



**Ministerio
de Salud Pública**
Hospital Vicente Corral Moscoso

NORMA TECNICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

**CUENCA – ECUADOR
2015**



INDICE

PRESENTACIÓN	4
DATOS DE LA INSTITUCION.....	4
MISION	4
VISION	4
PRESENTACIÓN DE LA NORMA	5
INTRODUCCION.....	6
ANTECEDENTES	6
MARCO LEGAL.....	7
FINALIDAD.	7
OBJETIVO GENERAL.....	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
ALCANCE.....	8
RESPONSABLES DE LA SUPERVISIÓN	8
DEFINICIONES Y CONCEPTOS BÁSICOS.	8
CAPITULO I.....	14
LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	14
CLASIFICACION INTERNACIONAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	15
TIPO DE INCIDENTE Y RESULTADO PARA EL PACIENTE.....	15
CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE, CARACTERÍSTICAS DEL INCIDENTE FACTORES/PELIGROS CONTRIBUYENTES, Y RESULTADOS PARA LA ORGANIZACIÓN.	15
DETECCIÓN, FACTORES ATENUANTES, MEDIDAS DE MEJORA Y MEDIDAS ADOPTADAS PARA REDUCIR EL RIESGO.....	16
CULTURA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	17
BENEFICIOS DE UNA CULTURA DE LA SEGURIDAD	18
CULTURA ABIERTA E IMPARCIAL (JUSTA) ABIERTA RESPECTO A:.....	18
METAS INTERNACIONALES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, DE LA OMS 2004.....	18
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LOS PACIENTES.....	18
MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA.	19
GESTIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS.....	19
GARANTIZAR LA CIRUGIA EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y AL PACIENTE CORRECTO.....	19
REDUCIR EL RIESGO DE SUFRIR INFECCIONES ASOCIADAS CON EL CUIDADO DE LA SALUD:	19
REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE CAUSADO POR CAIDAS.....	19
SEGURIDAD CLINICA:.....	20



LA CALIDAD DE LA ATENCION	20
DIMENSIONES DE LA CALIDAD	21
SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN	22
Las barreras de seguridad que previenen la ocurrencia del evento adverso.....	23
NORMAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.	24
CAPITULO II	25
SEGURIDAD DEL PACIENTE ANTE POSIBLES DESASTRES.....	25
ACCIONES EN SEGURIDAD DE LOS PACIENTES	25
LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA NACIONAL DE HOSPITAL SEGURO	26
CAPITULO III	26
PLAN DE CAPACITACIÓN GENERAL PRÁCTICAS SEGURAS	26
NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS	27
IDENTIFICACIÓN PARA LOS PACIENTES.....	30
CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN.	35
PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS.	38
TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES EN PUNTOS DE TRANSICIÓN.	39
CONTROL DE ELECTROLITOS CONCENTRADOS.	42
MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO.	44
Entrenamiento en Bombas de Infusión.....	45
ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS DURANTE UNA CIRUGÍA	46
CONTROL DE INFECCIONES.	47
PRÁCTICAS SEGURAS DE APLICACIÓN DE INYECCIONES.....	49
PREVENCIÓN DE CAÍDAS.	50
PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.....	54
PROFILAXIS DE TROMBO EMBOLISMO VENOSO.....	57
COMUNICACIÓN EFECTIVA DE LOS VALORES CRÍTICOS.....	59
MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	61
ANEXOS	63
BIBLIOGRAFÍA.....	83



PRESENTACIÓN

DATOS DE LA INSTITUCION.

El Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, es un Hospital General, de segundo nivel de complejidad, la atención está dirigida a usuarios/as con patologías agudas y crónicas a toda la población del país, en particular de la Zona 6 de salud que incluye las provincias del Azuay, Cañar y Morona Santiago, a través del sistema de referencia y contra referencia.

El hospital se encuentra en capacidad de brindar atención clínico quirúrgica y ambulatoria en consulta externa, hospitalización, cuidados intensivos adultos y pediátricos, cuidados intermedios y emergencias; con especialidades básicas y subespecialidades reconocidas por la ley. Además de los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento (Laboratorio Clínico, Imagenología, Anatomía Patológica, Nutrición y Dietética, Medicina Física y Rehabilitación), farmacia institucional para pacientes que acuden a las diferentes consultas, y además para los pacientes que se encuentra hospitalizados, Banco de Sangre, Trabajo Social, Unidad de Trauma, Atención Básica de Quemados, Banco de Leche. Resuelve las referencias recibidas de las unidades de menor complejidad y direcciona la contrarreferencia. Desarrolla además actividades de Docencia e Investigación en Salud.

El hospital cuenta con personal médico profesional experimentado, así como personal administrativo, trabajadores y técnicos con experiencia, lo que permite satisfacer las necesidades de la población.

El Hospital se encuentra localizado en la provincia del Azuay, ciudad de Cuenca, Parroquia Huayna Capac, en las Av. De los Arupos y Av 12 de Abril s/n. Teléfonos: (07) 4096000-4096600

MISION

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social.

VISION

Al 2017 ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles, que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.



PRESENTACIÓN DE LA NORMA

El Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, define los estándares de calidad, a ser aplicados en forma obligatoria, para mejorar la calidad de atención que se brinda a los pacientes en los establecimientos de salud a nivel nacional.

Bajo estos preceptos, se desarrolla la Norma Técnica de “Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”, misma que pretende estandarizar lineamientos técnicos para la Seguridad del Paciente, basados en la mejor evidencia científica disponible con la finalidad de minimizar el riesgo de los pacientes sufran eventos adversos en el proceso de atención de salud o en su ocurrencia mitigar sus consecuencias. El contenido de la norma técnica contribuirá a la prestación de servicios de salud seguros, bajo estándares de calidad que permita disminuir la morbi mortalidad derivada de la ocurrencia de los eventos adversos.

La Seguridad del Paciente constituye una prioridad en la atención en salud, los incidentes y eventos adversos ponen en alerta al personal de salud sobre la existencia de una atención insegura, por tanto los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad.

La presente norma está dirigida a todos los profesionales que brindan atención al paciente y/o usuario, como son: médicos, enfermeras/os, auxiliares de enfermería, técnicos de servicios y personal en formación.

La norma sugiere capacitación en temas enfocados en las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, a través del cumplimiento de las Prácticas Organizacionales Requeridas (POR), como:

Meta 1. Cultura de Seguridad, POR:	1. Reporte de Eventos adversos.
Meta 2. Comunicación, POR:	2. Identificación correcta de pacientes, y 3. Prácticas Quirúrgicas Seguras.
Meta 3. Uso Medicamentos, POR:	4. Abreviaturas Peligrosas, y 5. Control de Electrolitos Concentrados.
Meta 4. Vida laboral, POR:	6. Capacitación en Seguridad del Paciente, 7. Programa de Mantenimiento Preventivo.
Meta 5. Control de Infecciones, POR:	8. Higiene de manos.
Meta 6. Evaluación del riesgo, POR:	9. Prevención de Úlceras de Presión, 10. Estrategia de prevención de caídas. 11. Profilaxis de tromboembolismo venoso



INTRODUCCION

El siguiente trabajo proporciona lineamientos fundamentales sobre capacitación en seguridad del paciente, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

La seguridad del paciente sigue siendo un desafío global para los sistemas de salud, por lo que debe abordarse desde diferentes perspectivas que conjugan varios conceptos y tendencias actuales de gestión en salud y de calidad de la atención, tanto a nivel mundial como a nivel nacional y local del sistema de salud ecuatoriano.

El presente trabajo será una herramienta útil en la capacitación del personal para que actúen como gestores del mejoramiento de los procesos asistenciales y líderes de la transformación cultural que se requiere.

La presente norma, pretende generar en el personal de salud que trabaja en el Hospital Vicente Corral Moscoso la responsabilidad de dar seguridad al usuario, brindar atención de salud segura actuando activamente en la prevención de eventos adversos y reportándolos cuando estos sucedan.

ANTECEDENTES

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, tiene como propósito el llevar a cabo acciones que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes en el mundo, especialmente para reducir los eventos adversos en la atención, evitar el sufrimiento innecesario y disminuir muertes evitables.

En octubre del 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en respuesta a la Resolución 55.18 de la Asamblea Mundial de la Salud, en la que se instaba a la OMS y a los Estados miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad de los pacientes. La Alianza promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención, y apoya a los Estados miembros en la formulación de políticas y prácticas para la seguridad de los pacientes.

Esta Alianza propone lograr el compromiso de los países miembros de la OMS para aumentar la seguridad en la atención en salud, a través del mejoramiento de los procesos de atención de los establecimientos de salud, la aplicación de buenas prácticas de atención, así como de la formulación de políticas de Seguridad del Paciente.

Es así que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, impulsa la seguridad del paciente, como aspecto esencial de la calidad en los servicios de salud, llevando a cabo estrategias que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes, tales como el estudio de los



eventos adversos, la gestión de riesgos en la atención en salud y la puesta en marcha de una estrategia que contribuya a brindar una atención limpia y segura en las organizaciones de salud.

MARCO LEGAL

La presente Norma Técnica de Seguridad del Paciente en la atención Hospitalaria, se sustenta en los siguientes cuerpos legales.

El artículo 32 de la Constitución de la República establece que: La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

El artículo 4 de la **Ley Orgánica de Salud** señala que la salud es un derecho que garantiza el Estado. El ejercicio pleno del derecho a la salud consiste en el acceso en igualdad de oportunidades a una atención integral, mediante servicios de salud que respondan de manera oportuna y con calidad a las necesidades y demandas de la población en los diferentes niveles del sistema de salud, así como de acciones en otros ámbitos del área social que protejan la salud colectiva. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales.

El artículo 358 del **RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR** establece el Sistema Nacional de Salud para “el desarrollo, protección y recuperación de capacidades y potencialidades bajo los principios de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional”, incluyendo los servicios de promoción, prevención y atención integral.

Mediante contrato N°. 0000067, efectuado entre el Ministerio de Salud Pública y Acreditación Canadá realizan la preparación y acreditación de 44 Hospital del Ministerio de Salud en base al modelo Canadiense, enfocado a acreditación de entidades públicas y de atención primaria

FINALIDAD.

Contribuir a la mejora de la calidad de la atención en el hospital Vicente Corral Moscoso, con la definición de normativas para la Seguridad del Paciente.



OBJETIVO GENERAL

Aplicar de manera estandarizada los lineamientos técnicos para la Seguridad del Paciente en la atención de salud, como aspecto fundamental de la gestión de la calidad y efectividad de los servicios de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer las competencias del talento humano, sobre la gestión de la seguridad del paciente, su importancia y la trascendencia en su desarrollo profesional.
- Utilizar la mejor evidencia científica para la toma de decisiones.
- Promover la estructura organizacional apropiada e indispensable para la gestión de la seguridad del paciente.
- Proveer de metodologías, herramientas e instrumentos técnicos de fácil aplicación y necesarios para la implementación.

ALCANCE

Esta normativa será aplicada en forma obligatoria en todas las áreas del Hospital Vicente Corral Moscoso, especialmente en los servicios de hospitalización clínico quirúrgica.

RESPONSABLES DE LA SUPERVISIÓN

La difusión y vigilancia de su cumplimiento, es de responsabilidad de las Autoridades del hospital, así como de los Equipos de Gestión de la Calidad.

DEFINICIONES Y CONCEPTOS BÁSICOS.

Paciente

Persona que recibe atención sanitaria.

Salud

Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Atención en salud

Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.



Seguridad del paciente

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Clasificación

Una clasificación comprende un conjunto de conceptos vinculados entre sí por relaciones semánticas. Ofrece una estructura para organizar información destinada a utilizarse con muchos fines, como estadísticas nacionales, estudios descriptivos e investigaciones evaluativas.

Indicio de atención insegura

Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

Falla de la atención en salud

Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución.

Riesgo

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

Complicación

Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

Barrera de seguridad

Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

Acciones de reducción de riesgo

Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

Resiliencia

Se refiere al grado en que un sistema previene, detecta, atenúa o mejora continuamente peligros o incidentes. Permite a una organización «recuperar» lo antes posible su capacidad original de desempeñar funciones asistenciales después de que se haya producido un daño

Acontecimiento adverso (aa)

Suceso inesperado y no deseado, relacionado con la atención sanitaria, que tiene consecuencias negativas para el enfermo y no relacionado con la evolución o posibles



complicaciones de la enfermedad de base. Produce daño. Sinónimos: evento adverso, efecto adverso.

Cultura de la seguridad

Producto de valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan la actuación y el estilo de una organización sanitaria hacia la gestión de la seguridad.

Error médico

Acto de equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurran un AA. Incluye los errores de comisión y en el segundo caso, los de omisión. Puede o no causar daño (puede llegar o no a acontecimiento, pero siempre es un incidente). Siempre es evitable.

Incidente

Suceso aleatorio imprevisto o inesperado que podría haber causado daño en otras circunstancias relacionado con la atención sanitaria o aquel que puede favorecer la aparición de un acontecimiento adverso.

Negligencia

Error difícilmente justificable, ocasionado por abandono, apatía, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones debidas a la falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que se debería tener y utilizar por un profesional cualificado.

Responsabilidad

Es la obligación de reparar el daño o mal causado por el incumplimiento de deberes y obligaciones (tanto de las consecuencias de sus actos, de las omisiones, de errores voluntarios o involuntarios, dentro de ciertos límites), cometidos en la práctica de su profesión.

Abreviaturas peligrosas: Se refiere que tiene peligro o puede causar daño. Son todas aquellas abreviaciones de medicamentos, insumos u otros productos utilizados en la atención de salud que pueden ser confundidas con otros con diferente acción y que por lo tanto provocan una afección al paciente.

Bomba de infusión: es un dispositivo electrónico capaz de suministrar, mediante su programación y de manera controlada, un determinado líquido parenteral a los pacientes que por su condición así lo requieran. El uso de estos dispositivos es muy importante porque disminuyen el porcentaje de errores humanos.

Caída: La OMS define las caídas como cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad.

Calibración: Algunos equipos médicos en particular aquellos cuya salida de energía se usa con fines terapéuticos (desfibriladores, unidades electro quirúrgicas estimuladores fisioterápicos) requieren calibración periódica. Esto significa que los niveles de energía se deben medir y que si hay discrepancias con respecto a los indicadores es preciso realizar



ajustes hasta que el dispositivo funcione conforme a las especificaciones. Los dispositivos con los que realizan mediciones (electrocardiógrafos, equipos de laboratorio, básculas, espirómetros) también requieren calibración periódica para asegurar su precisión según parámetros establecidos.

Concepto de conciliación de la Medicación: El Institute for Healthcare (IHI), define la Conciliación de la Medicación como el proceso formal de obtener una lista completa de la medicación del paciente previa al ingreso y compararla con la que se le ha prescrito en la institución hospitalaria al ingreso, en los traslados y al alta. Las discrepancias deben ser comentadas con el prescriptor y, si procede, deben ser corregidas. Los cambios realizados deben ser adecuadamente documentados y comunicados al siguiente proveedor de salud y al paciente. (Improvement, 2014)

Es el proceso de revisar la lista actual de medicación del paciente y compararla a la lista anterior antes de la admisión, transferencia o alta, como esto sea apropiado. La conciliación de la medicación ayuda a reducir los eventos adversos relacionados con el medicamento debido a la compleja interacción de las drogas y otras complicaciones. Se recomienda que este proceso sea particularmente usado en aquellos pacientes con una historia medicamentosa compleja, es decir, aquellos que toman cuatro o más medicamentos (A.C)

Cuasi evento: es un evento o situación que podría haber producido un accidente, lesión o enfermedad a un paciente, pero que no ocurrió, bien sea por azar o a través de una intervención oportuna.

Contra referencia: Es el procedimiento obligatorio por el cual, un usuario o usuaria que inicialmente fue referido/derivado es retornado luego de haber recibido la atención con la información pertinente al establecimiento de salud de menor nivel de atención correspondiente, para garantizar la continuidad y complementariedad de su atención.

Derivación: Es el procedimiento por el cuál los prestadores de salud envían a las usuarias o usuarios de cualquier nivel de atención a un prestador externo público (Red Pública Integral de Salud) o privado (complementario) del mismo o mayor nivel de atención y/o de complejidad, cuando la capacidad instalada del establecimiento o de la entidad a la que pertenece no permite resolver el problema de salud, por la que se le envía, buscando la complementariedad de los servicios previa la autorización correspondiente. Según norma del subsistema de referencia, derivación contra referencia, referencia inversa y transferencia del sistema nacional de salud.

Electrolitos: Son sustancias que contienen iones libres, los que se comportan como medio conductor eléctrico. En fisiología los electrólitos primarios son: sodio (Na^+), potasio (K^+), calcio (Ca^{2+}), magnesio (Mg^{2+}), cloro (Cl^-), hidrógeno fosfato (HPO_4^{2-}) y bicarbonato (HCO_3^-).

Electrólitos concentrados: Serán consideradas electrólitos concentrados, las que contengan: Sales de Potasio concentraciones iguales o superiores a 2mil equivalentes por mili litro; Sales de Calcio en concentraciones iguales o superior al 10 por ciento en 10 mililitros;



Cloruro de Sodio concentraciones superiores al 0,9%; Bicarbonato de Sodio 8.4 por ciento en 10 mililitros y Sulfato de magnesio: concentraciones superior al 20 por ciento en 10 mililitros.

Evento adverso.- Es un incidente inesperado e indeseable, relacionado directamente con la atención o los servicios prestados al cliente. El incidente se produce durante el proceso de recepción de los servicios de salud. El evento adverso es un resultado adverso, lesión o complicación para el paciente. (A.C.)

Evento centinela.- Es un evento adverso que conduce a la muerte o pérdida importante y perdurable de la función para el receptor de servicios de salud. Una pérdida importante y perdurable de la función, se refiere a un deterioro sensorial, motor, fisiológico, o psicológico que no está presente en el momento en que se solicitó o comenzaron los servicios, es decir, un paciente muere o es afectado gravemente por un error de medicación. (A.C.)

Factores de riesgo.- Son aquellos elementos o circunstancias que, con independencia de su naturaleza, inciden de forma negativa sobre el paciente, haciéndolo más vulnerable respecto a su capacidad de autoprotección.

Mantenimiento preventivo: Se realiza para prolongar la vida útil del dispositivo y prevenir desperfecto. Habitualmente se programa a intervalos definidos e incluyen tareas de mantenimiento específicos como lubricación, limpieza (por ejemplo de filtros) o reemplazo de piezas que se desgastan, o que tienen una vida útil limitada (por ejemplo tubos). Por lo general es el fabricante el que establece los procedimientos e intervalos. En casos especiales, el usuario puede modificar la frecuencia de acuerdo con las condiciones del medio local. Según O.M.S.

Mantenimiento correctivo: Es el proceso para restaurar la integridad o el funcionamiento de un dispositivo después de una avería. Según O.M.S.

Medicamentos de alto riesgo: Aquellos fármacos que conllevan un riesgo de error que pueda conducir a resultados adversos importantes.

Normas asistenciales: Texto escrito que describe las normas, acciones o estudios que dirigen la asistencia sanitaria del paciente. Las normas asistenciales guían la actividad profesional y se pueden utilizar a la hora de evaluar la asistencia.

Poli medicación- Se considera que un enfermo poli medicado es aquél que consume más de cinco medicamentos al día durante más de seis meses, independientemente de que se trate de fármacos prescritos por el médico, complementos nutricionales, productos de herbolario o automedicación. Lo más frecuente es que la poli medicación se dé en personas de edad avanzada, ya que suelen presentar varias patologías, la mayoría crónicas, que requieren tratamiento farmacológico. La poli medicación conlleva una serie de problemas asociados tanto al comportamiento de los pacientes como a las características de los medicamentos que debe tomar, pero que inciden negativamente en el control de sus patologías como en el aumento de ingresos hospitalarios y pruebas realizadas. 2 (Milenium, 2014)



Puntos de transición: Se definen como estrategias en el cuidado del paciente incluyendo cuando se realiza entre el personal, cambios de turno, entre unidades de cuidado de pacientes, y entre el paciente y el siguiente proveedor de cuidados médicos al momento al momento de ser dado de alta.

Prescripción médica: Acto científico, ético y legal, mediante el cual el profesional médico indica un tratamiento incluyendo tipo de medicamento, tiempo y frecuencia de su uso, con el objetivo de alcanzar un efecto terapéutico.

Referencia: Es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a las usuarias o usuarios de un establecimiento de salud de menor a mayor o al mismo nivel de atención o de complejidad, cuando la capacidad instalada no permite resolver el problema de salud. La referencia se realiza entre establecimientos de salud de una misma entidad del sistema utilizando el formulario 053.

Riesgo asistencial: Posibilidad de que algo suceda durante la atención sanitaria y tenga un impacto negativo sobre el paciente. Se mide en términos de consecuencias y probabilidad.

Riesgo.- Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra. El programa de Seguridad del paciente consiste en crear una cultura justa con valores compartidos en la seguridad, si hay errores se aprende de ellos, quién los reporta no será castigado y mientras quién oculta es castigado, no por el error sino por el ocultamiento. Según Lian Donaldson equivocarse es humano, ocultar los errores es una estupidez y no aprender de ellos es imperdonable.”.

Seguridad del Paciente.- Ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención a la salud recibida, es consecuencia de la interacción y el equilibrio permanente de múltiples actuaciones del equipo de salud.

Transferencia de pacientes.- Acto médico administrativo consistente en la asignación de la atención de un paciente de un establecimiento de salud a otro, con acompañamiento de un servidor de salud.

Úlcera: Es la destrucción de tejido que ocurre cuando se restringe la irrigación sanguínea en una zona, debido a la presión prolongada.

CAPITULO I

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La seguridad del paciente, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para las gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

Se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital. El daño puede ser consecuencia de distintos errores o efectos adversos.

Las razones económicas para mejorar la seguridad de los pacientes son poderosas. Los estudios muestran que en algunos países se han perdido entre US\$ 6000 millones y US\$ 29000 millones por año a causa de la prolongación de la estancia en los hospitales y las consecuencias derivadas de esta: gastos médicos, infecciones intrahospitalarias, demandas, el lucro cesante y la discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su 55ª Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra en el 2002, reconoció la necesidad de promover la Seguridad del Paciente como principio fundamental en todos los sistemas de salud a través de las acciones para “Desarrollar normas mundiales, directrices para la calidad de la atención y la Seguridad del Paciente “.

Actualmente algunas naciones de todo el mundo ofrecen una adecuada atención en salud, a todos los usuarios que asisten a las instituciones sanitarias, incorporando las estrategias internacionales que genera la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el tema de seguridad, dentro del Sistema de Garantía de la Calidad de la atención.

Los lineamientos de seguridad del paciente en la atención en salud, son necesarias a la hora de gestionar un cambio cultural en términos de seguridad bajo estándares internacionales, sin dejar de lado al profesional de la salud como una pieza clave en todo este proceso con sus conocimientos y destrezas, orientando a generar y optimizar procesos que mejoren la seguridad del paciente.

La seguridad del paciente se define como la ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

La seguridad de los pacientes constituye un proceso complejo de implicancias subjetivas, individuales y colectivas, ético-políticas, científicas, prácticas y organizacionales que intervienen



de manera multidimensional e interdependiente en la atención de la salud en cuanto ella está vinculada con la promoción y protección de la vida, los derechos fundamentales de las personas, la provisión de ambientes y prácticas de salud libres de amenazas y riesgos, y la mitigación de los daños producidos por el proceso de atención.

CLASIFICACION INTERNACIONAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

1. Tipo de incidente
2. Resultados para el paciente
3. Características del paciente
4. Características del incidente
5. Factores/peligros contribuyentes
6. Resultados para la organización
7. Detección
8. Factores atenuantes
9. Medidas de mejora
10. Medidas adoptadas para reducir el riesgo

TIPO DE INCIDENTE Y RESULTADO PARA EL PACIENTE.

El tipo de incidente es un término descriptivo para una categoría constituida por los incidentes de naturaleza común que se agrupan por compartir características asociadas como “proceso clínico/procedimiento” o “medicación/líquido para administración intravenosa”. Aunque cada concepto de tipo de incidente es particular, un incidente relacionado con la seguridad del paciente puede clasificarse como más de un tipo de incidente.

Los resultados para el paciente pueden clasificarse según el tipo de daño, el grado de daño, y el impacto social o económico. En conjunto, las clases tipo de incidente y resultados para el paciente tienen por objeto agrupar los incidentes relacionados con la seguridad del paciente en categorías clínicamente pertinentes.

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE, CARACTERÍSTICAS DEL INCIDENTE FACTORES/PELIGROS CONTRIBUYENTES, Y RESULTADOS PARA LA ORGANIZACIÓN.

La información demográfica del paciente, la razón original por la que se solicitó atención sanitaria y el diagnóstico principal constituyen la información fundamental de las características del paciente

Dentro de las características del incidente constan la información sobre las circunstancias que rodearon el incidente, en qué momento y lugar del tránsito del paciente por el sistema de salud tuvo lugar el incidente, quiénes se vieron implicados y quién lo notificó.

Los factores/peligros contribuyentes son las circunstancias, acciones o influencias que se cree que han desempeñado un papel en el origen o el desarrollo de un incidente o que elevan el



riesgo de que se produzca. Son ejemplos de ello factores humanos tales como el comportamiento, el desempeño o la comunicación; factores del sistema como el entorno de trabajo y factores externos que escapan al control de la organización, como el medio natural o las políticas legislativas. Es habitual que en un incidente relacionado con la seguridad del paciente intervenga más de un factor contribuyente o un peligro.

Los resultados para la organización se refieren a las repercusiones para la organización total o parcialmente atribuibles a un incidente. Abarcan las consecuencias directas para la organización, como el aumento de los recursos asignados a la asistencia del paciente, la atención de los medios de comunicación o las divergencias jurídicas. Las consecuencias clínicas o terapéuticas se consideran resultados para el paciente.

DETECCIÓN, FACTORES ATENUANTES, MEDIDAS DE MEJORA Y MEDIDAS ADOPTADAS PARA REDUCIR EL RIESGO.

La detección, factores atenuantes, medidas de mejora y medidas adoptadas para reducir el riesgo dan cuenta de información relacionada con la prevención, la recuperación del incidente y la resiliencia del sistema.

La detección se define como una acción o circunstancia que permite descubrir un incidente. Por ejemplo, un incidente puede detectarse por un cambio en la situación del paciente o mediante un monitor, una alarma, una auditoría, un examen o una evaluación de riesgos. Los mecanismos de detección pueden estar incorporados al sistema como barreras oficiales o establecerse de forma no estructurada.

Los factores atenuantes son acciones o circunstancias que previenen o moderan la progresión de un incidente hacia la producción de un daño al paciente. Se conciben para reducir todo lo posible el daño una vez que el error se ha producido y ha puesto en marcha mecanismos de control del daño.

La detección y la atenuación pueden impedir que la progresión de un incidente alcance al paciente o lo dañe. Si el incidente causa daño, pueden adoptarse medidas de mejora.

Las medidas de mejora son las medidas que se adoptan o las circunstancias que se modifican para mejorar o compensar el daño tras un incidente. Se aplican al paciente (tratamiento clínico de una lesión, presentación de disculpas) y a la organización (reunión informativa con el personal, cambios de cultura, gestión de reclamaciones).

Las medidas adoptadas para reducir el riesgo se concentran en disposiciones para evitar que se repita el mismo incidente relacionado con la seguridad del paciente o uno similar y en mejoras de la resiliencia del sistema.

Pueden ir dirigidas al paciente (dispensación de una atención adecuada, apoyo a la toma de decisiones), al personal (formación, disponibilidad de políticas y protocolos), a la organización (mejora del liderazgo o la orientación, evaluación proactiva del riesgo) y a los agentes y

equipos terapéuticos (auditorías regulares, funciones forzosas). La detección, los factores atenuantes y las medidas de mejora influyen en las medidas adoptadas para reducir el riesgo y las orientan. (OMS. *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. [En línea] ENERO de 2009. [Citado el: 14 de Marzo de 2014.])

Para brindar una atención segura a los pacientes primero debemos tener una cultura de la seguridad en los servicios de salud para prevenir errores humanos y lograr beneficio de los aspectos positivos de las personas.

CULTURA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

El concepto de cultura de la seguridad se mencionó por primera vez en 1988, en un informe que sobre el desastre nuclear de Chernobyl, en la antigua URSS preparó el Grupo Asesor Internacional de Seguridad Nuclear. El concepto ha ganado el reconocimiento mundial en varias industrias, especialmente en industrias de alto riesgo, como la energía nuclear y la aviación. La característica clave de la cultura de la seguridad es "la percepción compartida entre los administradores y el personal sobre la importancia de la seguridad".

El desarrollo de la "cultura positiva de la seguridad" ha sido declarado como un medio para reducir el potencial de las grandes catástrofes y accidentes relacionados con las tareas de rutina. Cuando la cultura de la seguridad se aplica al cuidado de la salud tiene una importancia aún mayor, ya que la seguridad no sólo se aplica a la fuerza de trabajo, sino también a los pacientes que puedan ser perjudicados por la actuación del personal.



EN UNA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DEBE HABER:

- Conciencia de que las cosas pueden ir mal.
- Capacidad para reconocer errores, aprender de ellos y actuar para mejorar las cosas.
- Capacidad para ser abierto e imparcial (justicia) para compartir información y para tratar al profesional en eventos adversos (esto es, crítico tanto para paciente como para quien le cuida o trata).
- Enfoque del sistema: las cosas no están sólo ligadas al individuo, sino también al sistema en el que trabaja.



- Abordaje de lo qué está mal en el sistema, lo que ayuda a aprender lecciones y prevenir su recurrencia.

“La Seguridad del paciente es parte de la Estrategia, Misión, Visión, Objetivos, Indicadores, Proyectos y forma de trabajar en la Institución”

BENEFICIOS DE UNA CULTURA DE LA SEGURIDAD

- Impacto positivo en el funcionamiento de la organización.
- Transición desde el análisis de fallos para la mejora continua
- Reducción de la recurrencia y severidad "debido al proceso de aprendizaje´.
- Personal con menos stress, culpabilidad y falta de confianza al ocurrir menos eventos adversos.
- Tiempo de espera menor "debido a menos retorno de pacientes ligados a errores´.
- Reducción de costos extra-tratamiento.
- Reducción de costos en recursos requeridos para gestionar quejas y reclamaciones.
- Reducción de costos sociales y financieros (pagos por incapacidades).

CULTURA ABIERTA E IMPARCIAL (JUSTA) ABIERTA RESPECTO A:

- Hablar con colegas y supervisores acerca de eventos adversos.
- Trato y apoyo al personal cuando sucede un evento adverso.
- Responsabilidad de sus actos.

METAS INTERNACIONALES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, DE LA OMS 2004.

1. Identificación correcta de los pacientes.
2. Mejorar la comunicación efectiva en el área de la salud.
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
4. Realizar cirugías en el lugar correcto con el paciente correcto y con el procedimiento correcto.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociada con la atención medica.
6. Reducir el riesgo de daño al paciente a causa de caídas.

IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LOS PACIENTES.

Si se encuentra internado en el Hospital, el paciente tiene derecho a: asegúrese que cada profesional que lo atiende, observe su brazalete de identificación y que compruebe que los datos de la misma sean los correctos. La verificación siempre debe ocurrir antes de realizarle cualquier procedimiento o de administrarle medicación.



MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA.

Es fundamental que el paciente colabore reiterando o confirmando su nombre y apellido y otros datos cada vez que un técnico o profesional realice un procedimiento. Asimismo, es importante que informe los medicamentos que está tomando en su hogar y si posee alergias conocidas.

GESTIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS.

El paciente tiene derecho a saber qué se le está administrando. Puede preguntar al médico, farmacéutico o enfermera en todo momento, las características y efectos de los medicamentos que recibe durante su internación o que se le indican en el consultorio. Es importante que despeje todas las dudas que posea al respecto así como comunicar a los profesionales todo efecto adverso que se presenten al tomar dichos medicamentos.

GARANTIZAR LA CIRUGIA EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y AL PACIENTE CORRECTO.

Si debe operarse al paciente se le preguntará cual es el sitio de cirugía y posteriormente se le colocará una marca con tinta lavable para identificar el lugar correcto donde será intervenido. Esto se llevará a cabo en todas las cirugías que impliquen bilateralidad como por ejemplo, cirugías de manos, piernas, ojos, etc. En ningún caso significa que el cirujano no sepa donde operar, sino que forma parte de una medida mas para garantizar la seguridad dentro del quirófano, además deberá llenar la lista de verificación de la seguridad de la cirugía sugerido por la OMS.

REDUCIR EL RIESGO DE SUFRIR INFECCIONES ASOCIADAS CON EL CUIDADO DE LA SALUD:

La higiene de manos es la medida más eficaz para evitar infecciones. Cada vez que un profesional o técnico tome contacto con el paciente o su entorno se higienizará las manos con gel alcohólico. De todas formas, si el paciente cree que no lo han hecho, es importante y es su derecho solicitarle al profesional que realice dicha practica considerando que es muy útil para su seguridad.

REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE CAUSADO POR CAIDAS.

Si el paciente se encuentra internado, no debe intentar levantarse de la cama o de la silla sin antes recibir instrucciones de enfermería. Si esta acompañado por un familiar, se le debe educar a este para no dejar solo al paciente sin aviso previo a los profesionales que lo atienden, otra medida a adoptar es que las barandas de la cama estén altas si se encuentra recostado. En el caso de un recién nacido internado, se debe enseñar que el cambio de los pañales se debe hacer sobre la cama o cuna y no sobre otras superficies como mesas de comer.



SEGURIDAD CLINICA:

Fundamental para la seguridad de los pacientes, ya que en ella se incluyen acciones de seguridad acerca del diagnóstico, tratamiento, procesos de atención, insumos utilizados y capacidad del personal de salud.

Operativamente, dicha seguridad depende básicamente de dos factores:

1. Conocimientos, actitudes y habilidades de los profesionales de salud: competencia y desempeño del personal de salud, que deben ser evaluados y gestionados permanentemente por los jefes de servicio, debido a que la incompetencia es un riesgo para la seguridad clínica de los pacientes.
2. Condiciones ambientales y de operación de los servicios donde se internan los pacientes: disponibilidad de infraestructura, equipos e insumos en las mejores condiciones posibles para operar los servicios. Ambientes insalubres, insumos en mal estado, falta de protocolos y equipos con mal funcionamiento o no calibrados, constituyen riesgos para la seguridad clínica. La disponibilidad de estos elementos depende en gran medida de la capacidad de los gerentes clínicos para gestionarlos.

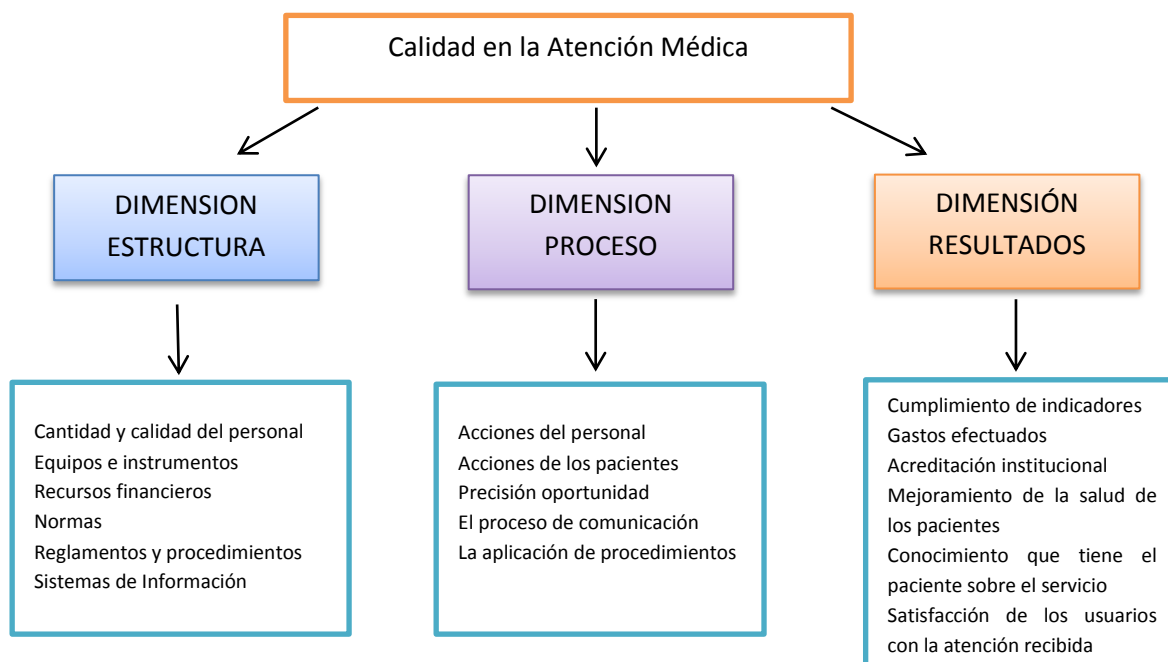
LA CALIDAD DE LA ATENCION

La calidad de la atención se logra con la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de forma tal que sean mayores los beneficios para la salud que los riesgos. El grado de calidad es por consiguiente la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios.

Avedis Donabedian: "Padre de la calidad de la atención en salud". Reflexiona el componente ético en el marco de la calidad. Establece tres niveles del análisis de la atención la estructura, el proceso y el resultado.

- a) Indicadores de estructura.- Son todos los atributos materiales y organizacionales relativamente estables, así como los recursos humanos y financieros disponibles en los sitios en los que se proporciona atención.
- b) Indicadores de proceso.- Se refieren a lo que los médicos y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, la interrelación con las actividades de apoyo diagnosticadas además de las actitudes, habilidades, destreza y técnica con que se llevan a cabo.
- c) Los indicadores de resultado.- Referidos a la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente por la atención recibida, la cual le otorga una importancia mayor por la necesidad de satisfacer las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad.

MODELO DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE



Fuente: Torres (2011) a partir de Donabedian (1966)

DIMENSIONES DE LA CALIDAD

- **Dimensión técnico científica:** referida a los aspectos técnicos científicos de la atención, a la competencia del profesional para utilizar de manera idónea los conocimientos más avanzados y los recursos a su alcance para mejorar y producir salud generando satisfacción en la población atendida.
- **Dimensión humana:** Referida al aspecto interpersonal de la atención que implica el contacto humano entre el personal de salud y los usuarios de los servicios: pacientes, familiares, comunidad etc. que se traduce en respeto, información adecuada y trato cordial.
- **Dimensión del entorno:** referida a las características accesorias del entorno de la atención apreciado por los usuarios como la comodidad, limpieza, orden y privacidad.
- **Gestión de la calidad:** Comprende todos los esfuerzos que una institución puede movilizar para mejorar procesos, sus productos, el clima organizacional y la satisfacción de los usuarios, proveedores y trabajadores. Este concepto engloba la garantía de la calidad, la calidad total y la mejora continua.
- **Sistema de Gestión de la Calidad en Salud:** es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión con miras a la mejora continua.



SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

La calidad y seguridad de la atención de los pacientes constituye una obligación técnica de quienes entregan el servicio, a través de la transparencia de los procesos y resultados de las acciones que desarrollan los sistemas de salud.

Desde el punto de vista del paciente las personas tienen derecho a recibir una atención ejecutada de acuerdo a normas y protocolos establecidos. Si partimos de que los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud, no es suficiente el establecer normativas, sino además que exista el compromiso y la cooperación de varios actores para sensibilizar, promover coordinar acciones y llegar a logros efectivos.

Según la Organización Mundial de la Salud, los errores en la atención sanitaria pueden ocasionar la muerte de hasta 98.000 pacientes, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tránsito, cáncer de mama o SIDA.

Las consecuencias directas de estos errores en la asistencia tienen repercusiones económicas en: hospitalizaciones adicionales, demandas judiciales, infecciones intra hospitalarias, y el propio dolor de los pacientes y sus familias, sumadas a discapacidades. Los gastos médicos que se generan representan un costo anual del orden de los 29.000 millones dólares en los Estados Unidos.

La atención sanitaria es cada vez más compleja, los procesos asistenciales suponen una combinación de actuaciones, tecnologías e interacciones humanas de un gran número de profesionales. Esto se asocia a un riesgo creciente de efectos adversos y perjuicio involuntario para el paciente. La seguridad de la atención en salud es un proceso permanente que se centra en:

- Conocimiento de los riesgos de eventos adversos.
- La eliminación de los riesgos innecesarios.
- La prevención de aquellos riesgos que son evitables a través de intervenciones basadas en evidencia científica con demostrada efectividad.

La evidencia disponible sobre el daño asociado a la atención en salud destaca que los eventos son frecuentes y que algunos de ellos pueden ser graves causando invalidez e incluso la muerte. Existen situaciones que se deben normar para recibir una atención de salud más segura, bajo principios transversales que orienten las acciones.

Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud, resulta relevante entonces establecer principios transversales que orienten todas las acciones a implementar. Estos principios son:

- **Enfoque de atención centrado en el usuario:** Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.



- **Cultura de Seguridad:** El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, servicios y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.
- **Integración con el Sistema de Garantía de Calidad de la Atención en Salud:** La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.
- **Multi causalidad:** El problema de la seguridad del paciente es un problema Sistémico y multi causal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
- **Validez:** Para lo cual se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
- **Alianza con el paciente y su familia:** La normativa de seguridad debe contar con la participación de pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
- **Alianza con el profesional de la salud:** La normativa de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

Las barreras de seguridad que previenen la ocurrencia del evento adverso.

La Normativa de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos. De manera que a partir del análisis causal se deberán diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención.

Algunas de las prácticas seguras a utilizarse para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son:

- Acciones dirigidas a garantizar una atención limpia en salud
- Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos: formas de denominación, presentación, prescripción, dosificación, dispensación.
- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.
- Programas para evitar las caídas de pacientes
- Protocolos para la remisión oportuna de pacientes
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología

El diseño de barreras de seguridad se desprende del análisis multi causal de los eventos adversos, cuasi eventos y eventos centinelas ocurridos.

NORMAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

El otorgar un cuidado sanitario, inicia con la convicción y sustento del conjunto de valores que constituyen, ordenan y desenvuelven el cuidado del paciente, a esto se suma una estructura científica integrada por un marco referencial y una metodología que posibilitan que los cuidados en especial los impartidos por el personal de enfermería sea aprendido, practicado, evaluado y enriquecido en los servicios de salud.

Las Normas establecidas para la seguridad del paciente consideradas en esta normativa son:

Notificación de Eventos Adversos

Normas de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud.

- Administración oportuna de antibióticos profilácticos.
- Higiene de manos
- Practicas seguras de inyección.

Normas de Prevención de errores en pacientes sometidos a procesos quirúrgicos.

- Cirugía segura.

Normas de Prevención de errores en la atención en salud y cuidados del paciente.

- Identificación del paciente
- Abreviaciones peligrosas
- Reconciliación de medicamentos
- Programa de mantenimiento preventivo
- Transferencia de información de pacientes en puntos de transición.
- Prevención de caídas
- Prevención de úlceras por presión.
- Profilaxis de trombo embolismo venoso (TEV).

Normas para el uso de medicamentos.

- Control de electrolitos concentrados
- Medicamentos de alto riesgo
- Entrenamiento en bombas de infusión.

CAPITULO II

SEGURIDAD DEL PACIENTE ANTE POSIBLES DESASTRES

El Ecuador es un país que se encuentra geográficamente ubicado en el denominado “Cinturón de Fuego del Pacífico”, una de las zonas de mayor actividad geológica y sísmica en el mundo; con volcanes activos como el Cotopaxi, Tungurahua, Pichincha, Sangay, Reventador, entre otros; con un territorio insular de origen netamente volcánico, así como la influencia de la corriente de El Niño en la región litoral, que han hecho de nuestro país, uno de los más vulnerables de la región. En este sentido es importante resaltar que:

1. El 80% de la población está expuesta a desastres de carácter sísmico, generados por 52 fuentes sismo genéticas, 8 de las cuales son calificadas de alto riesgo
2. El 35% de la población se encuentra asentada en zonas amenazadas por deslizamientos de tierras, inundaciones, flujos de lodo y escombros.
3. El 30% de la población se encuentra en los Andes Septentrionales Ecuatorianos donde se localiza la mayor concentración de estructuras volcánicas pertenecientes al periodo cuaternario.
4. El 30% de la población de las regiones Litoral y Amazónica y el 15% de la superficie nacional, están sujetos a inundaciones periódicas.
5. El 10% de la población se encuentra asentada en la línea de costa y está expuesta a los tsunamis y maremotos.

En el transcurso de varios años, han ocurrido en el país un sinnúmero de eventos adversos de origen natural y antrópico, que ocasionaron numerosas pérdidas de vidas humanas y económicas, que se manifiestan en cuantiosos daños materiales en la infraestructura de salud y miles de damnificados.

ACCIONES EN SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

- Capacitar a equipos hospitalarios y responsables locales de calidad en temas de seguridad de los pacientes
- Desarrollar una línea de investigación para el diagnóstico de eventos adversos predominantes y la puesta en práctica de soluciones a los problemas prioritarios.
- Elaborar directrices respecto a la confección, almacenamiento y recuperación de las historias clínicas (Historia Clínica Única), consentimiento informado, deberes y derechos de los pacientes y manejo de residuos biopatogénicos.
- Fomentar el uso racional de Medicamentos.
- Fomentar la participación de los pacientes y usuarios.

LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA NACIONAL DE HOSPITAL SEGURO

Concepto:

En el Ecuador se ha definido como “Hospital Seguro” a toda unidad operativa de salud, cuyas instalaciones y servicios continúan funcionando después de un evento adverso, dentro de los parámetros “técnico-legales”.

El término hospital se refiere en sentido amplio a todas las unidades operativas de salud cualquiera sea su nivel de complejidad. Seguro porque cuenta con la máxima protección posible frente a un evento adverso, buscando garantizar el funcionamiento continuo para la prestación de servicios de salud.

En este sentido, toda nueva infraestructura de salud debe ser diseñada y construida para ser segura y en el caso de las unidades operativas existentes, se debe garantizar por lo menos el funcionamiento de las áreas críticas como: emergencia, unidad de cuidados intensivos, quirófanos, laboratorio, con sus respectivas instalaciones de abastecimiento.

CAPITULO III

PLAN DE CAPACITACIÓN GENERAL PRÁCTICAS SEGURAS

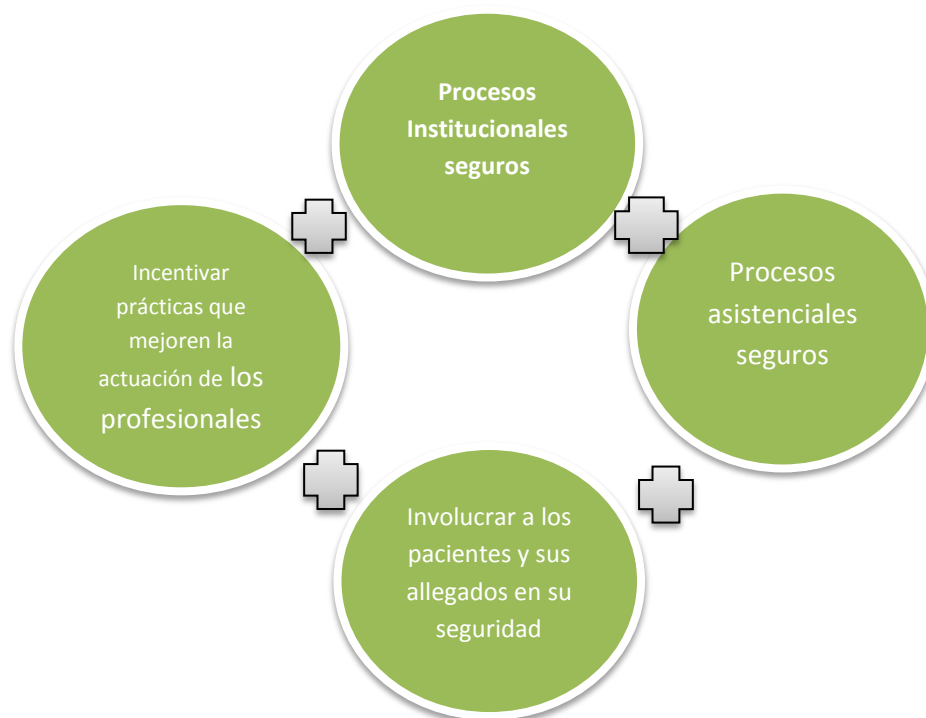


Ilustración 1. Conceptualización gráfica de la Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del paciente.

TEMAS

NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS

Los sistemas de registro y notificación de eventos adversos, son herramientas que permiten actuar para mejorar la cultura de seguridad, la cual está afectada por la totalidad de los factores ambientales que la rodean. La cultura de seguridad es el producto de los valores individuales y de grupo, las actitudes, percepciones, competencias y objetivos que determinan el grado de implicación que tienen las organizaciones para minimizar el daño al paciente. Los sistemas de notificación, la información asociada a estos sistemas compartidos y la resolución de estos problemas permiten a las organizaciones por un lado identificar y aprender de las experiencias y por otro rediseñar procesos.

En sistemas tan complejos, alguno o algunos de esos procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino mas bien explicables por la concurrencia de errores de planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, impactando negativamente en el paciente y generando, en ocasiones, los llamados eventos adversos.

Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también, pues en muchas ocasiones se señala como culpable a éste sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones.

Objetivo General.

Promover una cultura de notificación y registro de eventos adversos con el propósito de reducir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente durante el proceso de atención de salud.

Objetivos específicos.

- Promover la cultura de seguridad en los prestadores de servicio asistencial, con la obligatoriedad de la notificación de los eventos adversos.
- Implementar mecanismos de información sobre la ocurrencia de eventos adversos, cuasi eventos y eventos centinelas.
- Implementar planes de acción para la gestión de la reducción y mitigación de los riesgos derivados de la atención.

Normas Asistenciales en el reporte de Eventos adversos.

a. El reporte de eventos adversos cumplirá dos funciones:

- Se orienta para garantizar la seguridad del paciente.



- Se complementará, con la mejora continua de la seguridad del paciente.

- b. La notificación y registro será de carácter **obligatorio** el cual se centrará en los eventos adversos que producen lesiones graves o muerte, así como, en la notificación de los incidentes potenciales y de otros problemas de seguridad de mayor gravedad.

- c. Los eventos a notificar serán:
 - Cuasi accidente.
 - Evento Adverso.
 - Evento Centinela.

- d. El sistema de notificación y reporte deberá contemplar las siguientes características:
 - No punitivo: Las personas que notifican están libres del miedo a represalias o castigo como resultado de la notificación. y punitivo si no se realiza la notificación.
 - Confidencial: La identificación del paciente, notificador y la institución no deben ser reveladas a terceras personas. A excepción de las autoridades establecidas en la ley.
 - Independiente: el programa de notificación de eventos adversos es independiente de cualquier autoridad con poder para castigar a la organización o al notificante.
 - Análisis por expertos: Los informes de la notificación son evaluados por expertos que conocen las circunstancias clínicas y están entrenados para reconocer las causas del sistema.
 - Análisis a tiempo: Los informes son analizados pronto y las recomendaciones rápidamente difundidas a las personas interesadas, especialmente cuando haya riesgos graves.⁶
 - Orientación sistémica: Las recomendaciones deben centrarse en mejoras hacia el sistema y a la persona que causó el evento adverso.
 - Capacidad de respuesta: La comisión recibe los informes y debe ser capaz de difundir las recomendaciones. Según WHO. OMS.

- e. El personal que sea responsable del evento adverso tiene el deber ético de reportarlo e implementar los mecanismos indispensables para que no vuelvan a ocurrir.

- f. La Comisión de Seguridad del paciente en coordinación con la Unidad de Calidad del establecimiento, dará seguimiento al proceso hasta que el mismo sea realizado correctamente sin errores recurrentes bajo la utilización de herramientas para el mejoramiento continuo.

- g. Los eventos a ser reportados responden a 10 categorías, de acuerdo a la recomendación de la OMS:
 - Eventos relacionados con procedimientos clínicos.
 - Eventos relacionados con procedimientos no clínicos.
 - Eventos relacionados con accidentes del paciente.
 - Eventos relacionados con medicación.



- Eventos relacionados con la dieta.
 - Eventos relacionados con el laboratorio.
 - Eventos relacionados con información de la Historia Clínica.
 - Eventos relacionados con el material médico.
 - Eventos relacionados con el equipo biomédico.
 - Eventos relacionados con Infraestructura/Instalaciones.
- h. La fuente de notificación del evento será el formulario de eventos adversos que se depositará en un buzón destinado especialmente para el fin y se ubicará en la zona de mayor afluencia.
- i. Cada 24 horas se abrirá los buzones bajo la responsabilidad de las Supervisoras de Enfermería en cada piso.
- j. Cada supervisor/a será la persona responsable de detectar la ocurrencia de eventos adversos y del reporte inmediato al líder del equipo de mejora de la calidad de su servicio.
- k. Los factores contribuyentes (Joint Comission on Accreditation), que formarán parte del análisis de cualquier evento adverso serán los siguientes:
- Factores humanos
 - Factores del proceso
 - Equipamiento
 - Factores ambientales
 - Gestión de la información
 - Liderazgo
 - Supervisión adecuada.
- l. Los equipos de mejora realizarán la investigación y análisis respectivo, para el efecto, utilizará **El Protocolo de Londres** descrito como herramienta para realizar actividades de Auditoria, dentro del Modelo de Gestión de Calidad del MSP, para emitir soluciones, revisará los procesos, determinará la causa raíz e implementará los ciclos de mejora correspondientes.
- m. El personal responsable será capacitado y supervisado hasta que el procedimiento se realice adecuadamente.
- n. Los equipos de mejora notificarán las actividades realizadas al Coordinador de Calidad del establecimiento, quien a su vez emite esta información a la Comisión de Seguridad del paciente.
- o. A los eventos adversos serán detectados en:
- a. La historia clínica.
 - b. Durante actividades asistenciales donde no se utilice la historia clínica.



- c. Atenciones administrativas.
- d. La ejecución de procesos de apoyo
- e. Reclamaciones y sugerencias.
- f. Captación por inspección directa durante la auditoría concurrente y de calidad, como herramienta de evaluación continua.
- g. Se utiliza el ciclo de mejoramiento continua, establecida en el Modelo de Gestión de Calidad.
 - Se analiza el evento adverso y se recibe el informe de la fuente sea por frecuencia o magnitud.
 - Se evaluará el caso en forma individual, o con los involucrados
 - Se informará a la comisión de seguridad del paciente
 - Se planificará las acciones correctivas
 - Implementación de la acción correctiva
 - Seguimiento a la acción correctiva
 - Se ajustan y se mejoran los procesos involucrados

Análisis y difusión de los resultados

El análisis y difusión de los resultados se realizará a partir de los consolidados mensuales, los resultados se difunden en forma de alertas de seguridad.

Los resultados deben ser incluidos como oportunidades de mejora dentro de los Planes de Calidad del establecimiento.

IDENTIFICACIÓN PARA LOS PACIENTES.

La Identificación de los pacientes es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante su estadía en el hospital.

El no identificar a los pacientes causa errores en las actividades diarias, así como en la administración de medicación, transfusiones, exámenes de laboratorio, exámenes de diagnóstico, procedimientos y entrega de recién nacidos a padres equivocados, e inclusive en el suministro de dietas equivocadas.

El riesgo de cometer errores puede ser reducido significativamente, a través de la adopción de procesos de verificación de la identificación previamente confirmados. El propósito de identificar de manera inequívoca a los usuarios de los servicios de Salud Pública radica en atender con calidad y calidez al paciente indicado, en el momento oportuno.

Objetivo General.

Estandarizar un Sistema de Identificación Único (SIU) para todos los pacientes que reciben atención médica en los establecimientos hospitalarios del país.



Objetivos Específicos.

- Disponer de un sistema universal estandarizado de identificación para los pacientes.
- Disminuir el riesgo de errores de identificación de los Pacientes.
- Reducir la incidencia de eventos adversos.

Características Generales de las Manillas de Identificación:

- Fabricadas en polipropileno, antialérgico (sin látex) e inocua para el paciente.
- Resistente a la tensión y ruptura en cualquier dirección.
- Las pulseras deben tener agujeros que ante la colocación del broche de seguridad permita ser adaptadas al tamaño del paciente.
- Material antialérgico e inocuo para el paciente.
- Resistentes al calor y a la humedad.
- Tinta indeleble e impresión resistente a la abrasión y al agua.
- Flexibles y cómodas, sin bordes cortantes.
- Cierre seguro, que cuente con seguridad no manipulable.
- Imposibilidad de reutilización tras la rotura del cierre de seguridad.
- Que permita un manejo fácil por parte del profesional (almacenaje, cumplimiento en el llenado de los datos, colocación en el paciente, etc.).

Características Específicas:

□ **ADULTO:** Pulsera de color blanco, 25 centímetros mínimo, de largo, de los cuales 7.5 centímetros mínimo son para la parte frontal destinadas a la información. El ancho de la misma debe ser de 1,5 centímetros mínimo para la pulsera, la parte frontal destinada a la información debe ser de 2.5 centímetros mínimo la cual se encuentra ubicada en el extremo derecho de la pulsera, junto al dispositivo de seguridad.

□ **INFANTILES:** Pulseras de color rosa para niñas, celeste para niños, el largo de la misma será de 16 centímetros mínimo, de los cuales 6.5 centímetros mínimo son para la parte frontal destinadas a la información. El ancho de la pulsera es de 1 centímetro mínimo, la parte frontal destinada a la información debe ser de 1.5 centímetros mínimo la cual se encuentra ubicada en el extremo derecho de la pulsera, junto al dispositivo de seguridad.

□ **NEONATALES:** Pulseras de color rosa para niñas, celeste para niños, el largo de la misma será de 13.3 centímetros mínimo, de los cuales 6.5 centímetros mínimos son para la parte frontal destinadas a la información. El ancho de la pulsera es de 1 centímetro mínimo, la parte frontal destinada a la información debe ser de 1.5 centímetros mínimo la cual se encuentra ubicada en el extremo derecho de la pulsera, junto al dispositivo de seguridad.



Normas asistenciales de identificación de los pacientes.

- El brazalete de identificación constará la siguiente información:
 - Número de cédula de ciudadanía.
 - Dos nombres, dos apellidos.
 - Sexo.
 - Edad.
 - Fecha de ingreso día/mes/año, con el siguiente formato 00/00/0000. (Ejm. 01/01/2014)

- No se considerará al número de la habitación como un identificador válido.
- La colocación del brazalete se realizará dentro de los primeros treinta minutos posteriores al ingreso a hospitalización desde Consulta Externa y se registrará en la respectiva historia clínica.
- Si el paciente ingresa por el Área de Emergencia, el personal de Enfermería deberá colocar el brazalete en el lapso de treinta minutos y registrar en el formulario 008, antes de hacer el ingreso oficial del paciente a hospitalización.
- En el caso del recién nacido se realizará inmediato al nacimiento y antes de la primera media hora de hospitalización.*
- El personal que realice el proceso de admisión del paciente, será responsable del llenado de los datos y la colocación del brazalete de identificación con todos los datos mencionados.
- El personal de cuidado directo deberá vigilar la presencia del brazalete y confirmar sus datos cada vez que se proceda a realizar algún procedimiento relacionado con:
 - Administrar medicación.
 - Medición de signos vitales.
 - Obtener muestras de laboratorio.
 - Realizar transfusiones
 - Intervenciones quirúrgicas
 - Realizar un proceso invasivo.
 - Exámenes de diagnóstico.
 - Otros relacionados con el cuidado directo.

- El brazalete de identificación se colocará en la muñeca izquierda del paciente, se verificará con él o con el familiar, que la información contenida sea la correcta.
- Si no es posible colocarlo en la muñeca izquierda, se lo hará en la muñeca derecha o en las extremidades inferiores.
- Todo paciente que se encuentre hospitalizado debe estar con el brazalete de identificación, para lo cual el equipo de salud educará al paciente y/o a sus familiares, sobre la importancia de mantener su identificación durante toda su estadía en el hospital.

- El personal de salud deberá solicitar verbalmente los datos de identificación del paciente, verificar con el brazalete y con los datos de los perdidos de exámenes y/o procedimientos, verificar además con la historia clínica si es posible en presencia de algún



familiar.

- En relación a la identificación del paciente en muestras de laboratorio, la primera pregunta que el profesional debe hacer cuando tiene una solicitud de exámenes de laboratorio y el paciente al frente es preguntar “Cuál es su nombre” y verificar que el paciente corresponde a la solicitud de extracción comparando con la cédula de identidad u otro documento que avale su identidad.
- El brazalete de identificación será retirado al egreso del paciente por el familiar en el domicilio.
- No deberá administrarse medicamentos, ni componentes sanguíneos a pacientes sin brazaletes. En el caso de encontrarse con esta novedad, informar inmediatamente al responsable del servicio.
- En el caso de fallecimiento del paciente, el cuerpo permanecerá con el brazalete de identificación.

Situaciones especiales

- Si no es posible conocer la identidad del paciente, se escribirá “NN” (No Nombre), sexo, fecha y hora de ingreso, y número de atención⁸ hasta que se logre conocer su identidad.
- En los servicios de Emergencia o en situaciones en que la vida del paciente se pueda ver afectada, tienen prioridad los cuidados antes que la identificación del paciente. En cuanto sea posible, se identificará correctamente al paciente.
- En el caso de que el paciente rechace llevar el brazalete a pesar de ser informado de los riesgos de no llevar su identificación, se registrará la novedad en la historia clínica.
- En casos de intolerancia por alergias, se dejará constancia por escrito en la historia clínica.

Los Recién Nacidos

Serán identificados al momento del nacimiento con el primer brazalete (sala de partos o quirófanos). Y en la sala de neonatología se colocará el segundo brazalete en el pie del mismo lado que el de la mano.

El brazalete de los Recién Nacidos contendrá la siguiente información:

- Nombres y apellidos de la madre.
- Fecha de nacimiento, hora del nacimiento, sexo.
- En el caso que ingresara el recién nacido con transferencia de otra institución, se colocará el brazalete de identificación con la información descrita en el punto anterior.
- Al alta de todo recién nacido se debe comparar los brazaletes de identificación, con la



tarjeta de identificación del hospital y se entregará a la madre o al padre, quién firmará en la Historia Clínica su conformidad y también firmará la persona responsable de la entrega del recién nacido.

- Deberá darse a las madres instrucciones claras y precisas de que no entreguen al recién nacido a ningún personal que no esté identificado como funcionario del hospital y relacionado con el servicio.

Cambio del brazalete de identificación

- Será cada vez que amerite (si está mojado, si no se visualiza el nombre, o si se encuentra en malas condiciones) durante la estancia hospitalaria.
- Si la piel presenta (erosión, alergia etc.).
- Si hay la necesidad de acceso vascular o limitación física
- El cambio del brazalete debe realizarse con presencia de un testigo.

Pacientes Ambulatorios

- A los usuarios externos o ambulatorios no se colocará el brazalete de identificación, es mandatorio que se realice la doble verificación de la identidad del paciente ante cualquier procedimiento.

ABREVIATURAS PELIGROSAS.

Los errores de medicación se derivan de gran una variedad de causas, incluyendo los problemas de comunicación entre médicos y farmacéuticos debidos a abreviaturas poco claras. El peligro que entraña el uso de ciertas abreviaturas comenzó a preocupar a las organizaciones encargadas de velar por la seguridad del paciente e incluso surgieron listas de “abreviaturas peligrosas”. El riesgo de error obviamente es mayor en los textos escritos a mano pero también puede ocurrir en materiales impresos o electrónicos, por lo que se recomienda evitar el uso de abreviaturas peligrosas en todos los casos.

La incorporación a la atención sanitaria de la prescripción electrónica y las herramientas de apoyo a las decisiones son una buena oportunidad para reducir el uso de abreviaturas confusas.

Objetivo General.

Eliminar la utilización de abreviaciones que pueden causar confusiones y errores que afectan a los pacientes.

Objetivo Específico.

- Identificar las abreviaciones peligrosas, y símbolos en las prescripciones médicas.
- Incrementar la detección y respectivo reporte de las abreviaciones peligrosas.



Normas asistenciales de las abreviaciones peligrosas.

- No administrar la medicación si se observan abreviaciones peligrosas, y en caso contrario preguntar directamente a quién genera la indicación.
- Todo centro hospitalario, debe disponer del protocolo actualizado de abreviaciones peligrosas.
- Las abreviaturas más frecuentes que se deben evitar durante la prescripción médica son:

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN.

Los errores de medicación se producen en procesos relacionados con la transición asistencial y cambios con el responsable del paciente. Las discrepancias que se producen entre los medicamentos que el paciente tomaba antes del ingreso y la prescripción hospitalaria al ingreso se han puesto en evidencia en diversos estudios.

De forma similar, la vulnerabilidad de los pacientes al alta se pone de manifiesto por datos que indican que un 12% de los pacientes experimentan un efecto adverso en las dos semanas posteriores al alta hospitalaria.

Realizar una historia fármaco terapéutica completa y correcta al ingreso hospitalario es parte importante de la anamnesis médica. Una historia fármaco terapéutica errónea o incompleta puede no encubrir problemas relacionados con la medicación y puede causar interrupciones o utilización inadecuada de los medicamentos que el paciente requiere de forma crónica. Si estos errores, además, se perpetúan al alta hospitalaria, pueden afectar tanto a la efectividad como a la seguridad del paciente.

El Institute for Healthcare Improvement (IHI) define la conciliación de la medicación como el proceso formal de obtener una lista completa de la medicación del paciente previa al ingreso y compararla con la que se le ha prescrito en el establecimiento al ingreso, en los traslados y al alta.

Objetivo General.

Garantizar en todo el proceso de atención hospitalaria que los pacientes reciban medicamentos necesarios, no sin antes asegurándose de cotejar la medicación utilizada previa al ingreso y los nuevos medicamentos que se le suministran durante la estadía actual.

Objetivo Específico.

Disminuir los errores y eventos adversos durante la administración de medicación, utilizando la conciliación de los medicamentos.



Conciliación de la medicación al ingreso.

- Se utiliza sistemáticamente un proceso estandarizado para CONCILIAR los medicamentos que el paciente toma en el medio ambulatorio con los prescritos en el ingreso y deberá ser conocido por todos los profesionales implicados en el uso de los medicamentos.
- La información básica del paciente (nombre, unidad de hospitalización, número de historia clínica, fecha de nacimiento, médico, etc.) está clara y se deberá ver fácilmente en todas las prescripciones transmitidas al servicio de farmacia, ya sea mediante etiquetas adhesivas o similares sobre las copias de papel, o en las prescripciones enviadas electrónicamente.
- La información del paciente en cuanto a diagnóstico de ingreso y comorbilidad del paciente (hipertensión, diabetes, insuficiencia renal, hepática, etc.) o condiciones especiales (embarazo, lactancia, etc.) se recopila en la historia clínica y se comunica a los farmacéuticos o bien deberá estar disponible de forma fácil para ellos.
- Información sobre alergias del paciente están disponibles tanto para el personal de cuidado directo, el médico y para el farmacéutico.
- El farmacéutico deberá participar activamente en el proceso del sistema de utilización de medicamentos del hospital, registrando, validando y monitorizando todas las prescripciones de medicamentos antes de iniciar los tratamientos (a excepción de situaciones de urgencia vital) por medio de la implementación de un sistema de dispensación en dosis unitaria (SDMDU) y/o porque trabajen directamente en las unidades de hospitalización desempeñando actividades clínicas.
- Las discrepancias encontradas deberán ser comentadas con el prescriptor y, si procede, deberán ser corregidas.
- Los cambios realizados deben ser adecuadamente documentados y comunicados al siguiente proveedor de salud y al paciente.
- Si se encuentran discrepancias, duplicidades o interacciones entre el tratamiento crónico y el hospitalario, se deberán comentar con el médico y, si procede, modificar la prescripción médica.
- Se generará hojas de administración de medicamentos para enfermería (No se administra nada que no esté en la hoja de administración con lo que se asegura que no existe diferencia entre lo que prescribe el médico y administra enfermería).
- Se obtiene una historia fármaco terapéutica completa, en las 24 horas posteriores a la admisión de todos los pacientes hospitalizados cuando ingresan, que incluye los medicamentos con y sin receta, vitaminas, plantas medicinales y sustancias de abuso. Se identifica dosis, frecuencia y vía de administración.
- El médico escribe (o registra electrónicamente) la prescripción completa con todos los medicamentos para el ingreso hospitalario. No se aceptan las prescripciones de "continuar con tratamiento domiciliario".
- El farmacéutico participará en la elaboración de la historia fármaco terapéutica entrevistando al paciente y/o familiar y recogiendo toda la información disponible sobre su tratamiento.



- Se Informará al paciente y/o familiares de las posibles sustituciones y suspensiones de su tratamiento habitual durante el ingreso hospitalario, según el programa de equivalentes terapéuticos. El paciente y/o familiar deberá saber que todo su tratamiento está perfectamente supervisado y que no debe, ni tiene que tomar ninguna medicación sin que no le sea administrada por el personal de enfermería.
- En la conciliación de tratamiento el médico, el personal de enfermería y el farmacéutico programaran, en la medida de lo posible, los horarios de administración de los medicamentos en el medio ambulatorio a los horarios del hospital (ej. medicamentos que se toman por la mañana no se prescriban por la noche o viceversa).
- La medicación que el paciente haya podido traer al hospital de su tratamiento habitual deberá ser entregado al personal de enfermería.
- La medicación retirada al paciente se envía a farmacia donde se almacena en cajetines específicos de cada paciente, no está permitido que pueda usarla otro paciente. Desde aquí, si fuera necesaria su administración, se envía completamente identificada en el carro de unidosis o bien se custodia hasta el alta del paciente.
- Durante la administración de los medicamentos, las enfermeras deberán informar a los pacientes y/o familiares del nombre genérico y comercial de los medicamentos, su acción, el equivalente con el medicamento domiciliario, la dosis, los efectos adversos más importantes.
- Se proporcionará a los pacientes información actualizada y escrita sobre los medicamentos básicos que reciben en el hospital y sobre los que se prescriben en el momento del alta hospitalaria.
- En cada establecimiento se elaborara un procedimiento escrito que establece el mecanismo para comunicar todas las incidencias detectadas en el proceso de conciliación de tratamiento (pacientes a los que no se le ha realizado la conciliación, pacientes que no quieren desprenderse de su medicación, que son reacios al uso de los equivalentes terapéuticos, etc), así como errores que afecten al paciente.

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN EL ALTA

- Al alta y a partir de la historia fármaco terapéutica y el tratamiento hospitalario del paciente, se elaborará un informe fármaco terapéutico de alta del paciente.
- El informe fármaco terapéutico constará el tratamiento actualizado completo (dosis, forma farmacéutica y pauta de administración) y los cambios (con los motivos que lo causan) realizados en su tratamiento ambulatorio: medicamentos iniciados en el hospital, medicamentos suspendidos y cambios de dosis.
- El farmacéutico colaborará con el médico en la elaboración del informe fármaco terapéutico de alta.
- Se establecen supuestos (p. ej. Para medicamentos específicos de alto riesgo, grupos de pacientes de alto riesgo, o pacientes con cinco o más medicamentos) que



provocan automáticamente la consulta con un farmacéutico para proporcionar educación al paciente.

- Se educará a los pacientes para que puedan consultar después del alta cualquier preocupación o duda sobre su medicación.

PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS.

En la actualidad, la mayoría de los eventos adversos que afectan a los pacientes hospitalizados, están relacionados con el cuidado y con los servicios quirúrgicos. (OMS,2012). Estos eventos son prevenibles si se utilizan correctamente las herramientas de seguridad del paciente como es por ejemplo la Lista de Verificación de Cirugía Segura sugerida por la Organización Mundial de la Salud.

La Lista de verificación de cirugía es una herramienta utilizada por los profesionales clínicos que permite mejorar la seguridad de sus operaciones, reducir el número de complicaciones y reducir defunciones quirúrgicas innecesarias. Según Who .int, safe surgery 2012, se ha demostrado que el uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales y entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas.

Objetivo General.

Optimizar la seguridad durante los procesos quirúrgicos, reduciendo el riesgo de error en los pacientes sometidos a estos procedimientos.

Objetivos Específicos.

Identificar antes de la cirugía, el procedimiento el lugar correcto y el paciente correcto.

Normas Asistenciales para realizar Prácticas Quirúrgicas Seguras.

A partir del 07 de Noviembre del 2013, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador adopta como normativa para realizar prácticas quirúrgicas seguras las Normas Internacionales de la OMS, emitiendo bajo Acuerdo Ministerial del MSP el cual expresa lo siguiente.

Art. 2: “Disponer que la “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”, El Manual de Aplicación de la Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 2009”, y Cirugía Segura Salva Vidas, sean aplicados a nivel nacional obligatoriamente como una Normativa del Ministerio de Salud Pública, para el Sistema Nacional de Salud (Red Pública de Salud y Red Complementaria). Mediante el cual, la Dirección de Calidad de los Servicios de Salud, vigila y controla el cumplimiento de dicha disposición, asegurando así que se adopte medidas de seguridad esenciales, que sirvan para minimizar los riesgos evitables más comunes, que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos y de su aplicación en los Hospitales del Segundo y Tercer nivel de Atención”.



Por lo tanto esta normativo establece la aplicación de la lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 2009”, y Cirugía Segura Salva Vidas, considerando además los siguientes aspectos:

Previo al procedimiento quirúrgico se adjuntará y verificará en la Historia Clínica los siguientes formularios:

- Consentimiento quirúrgico informado,
- Consentimiento de anestesia.
- Lista de verificación de cirugía segura
- Consentimiento de transfusión sanguínea,
- Lista de verificación (pre quirúrgica) para la preparación del paciente quirúrgico.
- En todas las instituciones hospitalarias donde se realicen intervenciones quirúrgicas, se realizará la Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS), de acuerdo a lo establecido por la OMS.
- Se registrará esta información mensualmente de acuerdo a los requerimientos de la Matriz de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.
- El consentimiento informado debe estar registrado y autorizado por el paciente, el familiar y el cirujano antes de la cirugía.

TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES EN PUNTOS DE TRANSICIÓN.

La participación de los pacientes y las familias en el proceso de atención se está reconociendo, cada vez más, como un aspecto importante en el proceso de atención. El paciente y su familia están en condiciones de desempeñar un papel fundamental para asegurar la continuidad de la atención. El alta hospitalaria es una etapa crucial en la que la comunicación de la información a pacientes y familiares se torna de vital importancia.

El compromiso de los pacientes a veces resulta más difícil debido a su bajo nivel de instrucción sobre salud, definida como la capacidad de las personas de obtener, procesar y comprender la información y los servicios de salud básicos necesarios para tomar decisiones de salud adecuadas.

Objetivo General.

Prevenir y reducir los errores de información durante el traslado del paciente, cuando son movilizados hacia algún sitio de transición por indicaciones médicas específicas.

Objetivo Específico.

Garantizar el traslado del paciente a otra unidad receptora, en condiciones de seguridad y comodidad para el paciente.



Oportunidades de participación del paciente y los familiares.

- Proporcionar información a los pacientes sobre sus problemas médicos y su plan de tratamiento en una forma que les resulte comprensible.
- Hacer que los pacientes sean conscientes de sus tratamientos farmacológicos, su dosis y el tiempo que debe transcurrir entre las administraciones de medicamentos.
- Informar a los pacientes.

Normas Asistenciales de Transferencia de los pacientes en Puntos de Transición.

El tipo de información para transferir incluye: la situación actual del paciente, alergias, cambios recientes en su condición, tratamiento en curso, o posibles cambios o complicaciones que pudieran ocurrir, exámenes, lo que está pendiente, todo este intercambio de información se debe de realizar de forma física.

Para que se produzca una transferencia, debe tener en cuenta lo siguiente: Quién realiza, Cuándo realiza, Dónde y Cómo se transfiere.

- En el caso de pacientes con alteraciones neurológicas, limitaciones cognitivas o pediátricas, debe realizarse la transferencia en lo posible, en presencia de un familiar.
- No dejar solo al paciente durante la transferencia.
- Confirmar la existencia de cama disponible en la unidad receptora.
- Colocar el nombre a las pertenencias del paciente.
- Adjuntar la documentación requerida.
- Comunicar la nueva ubicación del paciente al médico y personal asistencial.
- Las indicaciones del alta deben ser entregadas al paciente y garantizar que estén claramente entendidas.
- En el caso de Alta Voluntaria, el paciente o persona responsable del mismo, debe firmar la autorización de salida en la Historia Clínica, con fecha y hora. Se emitirá por duplicado esta autorización, quedando un ejemplar archivado en su historia clínica y otro se proporcionará al usuario.
- En el caso de Alta voluntaria, el médico es el responsable de informar al paciente sobre su condición y sobre los riesgos a los que se expone al salir del hospital, sin cumplir con el tratamiento planificado.
- Avisar al Servicio de Admisión de la disponibilidad de la cama para un nuevo paciente.
- Al alta de la paciente, el médico responsable será quién genere y explique las indicaciones médicas para continuar con el tratamiento en el domicilio.
- Cumplir con la Norma del subsistema de referencia, derivación, contra referencia y referencia inversa, del Sistema Nacional de Salud.
- Una vez transferido o dado el alta al paciente se desinfectará la habitación y la unidad del paciente antes de recibir a otro paciente.



Normas de cumplimiento para el personal asistencial.

- Asegurarse de que el área receptora conozca sobre la transferencia y prepare la unidad de acuerdo a las condiciones del paciente.
- Asegurarse que el traslado no se interrumpa
- Verificar que todo el material necesario esté listo para la recepción del paciente.
- Valorar si debe ser acompañado el paciente, por personal médico o no y que el número de personas que efectúa el traslado es el adecuado.
- Mantener una vigilancia continua en los pacientes que ameritan.
- Cumplir con las normas de bioseguridad.

Normas para la preparación del paciente.

- Informar al paciente y a su familia del procedimiento a cumplirse.
- Solicitar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Cumplir con las normas de seguridad (uso de sujetadores, monitoreo de saturación de oxígeno si amerita).
- Durante la transferencia se debe preservar la intimidad, el pudor y la confidencialidad del paciente
- Indicar al paciente sobre la posición correcta durante el traslado.
- Verificar la identificación del paciente, el pedido del examen y al área receptora
- Planificar y verificar las vías e itinerarios del traslado.
- Vestir al paciente según las necesidades (pijama, bata, almohada, vía intravenosa etc.).
- Colocar la silla o camilla paralela a la cama.
- Asegurar frenos de cama, incubadora, silla de ruedas o camilla.
- Proceder a la movilización de la forma más cómoda y segura para el paciente y para el equipo de enfermería, realizando las técnicas de movilización conocidas.
- Acomodar al paciente en la silla de ruedas, camilla, cama, cuna o incubadora para su traslado.
- Verificar la correcta posición de apósitos, drenajes, sondas, etc. así como la comodidad del paciente, una vez realizada la movilización.
- Cubrir al paciente correctamente.
- Despedir al paciente y su familia.
- Adjuntar Historia Clínica y exámenes complementarios.
- Trasladar al paciente acompañado por el personal de enfermería, si procede.
- Entregar Historia Clínica y el pedido del examen en la Unidad receptora.
- No dejar al paciente sólo en ningún momento hasta que haya sido recibido por el personal en la nueva unidad donde ha sido trasladado.
- Para el alta voluntaria del paciente se debe cumplir con la Norma del subsistema de referencia, derivación, contra referencia y referencia inversa, del Sistema Nacional de Salud, del MSP.



Registros de Transferencia de los pacientes en Puntos de Transición.

- Anotar en el registro correspondiente (formato de cambio de turno)
- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- Firma de responsabilidad de la persona que lo recibe y la que entrega al paciente y dejar documentado por escrito los exámenes realizados y pendientes, etc.
- Un preciso examen de laboratorio permitirá disminuir el tiempo en la toma de decisiones médicas, evitando la angustia de los pacientes.

CONTROL DE ELECTROLITOS CONCENTRADOS.

Múltiples estudios han identificado a las soluciones de electrólitos concentrados como medicamentos de alto riesgo. En Canadá y en Estados Unidos se han reportado complicaciones y muertes relacionadas con la administración incorrecta de Cloruro de Potasio (CIK).

También existen denuncias de muerte accidental por administración involuntaria de solución salina concentrada.

Si bien todos los medicamentos, productos biológicos, vacunas y medios de contraste tienen un perfil de riesgo definido, las soluciones concentradas de electrólitos para inyecciones son particularmente peligrosas y pueden ser mortales cuando se preparan y administran inadecuadamente.

Es fundamental la planificación de la disponibilidad, el acceso, la prescripción, la orden, la preparación, la distribución, el etiquetado, la verificación, la administración y el control de estos agentes, a fin de evitar potenciales eventos adversos. La estandarización de la dosis, de las unidades de medida y de la terminología son elementos fundamentales para el uso seguro de las soluciones concentradas de electrolitos. Estos esfuerzos requieren atención especial, experiencia adecuada, colaboración entre profesionales, procesos de verificación y varias funciones obligatorias que garanticen el uso seguro.

Objetivo general:

Garantizar la seguridad del paciente mediante el manejo correcto de los concentrados de los electrolitos.

Objetivo específico:

Estandarizar los procesos de almacenamiento, etiquetado, preparación y administración de los electrólitos concentrados.

Normas asistenciales para el manejo de los electrolitos concentrados

- El /La líder del servicio de enfermería o responsable, será el/la encargado/a de provisión y custodia de las soluciones de electrólitos concentrados en cada servicio.



- Anualmente se planificará una auditoría, con la finalidad de verificar, evaluar y elaborar un informe de los electrolitos concentrados.
- En cada área o servicio hospitalario no debe haber sobrantes de medicación, si lo hubiera gestionar su devolución a farmacia.
- Si hubiera la necesidad de disponer en las áreas, se justificará su aprobación con farmacia y la dirección médica, y se mantendrá bajo la responsabilidad del líder del área logrando así la seguridad del paciente.
- El personal de farmacia es el responsable de almacenar, etiquetar, preparar y distribuirá los electrolitos a los diferentes servicios.
- Los electrolitos concentrados estarán debidamente identificadas con: nombre del medicamento, fecha de caducidad, y rotulado "alto riesgo".
- El profesional de enfermería es el responsable de preparar las soluciones y/o de electrolitos concentrados en el área específica y exclusiva para este procedimiento.
- Para la administración de electrolitos concentrados se utilizará la bomba de infusión todo el personal deberá estar capacitado en el uso de la misma.
- Si durante la administración el médico dispone adjuntar electrolitos a la mezcla, se descartará la solución iniciada para continuar la nueva solución.
- En caso de identificar eventos o falla, se notificará al médico responsable, se registrará en la historia clínica y en el formato de eventos adversos que debe de existir en cada servicio.
- En los hospitales se tendrá a disposición el Protocolo del control de electrolitos concentrados en todos sus servicios, y el responsable de la custodia de los mismos será la enfermera líder del servicio correspondiente.
- La implementación y el seguimiento del cumplimiento del protocolo estará a cargo de los líderes departamentales.
- El monitoreo y supervisión del cumplimiento del protocolo del Control de Electrolitos Concentrados estará bajo la responsabilidad del Comité de Calidad.
- La capacitación sobre el cumplimiento del protocolo del Control de electrolitos concentrados, al personal de nuevo ingreso de los establecimientos de salud, será de responsabilidad de los líderes departamentales.



MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO.

Los medicamentos de alto riesgo tienen una mayor probabilidad de causar daños significativos al paciente, cuando son administrados por error. La implementación de una estrategia integral para la gestión de medicamentos de alto riesgo, es un valioso uso de recursos para mejorar la seguridad del paciente reduciendo así la posibilidad de daños graves.

Los medicamentos de alto riesgo que establece la OMS, incluyen pero no se limitan a:

- Agentes anti- trombóticos
- Agentes adrenérgicos
- Agentes de quimioterapia
- Electrolitos concentrados
- Insulina
- Narcóticos opioides
- Agentes bloqueadores neuromusculares
- Agentes de sedación

Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento de un paciente, es fundamental el manejo adecuado de ellos, a fin de garantizar su seguridad. La administración errónea de algún medicamento, puede ocurrir por falta de supervisión, falta de orientación e inducción del personal que atiende al paciente o por una situación de urgencia mal manejada.

Cuando nos referimos a un medicamento de alto riesgo, hablamos de un medicamento que puede llevar hasta a la muerte, si su administración es errónea. Para evitar este riesgo, el establecimiento de salud identifica los medicamentos con una etiqueta roja, vigila de manera cuidadosa su aplicación, los guarda en un lugar seguro, restringe su acceso e indica qué personas lo pueden usar.

Objetivos Generales

Garantizar la seguridad del paciente durante el proceso del manejo de la medicación de alto Riesgo.

Objetivos específicos

Prevenir la presencia de errores durante el proceso de la administración de la medicación.

Normas asistenciales para el manejo de medicamentos de alto riesgo.

- Cada establecimiento de salud debe identificar y realizar una lista de medicamentos de alto riesgo.
- Establecer procedimientos para el almacenamiento, prescripción, preparación, administración, distribución y documentación para cada medicamento de alto riesgo.
- La organización limita y estandariza las opciones de concentraciones y de volumen



- disponibles para medicamentos de alto riesgo.
- La organización regularmente audita a las áreas de servicio al cliente por los medicamentos de alto riesgo.
- La organización establece un mecanismo para actualizar de manera continúa las políticas de control
- El personal debe estar permanentemente actualizado y capacitado sobre el manejo seguro de medicamentos de alto riesgo.
- Asegurar un correcto control del almacenaje, conservación y control de caducidad de los fármacos.
- Informar al paciente sobre el procedimiento que se va a realizar, la medicación que va a administrarse y los posibles efectos.
- Verificar que el catéter intravenoso este en vía y permeable antes de la administración de medicamentos.

Entrenamiento en Bombas de Infusión.

Entre más tipos de bombas de infusión existan dentro de una organización, existe una mayor posibilidad de error grave. Para minimizar el riesgo del personal y los proveedores de servicios, se debe realizar actividades de capacitación permanente, efectiva y correctamente valorada sobre las bombas de infusión, a fin de cubrir de manera satisfactoria las necesidades clínicas del paciente.

Objetivo General.

Garantizar el uso correcto de las bombas de infusión para cada paciente.

Objetivo Específico.

Garantizar que todo el personal asistencial conozca el manejo de las bombas de infusión.

Normas asistenciales del Entrenamiento en bombas de infusión.

- Todo el equipo sanitario debe conocer el manejo de las bombas de infusión.
- Planificar capacitaciones para el personal de nuevo ingreso.
- Las bombas de infusión deben ser de tecnología de avanzada.
- Las empresas que suministran las bombas de infusión deben planificar el mantenimiento preventivo, bajo estricta supervisión del personal hospitalario responsable de cada área
- El personal asistencial debe reportar como evento adverso si presentaran algún daño de funcionamiento las bombas de infusión.
- Cuando se usan dos o más bombas de infusión, se rotula o se usa el vademécum de las bombas de infusión de la medicación que se administra. Programa de Mantenimiento Preventivo.

El mantenimiento preventivo se considera como uno de los procesos más importantes que



tiene que ejecutarse, de manera permanente y ordenada al interior de las instituciones hospitalarias, porque de esto depende el correcto estado y funcionamiento de los dispositivos médicos, equipos y tecnología.

Comprende todas las actividades que se realizan para prolongar la vida útil de un dispositivo y prevenir desperfectos (por ejemplo, calibración, remplazo de piezas, lubricación, limpieza, etc.).

Objetivo General.

Mantener en estado óptimo todos los dispositivos médicos, equipos y tecnología.

Objetivos Específicos.

Prevenir los desperfectos de los dispositivos médicos, equipos y tecnología

Normas asistenciales de Mantenimiento Preventivo.

- Se planificará una inspección periódica de los dispositivos médicos, equipos y tecnología para verificar situaciones que puedan originar fallas o depreciación acelerada de los mismos.
- Actualizar permanentemente el inventario de los dispositivos médicos, equipos y tecnología.
- Todas las áreas hospitalarias tendrán un cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo.
- Registrar en cada equipo biomédico la fecha del mantenimiento preventivo y correctivo y en el lugar donde se genere la información del plan.
- Verificar y supervisar la ejecución de los mantenimientos preventivos o correctivos realizada por terceros.
- Para realizar una adecuada planificación del mantenimiento preventivo, el personal responsable se guiará utilizando la Introducción al programa de mantenimiento de equipos médicos, serie de documentos técnicos de la OMS sobre dispositivos médicos.

ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS DURANTE UNA CIRUGÍA

Cada año se incrementan las cirugías a 234 millones alrededor del mundo, lo que corresponde por cada 25 personas hay una cirugía quirúrgica. Sin embargo más del 25 % de los pacientes enfrentan complicaciones después de someterse a una cirugía que requiere hospitalización, y la tasa de mortalidad bruta reportada después de una cirugía mayor oscila en 0.5 y 5 %. (Según World Alliance for Patient Safety. Safe surgery Saves Lives. Ginebra, Suiza: Who Press. 2208).

Las infecciones en el lugar de la operación siguen siendo una de las causas más comunes de complicaciones post-operatorias, aunque la evidencia indica que las medidas preventivas comprobadas se siguen de manera muy inconsistente. La administración oportuna de



antibióticos profilácticos es ampliamente reconocida como una manera eficaz de reducir infecciones post-operatorias. Sin embargo, los antibióticos se suelen administrar con demasiada anticipación, demasiado tarde o de manera errática. El uso prolongado o inapropiado de antibióticos de amplio espectro puede poner a los pacientes en un riesgo adicional de que se desarrollen cepas resistentes a los antibióticos.

(Según Use Prophylactic Antibiotics Appropriately. IHI Patient Safety Surgical Site Infecciones. Updated.2008).

Objetivo General

Garantizar la seguridad del paciente quirúrgico, con la profilaxis de antibióticos.

Objetivo Específico

Administrar los antibióticos prescritos a la hora, dosis, vía, frecuencia y paciente correctos.

Normas asistenciales durante la administración de antibióticos profilácticos

- Los establecimientos de salud deben contar con un protocolo del manejo de los antibióticos profilácticos.
- Cumplir y hacer cumplir con el protocolo de la administración de antibióticos profilácticos.
- La administración de antibióticos debe ser dentro de los 60 minutos previos a realizar incisión de la piel.
- La enfermera debe ser la única responsable de la administración de la medicación guiándose por la indicación prescrita por el médico.

CONTROL DE INFECCIONES.

La prevención de Infecciones Asociadas con la Atención de Salud (IAAS), es un elemento clave para garantizar la seguridad del paciente. Todo paciente ambulatorio u hospitalizado está en riesgo de adquirir una infección relacionada con los cuidados de salud.

Los avances de los últimos años en la prevención, diagnóstico y terapéutica, no han logrado desvanecer por completo el riesgo de adquirir una IAAS.

Los programas de prevención y control de IAAS, tienen como punto fundamental la higiene de las manos, que a su vez es la medida de prevención menos costosa.

Todo el equipo de salud que se encuentra en contacto directo o indirecto con los pacientes, debe practicar esta medida de prevención de infecciones, en cada momento que sea necesario. Igualmente los familiares de los pacientes tienen la



responsabilidad de practicar el lavado de manos o su higienización con gel de alcohol.

Indicaciones para la higienización de las manos.

- Lavarse las manos con agua y jabón cuando estén sucias, contaminadas o manchadas con sangre o líquidos corporales o estén expuestas a organismos con capacidad de esporular (producir esporas), después de ir al baño.
- Aplicar los cinco momentos en el lavado de manos. (Ver gráfico en anexos).
- Lavarse las manos con agua y un jabón simple o antimicrobiano, o frotárselas con una preparación alcohólica antes de manipular medicamentos o preparar alimentos.
- No utilizar jabones antimicrobianos cuando ya se haya utilizado una preparación alcohólica para la fricción de las manos.

Objetivo General.

Difundir el conocimiento y práctica de la higiene de manos para evitar infecciones en los pacientes ambulatorios y hospitalizados así como en el personal que labora.

Objetivo Específico.

Evitar la transmisión de microorganismos entre pacientes con la práctica de higiene de manos.

Normas asistenciales para evitar las IASS.

- Instaurar la higiene de manos como una cultura o política institucional.
- Evitar el contacto con superficies contaminadas de cualquier material que vaya a ser utilizado, durante los procedimientos invasivos y /o la administración de fármacos o fluidos.
- Disponer del material para la realización de procedimientos en sets preparados para la realización de técnica invasiva (canalización venosa periférica, central, drenaje torácico, sondaje gástrico y vesical).
- No reutilizar el material de un solo uso.

Procedimiento Sugerido por la OMS para la higiene de manos.

Pasos a seguir:

- Abrir el grifo y mojar las manos.
- Aplicar en la palma de la mano, suficiente jabón líquido para cubrir todas las superficies de las manos.
- Enjabonar las palmas de las manos, frotándolas entre sí.
- Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos, y viceversa.
- Entrelazar los dedos y frotar los espacios entre ellos.
- Frotar la parte posterior de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, sosteniendo sus dedos. Moviendo hacia adelante y hacia atrás, y viceversa.
- Frote el pulgar derecho con la ayuda de la palma de la mano izquierda, haciendo un



movimiento circular, y viceversa.

- Frote las puntas digitales y las uñas de la mano izquierda contra la palma de la mano derecha, cerrada en concha, haciendo un movimiento circular y viceversa.
- Frote la muñeca izquierda con la ayuda de la palma de la mano derecha, haciendo un movimiento circular, y viceversa.
- Enjuague las manos, retirando los residuos de jabón. Evite el contacto directo de las manos enjabonadas con el grifo.
- Seque las manos con papel descartable, empezando por las manos y siguiendo por los puños. En el caso de grifos con el contacto manual para el cierre, siempre use papel descartable.
- El tiempo de duración del lavado de manos es de 40 a 60 segundos.

Higiene de las Manos con Alcohol Gel al 70%

Mantenga dispensadores de alcohol en gel individuales o de pared al lado de la cama, en todos los puntos de atención de salud.

- Aplicar en la palma de la mano de 3 a 5 ml de gel, o seguir las instrucciones del fabricante.
- Frotar vigorosamente el producto en las manos, en todas las superficies, siguiendo las etapas descritas en la técnica anterior.
- Dejar que se seque naturalmente, no soplar y no usar toallas de papel.
- Las manos visiblemente sucias o muy contaminadas con material orgánico se deben lavar con jabón.
- Aplicar gel de alcohol o lavarse las manos con jabón y agua entre los diferentes cuidados en el mismo paciente y entre los distintos pacientes.
- Quitarse los anillos y pulseras al inicio del trabajo, antes de lavarse las manos.
- La técnica correcta para lavarse las manos consta de tres fases: preparación, lavado y enjuague. La preparación requiere que las manos estén húmedas antes de aplicar el jabón líquido o un antiséptico.
- Lavarse especialmente la punta de los dedos, los espacios interdigitales y el pulgar, se debe frotar 15 segundos.

Los cinco momentos para la higiene de las manos.

- Antes de tocar al paciente.
- Antes de realizar una tarea limpia o aséptica.
- Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
- Después de tocar al paciente.
- Después del contacto con el entorno del paciente.

PRÁCTICAS SEGURAS DE APLICACIÓN DE INYECCIONES.

Las inyecciones, son el procedimiento de cuidado de la salud más común en todo el mundo, la



mayoría de las cuales se administran para fines terapéuticos. En países en desarrollo y transición, la mayor parte de estas inyecciones terapéuticas son innecesarias, pues se podrían administrarse por vía oral. Cada año, la reutilización de dispositivos para inyectar provoca millones de incidentes de infección a nivel mundial.

Además de lastimar a los pacientes, las prácticas de inyección no seguras ponen a los trabajadores de la salud y la comunidad en riesgo.

La OMS recomienda una estrategia en tres partes para lograr esta práctica así:

- Cambiar el comportamiento de los pacientes y del personal asistencial.
- Asegurar la disponibilidad de equipo de inyección segura.
- Manejar los desechos de manera segura y apropiada.

Objetivo General.

Disminuir el riesgo de eventos adversos con las buenas prácticas de inyecciones.

Objetivo Específico

Incentivar el manejo de los dispositivos de inyecciones para un solo uso cuando han sido desechados.

Normas asistenciales de prácticas seguras de inyecciones.

- Cuando una inyección es indicada médicamente, las mejores prácticas de control contra infecciones intradérmicas, subcutáneas e intramusculares recomiendan el uso de un dispositivo de inyección de un solo uso, nuevo y desechable para cada inyección y para la reconstitución de cada unidad de medicación.
- Cumplir con las normas de bioseguridad.
- Capacitar a los profesionales de la salud, sobre el uso seguro de las jeringas, manejo de nuevas tecnologías, almacenamiento, descarte y disposición final de los residuos corto punzantes. (OMS/OPS).

PREVENCIÓN DE CAÍDAS.

Todos los pacientes que se encuentran hospitalizados o que se atienden en un establecimiento de salud, tienen el riesgo de tener caídas, la población más vulnerable son los niños y las personas con problemas físicos, psicológicos y sociales.

Las caídas causan lesiones serias a los pacientes e incrementan los costos, aumentando los días de estadía hospitalaria y juicios originados por caídas de paciente son de frecuencia alta y de severidad intermedia o baja. Según OMS.



Objetivo General.

Prevenir y reducir el riesgo de caídas y los efectos adversos derivados de las mismas e instaurar las medidas estandarizadas de acuerdo al riesgo identificado.

Objetivos Específicos.

- Identificar a los pacientes (adultos y niños) con mayor riesgo de caídas.
- Prevenir las caídas del paciente hospitalizado durante la estancia hospitalaria.
- Establecer precauciones en pacientes con riesgo de lesión por caídas.
- Educar al paciente y la familia/cuidador en las medidas de prevención de caídas.

VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS:

- La valoración del riesgo de caídas es esencial a la hora de establecer medidas preventivas adecuadas a cada persona.
- En la planificación de actividades de prevención se deberá considerar la valoración global del/la paciente contemplando cada uno de los factores de riesgo predisponentes.
- Se considerará que todo/a paciente por el hecho de ingresar en un hospital tiene factores extrínsecos de riesgo de caída, por consiguiente deberá realizarse la valoración del riesgo de caídas a todos/as los/las pacientes que ingresen en cualquiera de los servicios del establecimiento.
- Se valorará siempre el riesgo de caída relacionado con cada uno de los factores intrínsecos previamente definidos.

Factores *AMBIENTALES*:

- Fallo en el frenado de las camas.
- Suelo mojado
- Deslizamientos del sillón o silla.

Factores del *PACIENTE*:

- Desorientación
- Levantarse solo necesitando ayuda.
- Movimientos en la cama.

Valorar la necesidad básica de seguridad, en relación a:

- Nivel de conciencia.....al ingreso y continuado.
- Nivel de Dependencia..... Movilización
- Nivel de Dependencia.....Relación Social (acompañante)
- Tratamiento Medicamentoso.....Hipnóticos, sedantes diuréticos
- Edad: Mayores de 65 años, analizando el grado de autonomía personal.



Verificar la seguridad ambiental:

- Freno de la cama.
- Iluminación.
- Timbre de llamada.
- Mesilla de noche.
- Servicio accesible.
- Suelo seco.

UNIDADES ADULTOS: Se evaluará el riesgo de caídas a través de la Escala de Downton a todos los pacientes que ingresan a los servicios de hospitalización. Al ingreso del paciente en el servicio se aplicará y se registrará el valor obtenido en el registro de valoración al ingreso.

SERVICIOS DE PEDIATRIA: Los principales factores de riesgo en los niños hospitalizados son: la historia de caídas, alteración del estado mental (episodios de desorientación) y problemas al caminar.

- Niños menores de 6 años:** edad del niño, el género, la altura de la caída, el tipo de superficie, el mecanismo de caída (escalera o utilizando andador), el ámbito (guardería en comparación con la atención domiciliaria) y aspectos socioeconómicos.
- Menores de 3 años:** cuando comienzan a deambular son más La evaluación de riesgo de caídas en niños (0 a 14años) se realizará con la escala Humpty Dumpty Falls Store.
- Se aplicará el registro de evaluación de riesgo de caídas a todos los niños ingresados tanto en unidades de hospitalización como en observación de urgencias pediátricas. Los niños ingresados en UCI a su salida de la misma se reevaloraran y se adecuará el riesgo.
- Se realizará una nueva valoración siempre que se modifique el estado del/la paciente a lo largo de su estancia.

Medidas de seguridad relacionadas con el mobiliario.

- Mantener una comunicación adecuada con el paciente explicándole todo lo referente a cómo evitar las caídas.
- Verificar en cada turno que la cama esté en posición baja y con el freno puesto
- Si el paciente utiliza silla de ruedas, verificar que tenga el freno puesto durante las transferencias y en la hospitalización.
- Mantener la habitación libre de mobiliario innecesario.
- En caso de ser necesario el paciente recibirá acompañamiento las 24 horas por un familiar.
- Lámpara de cabecera en buen funcionamiento.
- La silla del paciente estará cerca de el
- Camas, camillas con los frenos adecuados.
- Mantener una buena iluminación tanto diurna como nocturna.
- En casos de barreras arquitectónicas identificar las mismas con señaléticas.



Medidas de seguridad relacionadas con el personal de enfermería:

- Identificación correcta del paciente brindándole confianza y seguridad.
- Detección de riesgos de caída.
- Detección de riesgos de accidentes.
- Explicación del uso de barandales.
- Comprobación del funcionamiento del timbre.
- Orientación del mobiliario del paciente.
- Respuesta inmediata al llamado del paciente
- Vigilancia y acompañamiento
- Objetos de uso personal del paciente estarán cerca de él
- Arreglo de la unidad del paciente.
- Educación al paciente y su familia.
- Mantener al enfermo incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, evitando así sufrir hipotensión ortostática.

Medidas preventivas de seguridad generales a todos los niños.

- Orientación hacia los espacios Las ventanas de las habitaciones de los pacientes han de estar siempre cerradas.
- Cama en posición lo más baja posible y con los frenos puestas.
- Barandillas laterales de la cuna / cama levantadas
- Evaluación de huecos grandes para evitar que las extremidades del niño /a u otra parte de su cuerpo queden atrapadas allí.
- Uso de calzado adecuado con suelas antideslizantes y ropa del niño del tamaño adecuado para evitar tropiezos.
- Evaluación de las necesidades de prevención adaptadas a las necesidades niño.
- Luz de llamada al alcance: educación al paciente y su familia sobre su uso.
- Entorno libre de equipos fuera de uso y mobiliario en su lugar.
- Evaluación para determinar la correcta iluminación; luz encendida por la noche.
- Educación sanitaria a padres y niño/a si procede.
- Registro de la educación para la prevención de caídas.
- En los pacientes de ALTO RIESGO se entregará e informará sobre las medidas generales recogidas en el tríptico dirigido a pacientes y familiares de prevención de caídas.

Medidas de seguridad relacionadas con el familiar:

- Facilitar al familiar todo el conocimiento de medidas de seguridad del hospital.
- Motivar a mantener el orden en la unidad.
- Detectar alteraciones del paciente.
- El médico informará siempre a los familiares el estado actual del paciente.
- Evaluar junto con el familiar el riesgo de caída en cada paso del proceso de transferencia.
- Fomentar la comunicación con el paciente para disminuir las preocupaciones.



- Informar al paciente sobre el proceso de movilización y transporte.
- Si el estado de salud del paciente es crítico es necesario que un familiar cercano le acompañe al paciente durante las 24 horas.

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.

La presencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados, es un gran problema de salud, que puede ocasionar la incomodidad física al paciente, internación hospitalaria prolongada; aumento del riesgo de desarrollo de complicaciones adicionales; necesidad de cirugía correctiva y efectos en la tasa de mortalidad.

El desarrollo de las úlceras de presión es un fenómeno complejo, en el que participan varios factores relacionados con el paciente con el tipo de atención que se le está brindando y con el medio externo, siendo la inmovilidad el factor de riesgo de mayor importancia en los pacientes que se encuentran hospitalizados.

Los pacientes en cuidados intensivos son los más propensos al apareamiento de úlceras de presión debido a la sedación, alteración del nivel de conciencia, soporte de respiración, uso de drogas vaso activas, restricción de movimientos por un período prolongado de tiempo e inestabilidad hemodinámica.

El instrumento de evaluación del riesgo más extensivamente probado y utilizado es la Escala de Branden y a pesar de no haber sido desarrollada específicamente para pacientes críticamente enfermos, presenta una especificidad y sensibilidad para esta población.

Localizaciones más frecuentes

Las úlceras por presión normalmente se producen en los puntos de apoyo del cuerpo que coinciden con las prominencias o rebordes óseos.

En la población pediátrica las localizaciones más frecuentes difieren de las de los adultos, en niños ingresados en UCIP se localizan con mayor frecuencia en: cabeza

(sobre todo en occipucio), oreja, pecho y sacro. Esto es debido a las características antropomórficas de los niños.

Medidas de prevención de UPP:

La mayoría de las úlceras por presión pueden prevenirse, por lo que es importante disponer de estrategias de prevención basadas en las mejores evidencias científicas disponibles.

Objetivo General.

Disminuir al menor nivel posible las lesiones que se producen en la piel y en los tejidos que se encuentran inmediatamente por debajo, debido a la presión que ejercen sobre estos los objetos de superficies duras (como camas y sillas) y el sistema óseo.



Objetivo Específico.

- Identificar a los pacientes con riesgo de sufrir estas lesiones, para brindar cuidados de enfermería específicos.
- Evitar la aparición de úlceras en los pacientes hospitalizados.
- Disminuir la variabilidad de los cuidados directos otorgados al paciente y la incertidumbre a la hora de tomar decisiones clínicas.

Valoración del riesgo

La valoración se la realiza a todo paciente con alteración de la actividad/motilidad en primera instancia, se le aplicará la escala de Braden al ingreso a la unidad. Según la puntuación obtenida se llevará a cabo el plan de cuidados recomendado si ya el paciente presenta Evidencia Moderada de úlceras de presión.

NIVEL DE EVIDENCIA	DESCRIPCIÓN
ALTA	Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que tenemos en el resultado estimado.
MODERADA	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto en la confianza que tenemos y puedan modificar el resultado.
BAJA	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que tenemos y puedan modificar el resultado.
MUY BAJA	El resultado no ha sido demostrado.

La **ESCALA DE BRADEN** consta de seis escalas: Percepción Sensorial, Exposición de la piel a la humedad, Actividad física, Movilidad, Nutrición, Roco y peligro de lesiones cutáneas, con una definición exacta de lo que se debe interpretar en cada uno de los apartados de estos subíndices.

Los tres primeros subíndices, miden factores relacionados con la exposición a la presión intensa y prolongada, mientras que los otros tres están en relación con la tolerancia de los tejidos a la misma.

De entre ellos la literatura científica destaca como más importantes la incontinencia (humedad), el estado neurológico y el estado nutricional de los pacientes, pero aún y siendo los más importantes, no son los únicos factores predisponentes, y por eso no hay que olvidar factores que también colaboran en la aparición de las úlceras por presión como pueden ser:



- Diabetes.
- Edad > 70 años.
- Obesidad o caquexia.
- Tratamiento con corticoides, citostáticos o anticoagulantes.
- Analgesia y/o sedación.
- Informe al paciente-familia sobre el proceso a seguir estimulando en lo posible su colaboración.
- Registre el procedimiento realizado y las observaciones que de éste se deriven en la historia clínica.
- Todos los pacientes en riesgo deberán contar con un plan de cuidados escrito y personalizado, según sus necesidades (Evidencia Alta).

Cuidados específicos

Piel:

- Examinará el estado de la piel al menos una vez al día.
- Mantendrá la piel del paciente en todo momento limpia y seca:
 - Utilizar jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.
 - Lavar la piel con agua tibia, aclarar y realizar un secado meticuloso sin fricción.
 - No utilizar sobre la piel ningún tipo de alcoholes (colonias, etc.).
 - Aplicar cremas hidratantes, procurando su completa absorción.
- Aplicar ácidos grasos hiper oxigenados dos veces al día en las zonas de riesgo de desarrollo de las úlceras, especialmente en la zona occipital en niños pequeños.
- No se realizará masajes directamente sobre prominencias óseas.
- Dedicar atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad, al presentar un elevado riesgo de aparición de nuevas lesiones (recurrencia).

Exceso de humedad: incontinencia, transpiración o drenajes de heridas:

- Valorar y tratar los diferentes procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel del paciente: incontinencia, sudoración profusa, drenajes y exudado de heridas.
- Cambiar con frecuencia el pañal del niño o del adulto y utilizar si es necesario productos barrera que no contengan alcohol y que protegen contra exudados y adhesivos.

Manejo de la presión:

Para minimizar el efecto de la presión como causa de úlceras por presión habrán de considerarse cuatro elementos: la movilización, los cambios posturales, la utilización de superficies especiales de apoyo y la protección local ante la presión.



Movilización

Se elaborará un plan de cuidados que fomente y mejore la movilidad y actividad del paciente, dentro de las posibilidades.

Cambios posturales

Realizar cambios posturales, si no es posible de todo el cuerpo, al menos de la cabeza.

Procurar levantar a los pacientes a sillas varios minutos al día, siempre que su situación lo permita.

Utilización de superficies especiales de apoyo

Se utilizara superficies de apoyo que han sido diseñadas específicamente para el manejo de la presión.

Utilizar sistemas de protección local ante la presión, siempre que faciliten la inspección de la piel al menos una vez al día, sean compatibles con otras medidas del cuidado local y no puedan lesionar la piel de esa zona al tiempo.

Protección local ante la presión

En zonas de especial riesgo para el desarrollo de úlceras por presión como son los talones, se utilizara sistemas de protección local ante la presión, siempre que faciliten la inspección de la piel al menos una vez al día, sean compatibles con otras medidas del cuidado local y no puedan lesionar la piel de esa zona al tiempo de su retirada.

Contemplar cualquier situación en la que los dispositivos utilizados en el paciente puedan provocar problemas relacionados con la presión y rozamiento sobre una zona de prominencia o piel y mucosas (sondas, tiras de mascarillas, tubos orotraqueales, gafas nasales, mascararas de presión positiva, catéteres, yesos, férulas, sistemas de tracción, dispositivos de inmovilización y sujeción...). En estos casos, los ácidos grasos hiperoxigenados pueden ser de gran ayuda.

Todos los elementos anteriores pueden complementarse con el uso adecuado de materiales que pueden servir para reducir localmente la presión y evitar la fricción y fuerzas tangenciales, como pueden ser: cojines, almohadas, protectores locales, etc.

PROFILAXIS DE TROMBO EMBOLISMO VENOSO.

El trombo embolismo, es el término colectivo para la trombosis venosa profunda y la embolia pulmonar, es una complicación grave y común para los pacientes que se encuentran



hospitalizados o sometidos a cirugía. La evidencia muestra que la incidencia puede reducirse o evitarse, al identificar a los pacientes que corren riesgo y al proporcionar intervenciones basadas en la evidencia apropiada de trombo profilaxis. La Enfermedad de Trombo Embolismo, es una enfermedad aguda, originada por la conjunción de múltiples causas que confluyen en un momento determinado de un paciente. Normalmente existe una causa desencadenante, evidente o no, que suma a una combinación de factores, más o menos permanentes, que predisponen al paciente a padecer un trombo embolismo venoso (TEV).

Formas de profilaxis.

Las medidas profilácticas deberán estar dirigidas a impedir la formación del trombo. En general distinguimos dos tipos de profilaxis, la primaria y la secundaria. La primaria se refiere a tratar todos los pacientes en riesgo con métodos físicos o farmacológicos de acuerdo a la categoría de riesgo. La profilaxis secundaria se refiere a practicarla en los pacientes que se les diagnostica una TVP sub clínica, mediante exámenes especializados, y tratarlos en forma completa.

Objetivo General

Disminuir al menor nivel posible el riesgo de aparición de TEV en todos los pacientes.

Objetivo Específico.

Identificar a los pacientes con riesgo de tromboembolia venosa para ofrecer cuidados específicos.

Normas asistenciales para Profilaxis de Trombo embolismo venoso

Las medidas profilácticas **primarias**, en pacientes con factores de riesgo

- En pacientes con riesgo, implementar la profilaxis de medicación tempranamente en las 48 horas.
- Mitigar el dolor relacionado con el edema tisular y obstrucción del flujo sanguíneo.
- Si es posible mantener elevado el lugar involucrado.
- Dar a conocer al paciente la importancia de la administración de medicación prescrita.
- El uso de medias o vendas elásticas.
- Control de hemorragia.
- Mantener en reposo

Las Medidas profilácticas **secundarias**

- Administración de medicación prescrita por el médico
- Vigilar que no haya sangrados
- Incentivar al movimiento tan pronto sea posible luego de la cirugía.



- Reposo en cama
- Uso de bombas neumáticas previamente calibradas
- Uso de medias o vendas elásticas
- Deambulación precoz si cursa por el período post operatorio
- Control de exámenes de laboratorio

El seguimiento a los pacientes con el alta estará a cargo del personal de atención al usuario en el caso de que no acuda a la consulta externa.

Explicar al paciente sobre lo siguiente:

- Control de sangrado
- La importancia de la administración de la medicación
- Actividad precoz
- Asistir al control médico generalmente en 8 a 15 días, sino acude realizar el seguimiento con el personal de atención al cliente
- El uso de medias o vendas elásticas.

COMUNICACIÓN EFECTIVA DE LOS VALORES CRÍTICOS

Los valores críticos son indicadores de un estado fisiopatológico tan alejado de la normalidad que puede poner en peligro la vida del paciente si no se actúa rápidamente y para el que existe tratamiento. Lundberg, 1972. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente manifiesta que la comunicación precisa, efectiva y a tiempo a los profesionales sanitarios que ordenan las pruebas de los valores de laboratorio significativamente anormales (resultados o valores críticos) es esencial para asegurar una atención adecuada y prevenir los resultados adversos de los retrasos en el tratamiento. También es igualmente necesaria la comunicación de prueba críticas. (OMS, 2004). Actualmente, existen normas de referencias internacionales como ISO 15189, la Joint Commission mediante National Patient Safety Goals Effective, Colegio Americano de Patología (CAP), Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA) enuncian requisitos de cumplimiento en relación al reporte de los valores críticos.

Objetivo General.

Garantizar una comunicación efectiva sobre los valores críticos desde el laboratorio al médico clínico con la finalidad de garantizar la seguridad del paciente en la atención de salud.

Objetivo Específico.

Elaboración de la lista de valores críticos y actuación dentro del laboratorio.

Normas asistenciales para la comunicación efectiva de los valores críticos

El laboratorio debe definir las propiedades cuyos valores pueden ser alarmantes y los intervalos correspondientes de acuerdo con los médicos clínicos. ISO 15189.



El laboratorio debe contar con un procedimiento formal para comunicar inmediatamente cuando los resultados de los análisis pertenecientes a propiedades críticas se encuentren dentro de los intervalos de alarma establecidos. Incluye resultados recibidos de muestras enviadas a laboratorios de derivación. ISO 15189

En caso de tener un sistema de información exclusivo para laboratorios (SIL) se deberá incluir los valores críticos.

Para la elaboración de la lista de valores críticos y actuación dentro del laboratorio, se debe tomar en cuenta:

- Que exista una persona o personas encargadas de la elaboración de la lista.
- Las características particulares del centro y población atendida.
- Prevalencia de enfermedades en su área.
- Especialidades existentes: unidad de diálisis, neonatología, trasplantados de médula ósea.
- Por especialidades/origen/patología.
- Se recomienda lista diferente para pacientes pediátricos.

En conclusión, la institución deberá conformar un equipo multidisciplinario con la finalidad de elaborar la lista de valores críticos basado en la experiencia, enfocarse bajo una perspectiva clínica, debe ajustar sus requerimientos en base a las necesidades clínicas concretas, además identificar los recursos y limitaciones, evitar complacencias no basadas en criterios clínicos. La institución deberá tomar en cuenta estudios realizados en la propia institución, revisando la base de datos de los resultados, estudios retrospectivos sobre pacientes y estudios prospectivos sobre paciente controlados.

Estrategia de comunicación de valores críticos

Los puntos a considerar para la elaboración de un flujograma efectivo de comunicación de valores críticos:

- Quién realiza la notificación.
- A quién informar.
- Como establecer la comunicación.
- Tiempo para realizarla.

Repercusión clínica en la seguridad del paciente de la comunicación de valores críticos

Cada laboratorio debe definir los indicadores a evaluar y su periodicidad de la repercusión clínica en la seguridad del paciente, se recomienda los siguientes indicadores:



a) Indicadores del procedimiento de la comunicación de valores críticos

- Número de comunicaciones
- Tiempo de demora de la comunicación
- Si se ha generado algún efecto adverso por la demora

b) Indicadores de repercusión clínica

- Número de avisos que el clínico refleja en la historia clínica
- Número de análisis que se repiten al mismo día para confirmar el valor comunicado
- Número de casos donde establecen medidas correctivas o cambios de tratamiento después del aviso
- Número de análisis que se repiten a lo largo de un mes para comprobar si este resultado se ha corregido
- Número de avisos realizados en pacientes extra hospitalarios que son derivados al hospital.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

El monitoreo de los indicadores permitirán fortalecer los sistemas de salud y la seguridad del paciente para el control y la evaluación de la presente Norma Técnica de seguridad del paciente en la atención en salud.

Los indicadores establecidos en la normativa, no podrán ser modificados por los establecimientos de salud, sin perjuicio de que estos establecimientos implementen la medición de otros indicadores que considere necesarios, estos indicadores serán reportados a las instancias superiores en relación a los Estatutos orgánico estructurales y funcionales vigentes.

Todos los establecimientos de salud cumplirán con la implementación, seguimiento y monitorización de los protocolos y normas sobre la seguridad del paciente y calidad de la atención, así como establecer indicadores de proceso y resultado acorde a los Indicadores internacionales para la seguridad del paciente (OMS) en relación a:

- Identificar correctamente a los pacientes
- Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo (electrolitos concentrados).
- Garantizar las cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
- Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica (lavado de manos)
- Reducir el riesgo de caídas.



Indicadores de proceso:

- Notificación de eventos adversos, centinelas y cuasi eventos.
- Aplicación de lista de verificación de cirugía segura.
- Pacientes correctamente identificados de acuerdo a protocolo
- Prevención de úlceras por presión.
- Prevención de caídas en pacientes hospitalizados



ANEXOS

PROTOCOLO DE LONDRES

**NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE
SALUD: Nº DE HISTORIA CLINICA:**

Datos de filiación y Antecedentes:

1. **DECISIÓN DE INVESTIGACIÓN**
2. **CONFORMACIÓN DE EQUIPO**
3. **OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN**
4. **CRONOLOGÍA DEL EVENTO:**

FECHA	PROFESIÓN DE LA PERSONA QUE BRINDO LA ATENCIÓN		HORA DE SALIDA	SIGNOS Y SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	ACCIÓN
	HORA DE LLEGADA						

5. **HALLAZGOS** análisis de eventos relevantes presentes en la atención de la usuaria.

- **Domicilio**
- **Comunidad**
- **Establecimientos de Salud.** (Primer Nivel o Segundo Nivel o Tercer Nivel).

6. **ACCIONES INSEGURAS, FACTORES CONTRIBUTIVOS PARA LAS UNIDADES INVOLUCRADAS**



7. PLAN DE ACCIÓN.- en base a factores contributivos

PLAN DE ACCIÓN GENERAL						
LUGAR:		FECHA:		RESPONSABLES:		
FACTORES CONTRIBUTIVOS	ACCIONES PARA ABORDAR LOS FACTORES CONTRIBUTIVOS	NIVEL DE RECOMENDACIÓN (INDIVIDUAL, EQUIPO, DIRECCIÓN, ORGANIZACIÓN)	RESPONSABLE DE IMPLEMENTAR ACCIONES	FECHA DE INICIO DE IMPLEMENTACION DE ACCIONES	FECHA DE ENTREGA DE INFORME FINAL DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE SEGUIMIENTO PARA EVALUAR EFECTIVIDAD DEL PLAN

8. CONDICIÓN ACTUAL DEL RN: informar si el RN está vivo o muerto; condición de salud del niño (en caso de estar hospitalizado identificar el establecimiento de salud donde se encuentra); lugar de residencia del niño; persona responsable del cuidado del RN.

9. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD.- Nombres y apellidos, cargo y firma de los responsables

10. FECHA DE ELABORACIÓN: Anotar la ciudad, y fecha donde se elaboró el informe.

11. DOCUMENTOS DE RESPALDO: copias certificadas y foliadas de la historia clínica, inscripción de defunción o informe de necropsia.



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCION NACIONAL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

FORMATO: REPORTE EVENTOS ADVERSOS, CENTINELAS Y CUASI EVENTOS

SERVICIO:

DATOS DE IDENTIFICACION:

NOMBRES Y APELLIDOS:

EDAD:.....

ESCOLARIDAD: **DIRECCION**

DOMICILIARIA:..... **DIRECCION**

TRABAJO

TELEFONO.....

FECHA DE INGRESO **No.**

HISTORIA CLINICA.....

DIAGNOSTICO

PROCEDIMIENTO.....**FECHA**.....

.....

SI

NO

NOMBRE DEL EVENTO

TIPO DE EVENTO

ADVERSO

CENTINELA

CUASI-EVENTO

FECHA DEL REPORTE

FIRMA DE RESPONZABILIDAD:

.....



FORMATO DE EVALUACIÓN DE EVENTOS REPORTADO

NÚMERO DE CASO: ____ FECHA DE EVALUACIÓN DE COMITÉ: __/__/__

EVENTO EVALUADO POR EL COMITÉ: _____

1. ¿El evento es una complicación propia de la causa de hospitalización o de la enfermedad que presenta el paciente?
2. ¿Existe evidencia en el registro de admisión de que el evento estaba presente al momento del ingreso?
3. ¿Existe una nota en el registro médico indicando que existe relación entre el evento y el servicio proveído?
4. ¿La cronología de eventos sugiere que el evento estuvo relacionado con el tratamiento?
5. ¿La falta o demora en la atención facilitó la ocurrencia del evento?
6. ¿La falta o demora en el diagnóstico facilitó la ocurrencia del evento?
7. ¿La falta o demora en el tratamiento facilitó la ocurrencia del evento?
8. ¿Existe evidencia de fallas o no disponibilidad de insumos o medicamentos relacionados con el evento?
9. ¿Existe evidencia de administración inadecuada de la medicación, componente sanguíneo, líquidos o alimentación relacionados con el evento?
10. ¿Existe ausencia de demora en la remisión del paciente a otros centro acordes con la complejidad del paciente?
11. ¿Existe evidencia en el registro de fallas en el funcionamiento de tipo administrativo que facilitaron la ocurrencia del evento?
12. ¿Existe registro médico indicando prolongación de la estancia como resultado del evento?

Nombres y Apellidos del Coordinador del Comité: _____

Firma del Coordinador del Comité: _____

EVALUACIÓN POR EL COMITÉ DE EVENTOS ADVERSOS

Asociación del evento con el cuidado proveído o con ocasión del mismo

- 1. Definitivamente el evento se debe a la enfermedad de base
- 2. El evento muy probablemente se debe a la enfermedad de base
- 3. Probablemente el evento se debe a la enfermedad, pero podría haber estado relacionado con la provisión del servicio o con ocasión de éste
- 4. Probablemente el evento se debe más a la provisión del servicio o con ocasión de éste, que a la enfermedad de base
- 5. El evento muy probablemente se debe a la provisión del servicio o con ocasión de éste
- 6. Casi con seguridad el evento se debe a la provisión del servicio o con ocasión de éste

Temporalidad del evento

- 1. Ocurrió previo a la hospitalización y fue detectado durante la hospitalización
- 2. Ocurrió durante la hospitalización y fue detectado durante la misma hospitalización
- 3. Ocurrió durante la hospitalización y fue detectado durante la re-hospitalización
- 4. Ocurrió durante la hospitalización y fue detectado en la post-hospitalización

El tipo de evento reportado es/está:

- 1. Complicación no técnica
- 2. Complicación técnica
- 3. Falla terapéutica
- 4. Relacionado con administración de medicación, componentes sanguíneos, líquidos o alimentación
- 5. Caída



Ministerio
de **Salud Pública**

Coordinación Zonal de Salud 6
Hospital Vicente Corral Moscoso



- 6. Relacionados con Medicamentos
- 7. Relacionados con procedimientos diagnósticos

Nombres y Apellidos del Coordinador del Comité: _____

Firma del Coordinador del Comité: _____



FORMATOS DE NOTIFICACIÓN DE LOS EVENTOS

En nuestro Hospital se aplicará los siguientes instrumentos para reportar eventos:

1. EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

FORMULARIO DE CONTROL DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE TERPIA INTENSIVA

NOMBRE Y APELLIDOS _____ EDAD: _____
HCL: _____ FECHA DE INGRESO: _____

RIESGO	VALOR	Revaloración
Alto	≤ 12	24 h
Moderado	13 – 14	3 d
Bajo	> 14	7 d (Braden)

Estado mental	Incontinencia	Actividad	Movilidad	Nutrición	Sensibilidad cutánea	Valor	
Alerta	No o SV	Normal	Completa	Buena	Presente	4	
Desorientado	Ocasional	Camina con ayuda	Limitación Ligera	Regular	Disminuida	3	
Letárgico	Urinaria o fecal	Se sienta con ayuda	Limitación importante	Mala	Presente en extremidades	2	
Comatoso	Urinaria y fecal	Postrado en cama	Inmóvil	NP - caquético	Ausente	1	
							FECHA



UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

FORMULARIO DE CONTROL DE RIESGO DE TROMBOSIS VENOSA EN LOS PACIENTE DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

NOMBRE Y APELLIDOS _____ EDAD: _____
HCL: _____ FECHA DE INGRESO: _____

MODELO PARA LA PREDICCIÓN DE PROBABILIDAD CLÍNICA PRE-PRUEBA DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA	
Condición clínica	Puntaje
Neoplasia activa (en tratamiento actualmente o en los últimos 6 meses o paliativo)	
Parálisis, paresia o reciente inmovilización con férula de miembros inferiores	
Inmovilización en cama > 3 días reciente o cirugía mayor con anestesia general o regional en los últimos 12 semanas	
Sensibilidad a la palpación localizada a lo largo del sistema venoso profundo	
Aumento del volumen de la pierna	
Aumento del diámetro e la pantorrilla afecta > 3 cm con respecto a la no sintomática (medido 10 cm por debajo de la protuberancia tibial)	
Edema con signo de rotede limitado a la pierna sintomática	
Venas superficiales colaterales (no varicosas)	
El diagnóstico alternativo es tanto o más probable que el de TVP	
Probabilidad clínica alta (> 0 = 3)	
Probabilidad clínica moderada (1 - 2)	
Probabilidad clínica baja (0=)	

Fecha	Puntaje	Fecha	Puntaje	Fecha	Puntaje	Fecha	Puntaje



UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS FORMULARIO DE CONTROL DE RIESGO DE TROMBOSIS VENOSA EN LOS PACIENTE DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

NOMBRE Y APELLIDOS _____ EDAD: _____

HCL: _____ FECHA DE INGRESO: _____

MODELO PARA LA PREDICCIÓN DE PROBABILIDAD CLÍNICA PRE-PRUEBA DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA	
Condición clínica	Puntaje
Neoplasia activa (en tratamiento actualmente o en los últimos 6 meses o paliativo)	
Parálisis, paresia o reciente inmovilización con férula de miembros inferiores	
Inmovilización en cama > 3 días reciente o cirugía mayor con anestesia general o regional en los últimos 12 semanas	
Sensibilidad a la palpación localizada a lo largo del sistema venoso profundo	
Aumento del volumen de la pierna	
Aumento del diámetro e la pantorrilla afecta > 3 cm con respecto a la no sintomática (medido 10 cm por debajo de la protuberancia tibial)	
Edema con signo de rotede limitado a la pierna sintomática	
Venas superficiales colaterales (no varicosas)	
El diagnostico alternativo es tanto o más probable que el de TVP	
Probabilidad clínica alta (> 0 = 3)	
Probabilidad clínica moderada (1 – 2)	
Probabilidad clínica baja (0=)	

Fecha	Puntaje	Fecha	Puntaje	Fecha	Puntaje	Fecha	Puntaje



**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
FORMULARIO DE CONTROL DE RIESGO DE EMBOLIA PULMONAR EN LOS
PACIENTE DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**

NOMBRE Y APELLIDOS _____ EDAD: _____
HCL: _____ FECHA DE INGRESO: _____

MODELO PARA LA PREDICCIÓN DE PROBABILIDAD CLÍNICA PREPRUEBA DE EMBOLISMO PULMONAR	
Condición clínica	Puntaje
Signos y síntomas clínicos de TVP (mínimo hinchazón y dolor de la pierna con la palpación de venas profundas)	3
Un diagnóstico alternativo es menos probable que Embolia Pulmonar	3
Frecuencia cardíaca mayor de 100	1.5
Inmovilización o cirugía en las cuatro semanas previas	1.5
TVP o EP previos	1.5
Hemoptisis	1
Enfermedad maligna (en tratamiento, tratada en los últimos 6 meses o en tratamiento paliativo)	1
EP menos probable (< 0 = 4) EP probable (1 - 4) Puntaje de 0 . Iniciar heparina mientras se continúa la evaluación clínica y diagnóstica	

Fecha	Puntaje	Fecha	Puntaje	Fecha	Puntaje	Fecha	Puntaje



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
NOTIFICACION DE SOSPECHA DE REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE							
NOMBRE O INICIALES DEL PACIENTE		EDAD	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	PESO	TALLA	N° HISTORIA CLINICA	
2. INFORMACIÓN SOBRE REACCIÓN ADVERSA		Fecha inicio de RAM:			Fecha Fin de RAM:		
DESCRIPCIÓN DE LA RAM				HISTORIA CLINICA RELEVANTE DEL PACIENTE			
3. INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO (Información de los medicamentos administrados. Marque con una x los medicamentos sospechosos)							
NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	LOTE	FECHA INICIO	FECHA FIN	DOSIS DIARIA	VIA DE ADMINIS.	INDICACIÓN
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
4. DESENLACE							
RAM desapareció al suspender el medicamento? SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		RAM desapareció al reducir la dosis del medicamento? SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		RAM reapareció al administrar de nuevo el medicamento? SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		Mortal <input type="checkbox"/> Recuperado con secuelas <input type="checkbox"/> Recuperado sin secuelas <input type="checkbox"/> En recuperación <input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Malformación <input type="checkbox"/> Requirió prolongación de hospitalización <input type="checkbox"/> Otro (especificar)..... <input type="checkbox"/>	
5. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR							
NOMBRE:		PROFESIÓN:		LUGAR DE TRABAJO:			
DIRECCIÓN:				TELÉFONO:		FIRMA:	
				MAIL:			
6. SOLO PARA USO DE CNFV Y COMITES DE FV, CLASIFICACIÓN DE RAM							
IMPUTABILIDAD:		GRAVEDAD:		CÓDIGO ATC:		ÓRGANO AFECTADO:	FECHA Y SELLO DE EVALUACIÓN
PB D	PB B	PS B	DU D	L	M	G	
N° NOTIFICACION :				FECHA DE NOTIFICACIÓN:			
PROVINCIA:		RAM HA SIDO COMUNICADA POR OTRA VÍA: NO <input type="checkbox"/> (especificar).....		TIPO DEL INFORME: INICIAL <input type="checkbox"/> SEGUIMIENTO <input type="checkbox"/>		ORÍGEN: AMBULATORIO <input type="checkbox"/> HOSPITALARIO <input type="checkbox"/>	



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCION NACIONAL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN

Fecha:	_____	Hora:	_____
Institución:	_____	Unidad:	_____
Paciente:	_____	Edad:	_____
Diagnóstico:	_____	HCL:	_____

MEDICACION ANTES DEL INGRESO	MEDICACION AL INGRESO	NOVEDADES
Responsable y hora	Responsable y hora	Responsa ble y hora

Fuente: MSP-DNCSS



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCION NACIONAL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN

Fecha: _____ Hora: _____
 Institución: _____ Unidad: _____
 Paciente: _____ Edad: _____
 Diagnóstico: _____ HCL: _____

MEDICACION ANTES DEL INGRESO	MEDICACION AL INGRESO	NOVEDADES
Responsable y hora	Responsable y hora	Responsable y hora

NO UTILIZAR	PROBLEMA POTENCIAL	UTILIZAR
U(unidad)	Confusión con cero, el número "4" (cuatro), o "cc"	Escribir unidad
IU(unidad internacional)	Confusión por IV (intravenoso) o el número 10 (diez)	Escribir unidad internacional
Q.D, QD, q.d, qd, (diariamente)	Se confunden entre sí.	Escribir diariamente
Q.O.D, QOD, q.o.d, qod (cada día)	El punto después puede ser confundido con una l y la O puede ser con la l	Escribir cada otro día
Cero Final (X.0 mg)	Se olvida el punto final	Escribir X mg Escribir 0.X mg



MS MSO4 y MgSO4	Puede significar Sulfato de Morfina o Sulfato de Magnesio Se confunden la una con la otra	Escribir Sulfato de Morfina Escribir Sulfato de Magnesio
Ug (por microgramos)	Confusión con mg (miligramos) Resultado en doble dosis	Escribir mcg
H.S. por Media fuerza	Confusión con half-strength o hour sleep. Q.H.S.puede ser confundido con cada hora. Todos pueden resultar en un error de dosificación	Escribir Hora Sueño o 22 horas
S.C. o S.Q.	Confusión con SL (sublingual) o con S every	Escribir subcutáneo
c.c.	Confusión con U (unidades)	Escribir ml o c.c.
T.I.W (Por tres veces a la semana)	Confundir con tres veces al día o dos semanal Resultando en sobredosis	Escribir 3 veces a la semana
D/C)para alta o descarga	Interpretado como discontinuar todos los medicamentos que siguen (típicamente discontinuar medicamentos)	Escribir descargar
ABREVIATURAS ADICIONALES, ACRONIMOS Y SIMBOLOS		
NO UTILIZAR	PROBLEMA POTENCIAL	UTILIZAR
>(mayor que) <(menor que)	Malinterpretado con o el número (7) o la letra(l)	Escribir mayor que Escribir menor que
Abreviaciones para nombres de drogas	Malinterpretado con Abreviaciones similares para múltiples drogas	Escribir los nombres de medicamentos en su totalidad
@	Confundido por el número 2	Escribir la palabra a

Fuente: IHI



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCION NACIONAL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**FORMATO DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES EN PUNTOS DE TRANSICIÓN-TÉCNICA
SAE**

Institución: _____
 Unidad: _____
 Paciente: _____
 Edad: _____
 Diagnóstico _____
 H. Clínica: _____

SAER		ANALISIS	
S Situación Que ocurre en ese momento?			
A Antecedentes Que circunstancias llevaron a esta situación?			
E Evaluación Que piensa que pueda ocurrir			
R Recomendación Que debemos hacer para corregir?			
Responsables -Hora	Punto de origen-Hora	Punto de transición-Hora	

Fuente: DNCSS- MSP



Formato de Prevención de Caídas.

Escala de J Dowton.

CAÍDA PREVIAS	No	0	PUNTOS
	Si	1	
MEDICAMENTOS	Ninguno	0	
	Tranquilizantes	1	
	Hipotensores (no diuréticos)	1	
	Antiparkinsonianos	1	
	Antidepresivos	1	
	Otros medicamentos	1	
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0	
	Alteraciones visuales	1	
	Alteraciones auditivas	1	
ESTADO MENTAL	Orientado	0	
	Confuso	1	
DEAMBULACIÓN	Normal	0	
	Segura con ayuda	1	
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1	
	Imposible	1	

Alto Riesgo	8	a	15
Mediano Riesgo	3	a	7
Bajo Riesgo	0	a	2

Todo paciente tiene riesgo de caída, será considerado de alto riesgo.



Formato de Prevención de Úlceras por Presión.

PUNTO	PERCEPCIÓN SENSORIAL	EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	NUTRICIÓN	FRICCIÓN DE PLAZAMIENTO
1	Completamente limitada	Siempre húmeda	En cama	Inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Muy húmeda	En silla	Muy limitada	Probable inadecuada	Problema Potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasional húmeda	Camina Ocasional	Ligeramente limitada	Adecuada	No hay Problema
4	Sin limitaciones	Rara vez húmeda	Camina con frecuencia	Sin limitaciones	Excelente	
TOTAL						

Riesgo medio

13 a 15
16 a >

Riesgo alto 1 a 12

Riesgo bajo



**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
FORMULARIO DE REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS
ADVERSOS EN LOS PACIENTE DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**

FECHA DE NOTIFICACIÓN:

PERSONAL DE SALUD QUE NOTIFICA:

Medico

Enfermera

Otros (Especificar)

SEGÚN LAS DEFINICIONES ESCRITAS, EL SUCESO SE TRATA DE UN:

INCIDENTE: Es una circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente

EVENTO ADVERSO: Es un daño, una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencia de problemas en la práctica, productos, procedimientos.

De ser el suceso un evento adverso, por favor sírvase marcar que tipo de evento adverso es según las consecuencias de este suceso

Leve: El paciente presenta síntomas leves o las perdida funcional o el daño que presentan son mínimos o intermedios, de corta duración y no es necesaria la intervención o esta es mínima sin prolongar la estancia

Moderado: Un evento que necesita de intervención como por ejemplo una cirugía o la administración de un tratamiento suplementario, prolonga la estancia hospitalaria del paciente o que causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración

Grave: En un evento adverso, el paciente necesita de una intervención como por ejemplo de una cirugía o la administración de un tratamiento suplementario, o se prolonga la estancia hospitalaria o que causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.

Muerte: En este caso, el evento causo la muerte o el propicio a corto plazo.

DATOS DEL PACIENTE

EDAD: SEXO: M () F ()

Diagnóstico:

DESCRIPCIÓN DEL SUCESO:

Fecha del suceso: Hora.....

.....
.....

Firma y Sello de quien reporta:



DETERMINAR LA CAUSA DEL INCIDENTE O EVENTO ADVERSO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

1) MEDICACIÓN:

- Problema encontrado en:
- Prescripción. Preparación
 - Trascripción. Administración
 - Dispensación. Monitorización

2) TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y DERIVADOS

- Reacción transfusional
- Transfusión a paciente equivocado
- Transfusión de producto equivocado

3) VIA AÉREA Y VENTILACIÓN MECÁNICA

- Obstrucción de la vía aérea
- Progresión del tubo endotraqueal
- Extubación no programada
- Reintubación
- Barotrauma en relación con la VM
- Desconexión accidental de la VM
- Broncoaspiración
- Otros (especificar)

4) ACCESOS VASCULARES, SONDAS, TUBOS, DRENAJES O SENSORES

Retirada o desconexión no programada de:

- Catéter Venoso Central
- Dispositivos intracraneales
- Catéter arterial Drenaje torácico
- Catéter en arteria pulmonar
- Drenajes quirúrgicos
- Sonda Nasogástrica
- Sonda Vesical
- Otro (especificar)



5) FALLO DE APARATOS O EQUIPOS MÉDICOS

- Equipo que falló
- Monitor cardiaco Respirador
- Monitor de gasto cardiaco
- Bomba de infusión
- Marcapasos temporal
- Desfibrilador
- Marcapasos definitivo
- Otro (especificar) -----

6) RELACIONADOS CON EL CUIDADO

Caída accidental

- Baño Sala Cama
- Inmovilización SI NO

Úlcera por presión

- Tipo I Tipo II Tipo III Tipo IV
- Especificar ubicación
- Sacro Trocante Tobillo Cráneo

7) PROCEDIMIENTOS

- PROBLEMA:**
- Preparación inadecuada antes del procedimiento
 - Fallo en el equipamiento
 - Monitorización inadecuada
 - Otro (especificar) -----

8) COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA CIRUGIA

- Hemorragia asociada a procedimiento
- Lesión de víscera
- Cuerpo extraño
- Dehiscencia de sutura
- Infección de herida quirúrgica
- Re intervención sin relación con lo anterior

BIBLIOGRAFÍA.

1. Lundberg GD. When to panic over abnormal values. *MLO Med Lab Observ*, 1972;4;47-54
2. Tillman J, Barth JH, A Survey of Laboratory “critical (alert)limits” in the UK. *Ann Clin Biochem*, 2003; 40:181-4
3. Kosto GJ. Table of critical limits. *MLO Med Lab Obs*, 2004;36 (13 Suppl.) 6-7.
4. Valenstein PN, Wagar EA, Stamkovic AK, Walsh MK, Schneider F. Notification of critical results: a college of American Pathologist Q.Probes study of 121 institutions. *Arch. Pathol Lab Med* 2008;132 (12):1862-7.
5. Piva E, Plebani M. Interpretative reports and critical values. *Clin Chem Acta*. 2009;404 (1) 52-8
6. Dighe AS, Jone JB, Parham S, Lewandrowski KB, Survey of critical value reporting and reduction of false positive critical value results. *Arch Pathol Lab Med*, 2008; 132 (10):1666-71.
7. Accreditation Canada. (s.f.). *Patient Safety/ ROPS*. Recuperado el 10 de 6 de 2014, de <http://www.internationalaccreditation.ca/Accreditation/PatientSafety.aspx>
8. ADECRA . (2012). *Caidas en Instituciones de Salud . Manejo de riesgos. Parte 1*. Recuperado el 09 de 07 de 2014, de Asociación de Clínicas, sanatorios y Hospitales de la República Argentina: <http://www.adecra.org.ar/index2.cfm?CategoryID=26382&do=List&storeid=64&lvl=1>
9. Aires, H. i. (2014). www.hospitalitaliano.org. Recuperado el 14 de 08 de 2014
10. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. (Junio de 2012). *Recomendaciones para la Prevención de caídas en pacientes hospitalizados*. Recuperado el 10 de 05 de 2014, de http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/e16faaec77d5e943d6515699ca1_07e3.pdf



11. Bañeres, J., Cavero, E., Lidia, L., Orrego, C., & Suñol, R. (No especifica de No especifica de No especifica). *SISTEMAS DE REGISTRO Y NOTIFICACION DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS*. Recuperado el 10 de 07 de 2014, de www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/.../opsc_sp3.pdf
12. Clínica Medellín. (s.f.). *Medidas para prevenir las úlceras por presión*. Recuperado el 09 de 07 de 2014, de <http://www.clinicamedellin.com/informacion-pacientes/informacion-general/medidas-para-prevenir-las- ulceras-por-presion-upp-#.U74hhJR5OSo>
13. Donalson, L. (2000). Especial sobre reducción de errores y mejora de seguridad. *British Medical Journal* , 320, 759 a 763.
14. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Servicio Andaluz de Salud. (Junio de 2012). *Manual de Procedimientos Generales de Enfermería*. Recuperado el 22 de 7 de 2014, de <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/Port>
15. Improvement, I. f. (2014). *Improving Health and Healthcare worldwide*. Recuperado el 02 de 07 de 2014, de <http://www.ihl.org/resources/Pages/CaseStudies/default.aspx>
16. Institute of Medicine of UK. (s.f.). Obtenido de <https://www.npsa.nhc.uk/nrls/alerts-and-directives/notices/wrisbands>
17. Larraya, I. (s.f.). *Evaluación de Tecno0logías Sanitarias*. Recuperado el 08 de 07 de 2014, de larraya.com
18. Ministerio de Salud del Ecuador, Acuerdo Ministerial 4431. *Norma del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa, del Sistema Nacional de Salud* . Quito.
19. Mlra, J. J. (Agosto de 2010). *Seguridad del Paciente y Rol del Médico en el registro de incidentes. Experiencias en España*. Recuperado el 15 de 07 de 2014, de http://www.conamed.gob.mx/simposio/simposio_conamed_2010/ago12/Espana_jose_joaquin_SIMOSIU_M.pdf
20. MTRA. Raquel Anaela Martínez Meza. (2013). *Reporte de eventos adversos*. Recuperado el 10 de 7 de 2014, de



<http://calidad2013.files.wordpress.com/2013/02/reporte-de-eventos-mtra-raquel-anaela.pdf>

21. National Patient Safety Agency. (2007). *Standardising wristbands improves patient safety.*
22. National Pressure Ulcer Advisory Panel. (s.f.). *Educational and Clinical resources.* Recuperado el 02 de 07 de 2014, de <https://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/>
23. Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Equipos Médicos.* Recuperado el 15 de 06 de 2014, de http://www.who.int/medical_devices/es/
24. Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Una atención limpia es una atención más segura.* Recuperado el 09 de 07 de 2014, de <http://www.who.int/gpsc/background/es/>
25. Organización Mundial de la Salud. *Seguridad del Paciente. Save lives clear your hands.*
26. Ortega. Suárez. (2006). *Manual de Evaluación del Servicio de Calidad en Enfermería.* México: Editorial Médica Panamericana.
27. Sociedad Catalana de Farmacia Clínica. (2009). *Guía para la implantación de programas de Conciliación de la Medicación en los centros sanitarios.* Cataluña.
28. Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (SEQC). (2013). *Identificación del paciente y sus muestras biológicas.* Madrid.
29. The Joint Commission . (2007). *Patient Identification.*
30. The Joint Commission. (2004). *Facts about the official "Do not use list".*