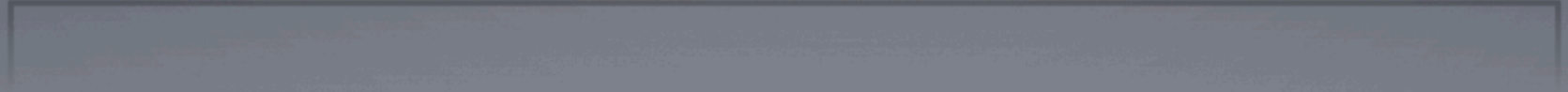


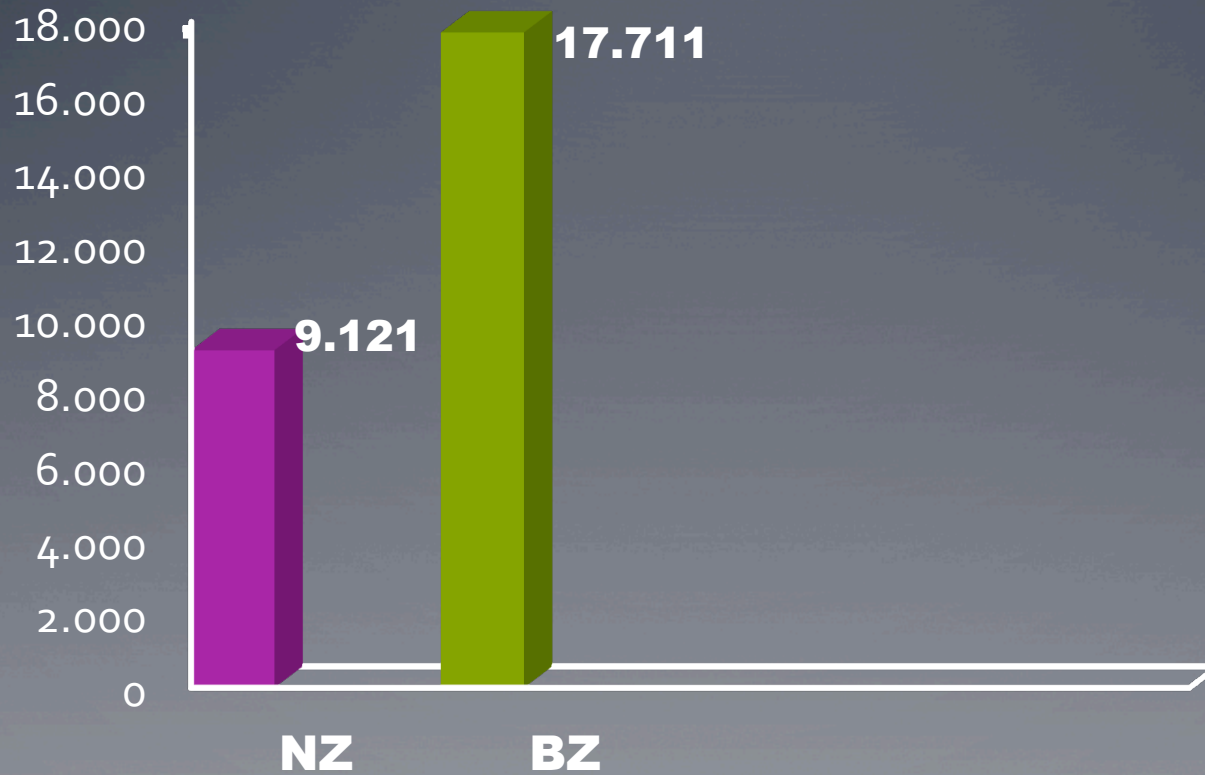


NEUMONÍA ZERO

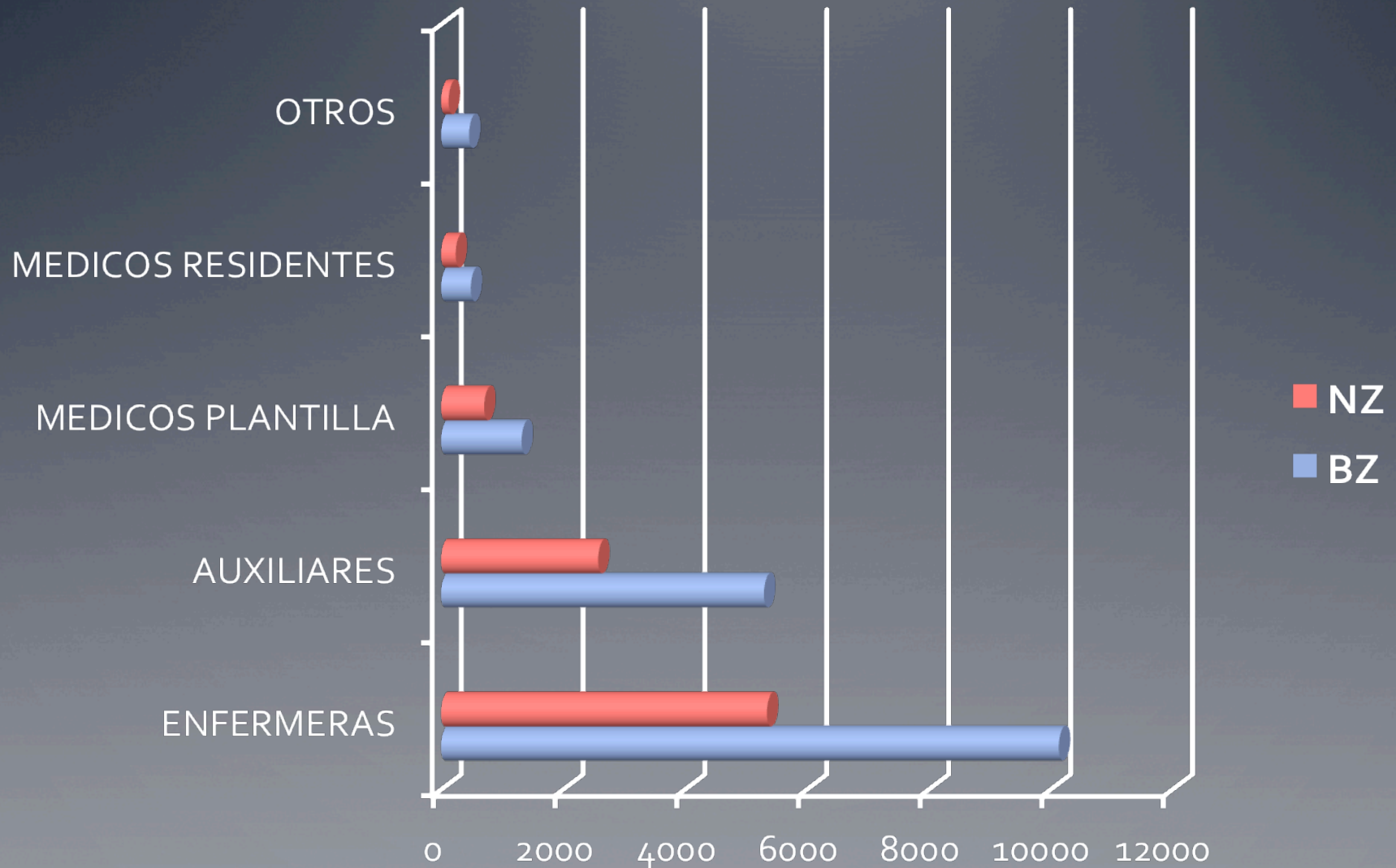
Rosario García



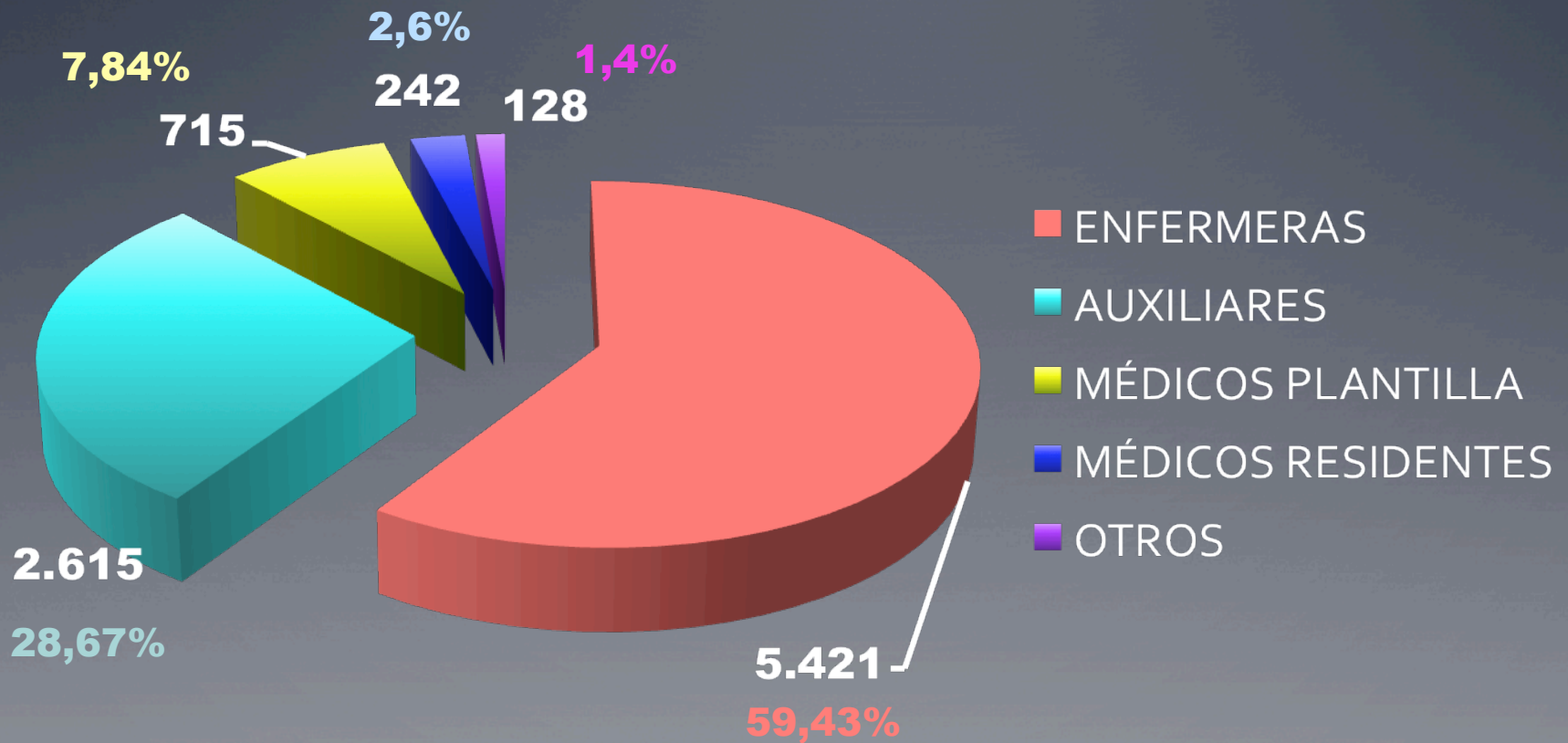
FORMACIÓN ON-LINE



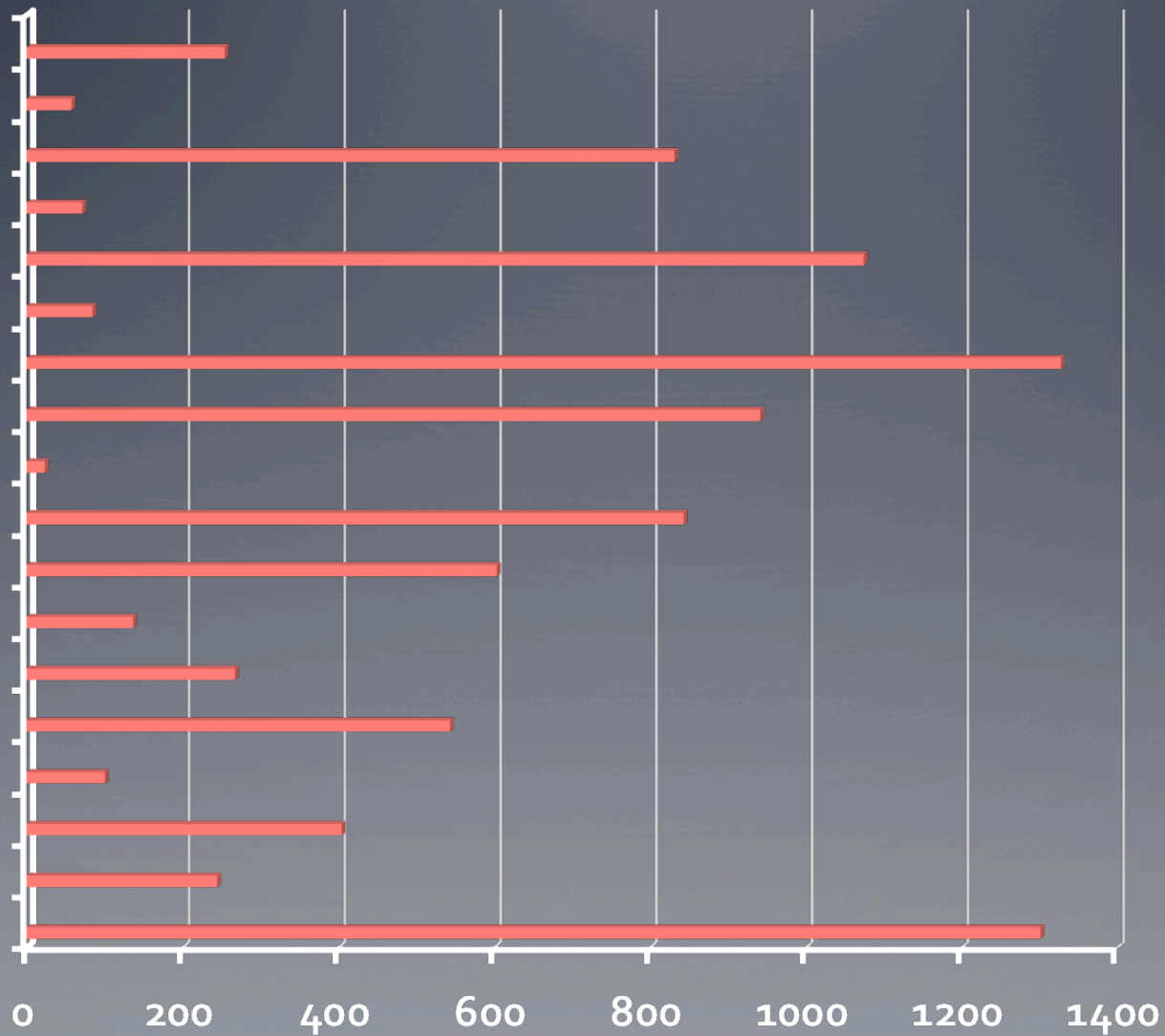
FORMACIÓN POR GRUPOS PROFESIONALES



FORMACIÓN POR GRUPOS PROFESIONALES



FORMACIÓN POR CC.AA



EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN ON-LINE



CURSO DE FORMACIÓN ON-LINE

TEST DE AUTOEVALUACIÓN

NOTA MEDIA
7,94



**ACREDITACIÓN POR LA AGENCIA LAIN ENTRALGO:
3 CRÉDITOS**

ACTIVIDADES ASOCIADAS AL PROYECTO



 REVISIÓN SEMANAL DE PROTOCOLOS



 POSTER DIVULGATIVO



 TALLER TEÓRICO-PRÁCTICO

OTRAS ACTIVIDADES RECOMENDADAS



• Rondas de seguridad

• Objetivos diarios

• Uso de check list

• Auditorias de cumplimiento de recomendaciones



CHECK LIST MEDIDAS DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO EN LA UNIDAD PARA NEUMONIA ZERO

UNIDAD:	FECHA:
RESPONSABLE:	AUDITA:

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN

- Periodicidad **diaria/semanal (habría que definirlo)**
- Chequear la casilla en caso de respuesta afirmativa.
- En caso de que una pregunta no se aplique a la Unidad, se indicará en el apartado Observaciones

Aspiración de secreciones

Descripción	Comprobar en 5 pacientes	OBSERVACIONES
Lavado manos previo a la aspiración de secreciones ¹		
M	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
T	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
N	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Lavado manos posterior a la aspiración de secreciones		
M	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
T	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
N	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Uso de suero fisiológico		
M	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
T	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
N	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Higiene bucal

Descripción	Comprobar en 5 pacientes	OBSERVACIONES
Higiene bucal c/ clorhexidina		
Observación Registro	M	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Observación Registro	T	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Observación Registro	N	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

¹ Con productos de base alcohólica/agua y jabón

Comprobación globo pneumo

Descripción	Comprobar en 5 pacientes	OBSERVACIONES
Previa higiene bucal		
M	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
T	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
N	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Cada 6-8horas		
M	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
T	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
N	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Control elevación cabecera

Descripción	Comprobar en 5 pacientes	OBSERVACIONES
Cada 6-8horas		
M	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
T	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
N	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Cambio de tubuladuras s/n

Descripción	SI	NO	OBSERVACIONES
Fecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Cambio Filtro/Humidificador antes 48hrs s/n

Descripción	SI	NO	OBSERVACIONES
Fecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Aspiración Continua de secreciones subglóticas

Descripción	Comprobar en 5 pacientes	OBSERVACIONES
Valoración permeabilidad c/8hrs		
M	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
T	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
N	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

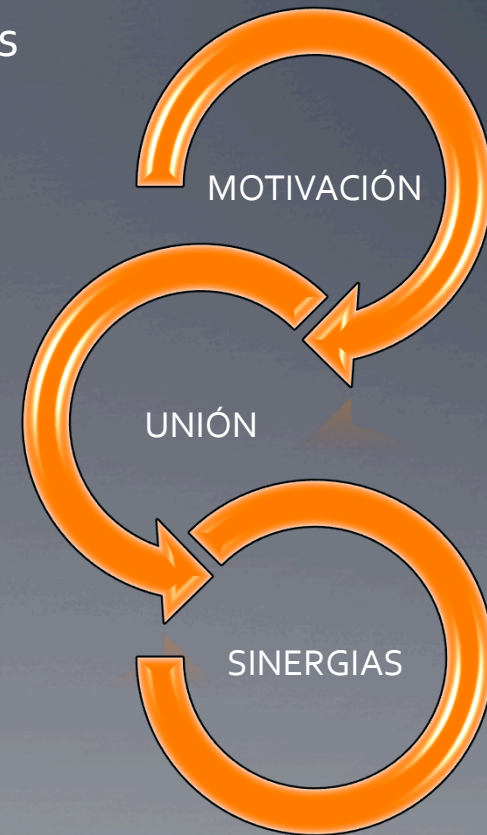
Uso Descontaminación

Descripción	Comprobar en 5 pacientes	OBSERVACIONES
Completa o solo orofaríngea		
M	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
T	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
N	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

TRABAJO EN EQUIPO



- Permite que sea más fácil la consecución de los objetivos
- Agrega valor a los procesos
- Cada integrante pone al servicio del equipo sus competencias
- Permite compartir las metas y los objetivos de trabajo



MUCHAS GRACIAS

