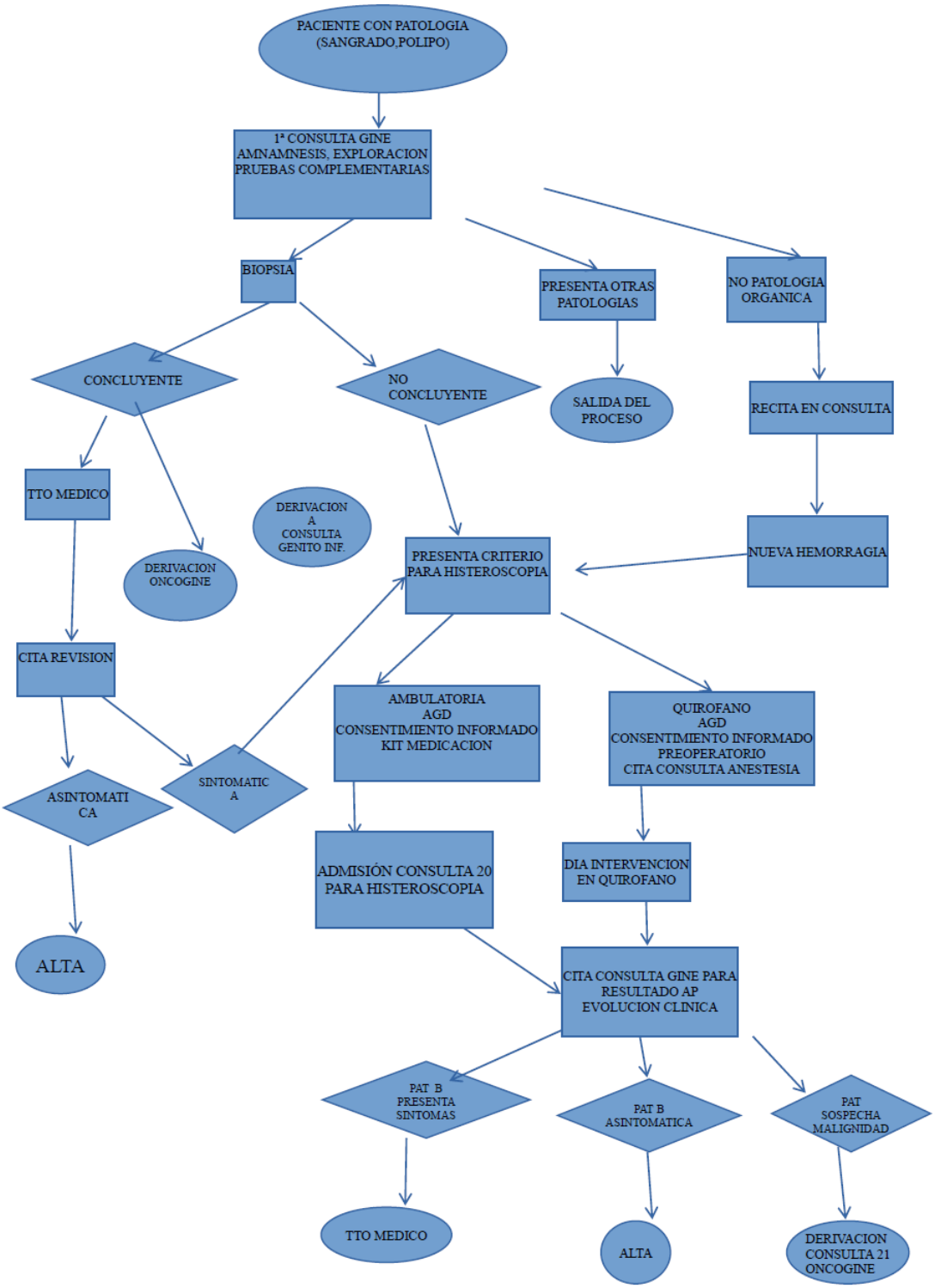
9. DIAGRAMA DE FLUJO

- ARCHIVO ANEXO DIAGRAMA INGRESO HISTEROSCOPIA
- ARCHIVO ANEXO DIAGRAMA FLUJO CIRCUITO CONSULTA HISTEROSCOPIA



Elaborado por:	Validado por:	Aprobado por:
Jesús I. Castro Turrión enfermero 7ª maternidad Isabel Aguilera medico UGC ginecología Marta Martínez Diez medico UGC ginecología Sandra Rojas Guzmán Jefe de bloque UGC ginecología José Fº Torres Santos, supervisor de 7ª maternidad Inma Lerena TCAE de la 7ª maternidad Jesús Jiménez López, Jefe de la unidad Obstetricia-Ginecología		DIRECTOR GERENTE.
Fecha de elaboración:	Fecha de Validación:	Fecha de aprobación:
Fecha de Versión original:	Fecha de actualización:	
COPIA CONTROLADA		

DIAGRAMA FLUJO CIRCUITO CONSULTA HISTEROSCOPIA



10. CONTROL DE CAMBIOS Y NUEVAS VERSIONES DEL DOCUMENTO

Determinar el periodo de revisión de manera sistematizada. La fecha de revisión no debe superar los dos años para que se considere válida. Si se estima un periodo diferente, debe ser argumentado con las características que lo permitan.

Versión nº	Cambios realizados	Fecha

11. ANEXOS

Protocolo de diabetes y endocarditis en la carpeta protocolos>anestesia de cada ordenador de la unidad.

En la unidad tenemos un libro explicativo de la numeracion de las dietas y sus variantes