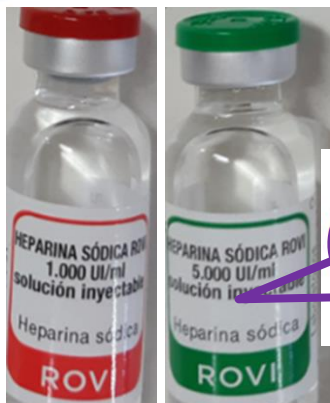
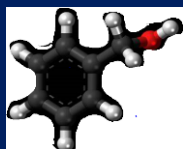


BUENAS PRÁCTICAS EN LA ADMINISTRACIÓN DE HEPARINA SÓDICA



HEPARINA SÓDICA ROVI
5.000 UI/ml
solución inyectable



**ALCOHOL
BENCÍLICO C_7H_8O**

El **alcohol bencílico** es un **excipiente de declaración obligatoria** dentro del vial de Heparina Sódica (10mg/ml)

Vial de 5 ml
Alcohol bencílico (10 mg/ml)
Via intravenosa,
intraarterial o subcutánea



HEPARINA SÓDICA

Presentación en **UNIDADES/ML**, en el vial **NO APARECE MG/ML**

A TENER EN CUENTA:

- ☐ El control analítico debe extraerse del brazo contralateral al que se esté infundiendo la perfusión
- ☐ Tras valorar resultado → confirmar pauta con el hematólogo/a
- ☐ Comprobar prescripción en **e-Osabide**, evitar preparar la mezcla basándose en una orden verbal
- ☐ No se debe disponer de *stock* en las unidades

☐ ¡¡Cuidado!!



La **HEPARINA SÓDICA** se prescribe en **mg** por lo que hay que **comprobar las observaciones en e-Osabide** para ver la equivalencia: 5 ml heparina sódica = 250 mg = 25.000 U

5ml de heparina sódica al 5 % = 250 mg = 25.000 U

Observación:

☐ Para Paciente

Cada vial de 5 ml de Heparina sódica al 5% contiene 250 mg Heparina que equivalen a 25.000 unidades. |



SÍNDROME DE COMPRESIÓN DE CONO MEDULAR VS. CAUDA EQUINA

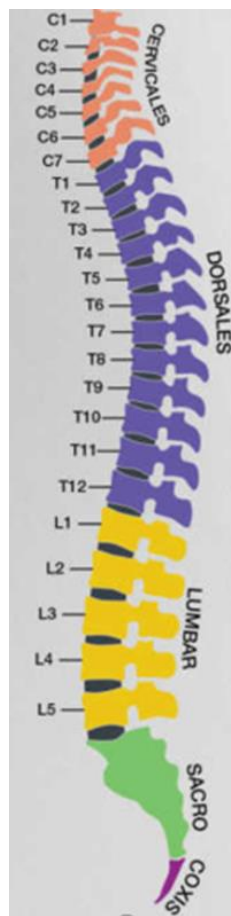
El diagnóstico precoz es de vital importancia de cara al pronóstico neurológico de pacientes

Causas potencialmente quirúrgicas y reversibles según tiempo de evolución de la clínica:

- Hematoma epidural, subdural
- Fractura
- Hernia discal extruida
- Los casos producidos por infarto/isquemia medular, no se benefician de tratamiento quirúrgico

La afectación esfinteriana e impotencia, son **síntomas muy invalidantes** y a su vez, en ocasiones, **difícil de expresar por los pacientes**:

Debemos ser **directos** en nuestra anamnesis a la hora de preguntar por la sensibilidad en zona genital, anal y problemas esfinterianos.



	Síndrome cono medular	Síndrome de cauda equina
Nivel vertebral	L1-L2	L2-sacro
Presentación	Inmediata y bilateral	Gradual y uni/bilateral
Dolor radicular	Leve	Intenso
Dolor lumbar	Intenso	Leve
Exploración motora	Pérdida de fuerza bilateral (paraparesia), fasciculaciones	Paraparesia arrefléxica asimétrica, atrofia muscular
Exploración sensitiva	Hipoestesia/Entumecimiento de zona perianal simétrica	Hipoestesia en silla de montar asimétrica
Disfunción esfinteriana	Precoz urinario y fecal	Más tardía
Disfunción eréctil	Frecuente	Menos frecuente

PROFILAXIS ANTITETÁNICA POSTEXPOSICIÓN



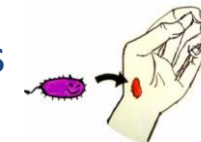
DOC. PROFILAXIS



DOC. TETANOS

Antecedentes vacunación	Herida limpia		Herida tetanígena	
	Vacuna (Td)	IGT	Vacuna (Td)	Inmunoglobulina (IGH)
< 3 dosis o desconocida	SÍ (completar vacunación)	NO	SÍ (completar vacunación)	SÍ
3 o 4 dosis	NO (administrar 1 dosis si hace más de 10 años desde la última dosis)	NO	NO (administrar 1 dosis si hace más de 5 años desde la última dosis)	NO *EN HERIDAS DE ALTO RIESGO SÍ ADMINISTRAR
5 o más dosis	NO	NO	NO (si hace más de 10 años de la última dosis, valorar administrar dosis adicional según herida)	NO *EN HERIDAS DE ALTO RIESGO SÍ ADMINISTRAR

HERIDAS TETANÍGENAS



- **Heridas o quemaduras con:**
 - Importante grado desvitalizado
 - Fractura
 - Requieran I.Q y se demore >6 h
 - Contaminada por cuerpo extraño
- Herida punzante (particularmente por contacto con suelo o estiércol)
- Mordeduras
- Congelación
- Heridas en pacientes con sepsis sistémica



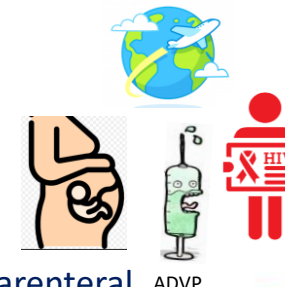
HERIDAS DE ALTO RIESGO QUE RECIBIRÁN IGT INDEPENDIENTEMENTE DEL ESTADO DE VACUNACIÓN

- En **heridas contaminadas** con gran cantidad de material que puede contener **esporas** y/o grandes zonas de **tejido desvitalizado** recibirán **SIEMPRE** una dosis de inmunoglobulina.
- En caso de **inmunodeprimidos y usuarios de drogas por vía parenteral**, se administrará una dosis de inmunoglobulina en caso de heridas tetanígenas, independientemente del estado de vacunación.



GRUPOS DE RIESGO

- ☐ Viajeros internacionales
- ☐ Mujeres embarazadas
- ☐ Inmunodeprimidos o VIH
- ☐ Usuarios de drogas por vía parenteral



PROTOCOLO IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA

La identificación errónea es capaz de generar **EVENTOS ADVERSOS** con daño grave para pacientes



Es **RESPONSABILIDAD** de cada profesional realizar una identificación correcta en **cada acto asistencial** comprobando la pulsera y en su defecto nombre, dos apellidos, fecha de nacimiento y CIC



BUENAS PRÁCTICAS:

- ☐ Al realizar informes, escribir en HC o entregar resultados, comprobar que estamos en la HC del paciente correcto
- ☐ Confirmar siempre la identidad del paciente con la pulsera al administrar medicación o extraer una analítica. En los actos asistenciales que no se disponga de pulsera identificativa, comprobar su identificación mediante otra tarjeta identificativa: TIS, DNI. Le pediremos al paciente que sea él quien nos diga su nombre y apellidos, no decírselo nosotros
- ☐ El 100 % de estos incidentes son evitables



Evitable

Prácticas de riesgo comunes

- Dar por hecho que el paciente es... el que creemos que es
- Suponer que sólo existe un paciente con ese nombre y apellidos
- Utilizar identificadores variables: nº habitación, patología...
- Identificar muestras sin el paciente delante
- Emitir varias pulseras o llevar a varios pacientes a la vez
- Restar importancia a la ausencia de pulsera
- Entregar documentación o valorar a un paciente distinto al que tenemos en pantalla
- Leer dos veces un identificador (pegatina) en lugar de leer la pulsera
- Realizar pruebas diagnósticas sin comprobar que volante y pulsera coinciden. Utilizar una herramienta de seguridad (*tablet*) inadecuadamente (leer dos veces una pegatina) es más peligroso que no usarla

