Seguridad del Paciente - Usuario

Manual

2016

Avanzamos Patria!

Ministerio de Salud Pública

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Ficha catalográfica
XXXXXXXXXXX
Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Seguridad del Paciente
Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización. Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, MSP; 2016.

-------XX p:

1. Seguridad del Paciente - Usuario 2. Eventos adversos 3. Calidad	4. Notificación de Eventos 5. Prácticas seguras 6. Manual

ISBNXXXXXXXXXXX

Edificio OBRUM, Calle Italia N31-125 entre Rumania y Vancouver, piso 10.
Quito - Ecuador
Teléfono: (593) 2 3814-400
www.salud.gob.ec

Seguridad del Paciente – Manual
Edición general: Dirección Nacional de Normatización-MSP

Este manual de Seguridad del Paciente define las prácticas seguras a implementarse en los procesos de atención de salud, por todos los actores del Sistema Nacional de Salud.

Publicado en……
ISBN xxxxxxxxxxxxxxxxxx

Esta obra está bajo la licencia del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y puede reproducirse libremente citando la fuente sin necesidad de autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativas.

Como citar esta obra:

Ministerio de Salud Pública. Seguridad del Paciente - Usuario**.** Manual. Primera edición; 2016. Dirección Nacional de Normatización, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud – MSP. Quito 2016. Disponible en: http://salud.gob.ec

Impreso por NNNNNNNNNNNNNN
Corrección de estilo: NNNNNNNNNNNN
Hecho en Ecuador – Printed in Ecuador

Tabla de contenido

I. Presentación 6
III. Antecedentes y justificación 7
IV. Objetivos 8
Objetivo General 8
Objetivos específicos 8
V. Alcance 8
VI. Glosario de términos científico-académicos 9
VII. Desarrollo 10
Capítulo I 10
1. Generalidades 10
1.1 Seguridad del paciente - usuario y la calidad de la atención 10
1.2 Principios transversales de la seguridad del paciente - usuario 10
1.3. Bioética y seguridad del paciente - usuario 11
Capítulo II 12
2. Prácticas seguras 12
2.1 Prácticas Seguras Administrativas 12
2.2 Prácticas Seguras Asistenciales 12
2.3 Prácticas Seguras Administrativas/Asistenciales 12
Capítulo III 13
3. Prácticas seguras administrativas 13
3.1 Identificación correcta del paciente - usuario. 13
3.1.1 Protocolo de identificación 14
a. Verificación cruzada 14
b. Verificación del paciente para colocación del brazalete de identificación. 15
c. Brazalete de identificación 16
3.1.2 Acciones que involucran al equipo de salud con el paciente, la familia y cuidadores 19
3.1.3 Medidas sugeridas por la Organización Mundial de la Salud 19
3.2 Programa de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos 20
3.2.1 Acciones del establecimiento de salud, profesionales administrativos y equipos de salud 20
CAPÍTULO IV 21
4. Prácticas seguras técnicas asistenciales 21
4.1 Control de Abreviaturas peligrosas. 21
4.1.1. Acciones que involucran al establecimiento de salud y profesionales de la salud. 21
4.2 Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo 21
4.2.1. Acciones que involucran al establecimiento de salud, profesionales, trabajadores, personal de salud y administrativo en general. 22
4.2.2 Acciones que involucran al equipo de salud con el paciente y familia 23
4.3 Control de electrolitos concentrados 23
4.3.1 Acciones del establecimiento de salud, que involucran a los profesionales, trabajadores, personal de salud y administrativo en general 24
4.4 Conciliación de medicamentos. 25
4.4.1. Conciliación de los medicamentos al ingreso 25
4.4.2 Conciliación de los medicamentos al egreso 26

4.4.3 Conciliación de los medicamentos en el primer nivel de atención. 27
4.4.4 Acciones que involucran al paciente, familia y cuidadores 27
4.5 Administración correcta de medicamentos 27
4.5.1 "Correctos" en la administración de medicamentos 28
4.5.2 Prácticas seguras en el procedimiento de colocación de inyecciones 29
4.6 Administración de antibióticos profilácticos en procedimientos quirúrgicos 29
4.6.1 Acciones del establecimiento y profesionales de la salud en la administración de antibióticos profilácticos. 30
4.7 Profilaxis de tromboembolismo venoso 30
4.7.1 Medidas profilácticas 30
4.7.2 Evaluación del riesgo y medidas preventivas 31
4.7.3 Acciones del establecimiento y equipo de salud 31
4.7.4 Acciones del equipo de salud con el paciente, familia y/o cuidadores 32
4.8 Prevención de úlceras por presión. 32
4.8.1 Evaluación del riesgo y medidas preventivas 33
4.8.2 Acciones del establecimiento y equipo de salud 33
4.8.3 Acciones del equipo de salud con el paciente, familia y/o cuidadores. 34
CAPITULO V 34
5. Prácticas seguras administrativas / asistencial. 34
5.1 Notificación de eventos relacionados con la Seguridad del Paciente 34
5.1.1 Causalidad y Ocurrencia del Evento Adverso 35
5.1.2 Características de los sistemas de notificación de eventos adversos 36
5.1.2.1 Sistema de Notificación del evento 37
5.1.2.2 Sistema de Gestión del evento 38
5.1.3 Difusión y aprendizaje del evento 39
5.1.4 Acciones de mejora generales para el establecimiento, equipo de salud, paciente y familia ante la ocurrencia de un evento adverso. 39
5.1.5 Comunicación del evento adverso al paciente y su familia 40
5.2 Prácticas quirúrgicas seguras 40
5.2.1 Acciones de los establecimientos y equipos de salud. 41
5.2.2 Momentos de aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura. 41
5.2.3 Consentimiento Informado 42
5.3 Transferencia correcta de la información de los pacientes en puntos de transición 42
5.3.1. Acciones que involucran la participación de los profesionales, trabajadores, personal de salud y administrativo en general. 43
5.3.2 Acciones que involucran la participación del paciente y la familia con el equipo de salud. 44
5.4 Uso de bombas de infusión 44
5.4.1 Acciones que involucran la participación de los profesionales, trabajadores, personal de salud y administrativo en general. 45
5.5 Higiene de manos 45
5.5.1 Procedimiento para la higiene de manos. 46
5.5.2 La higiene de las manos y utilización de guantes para usos médicos 47
5.5.3 Acciones del establecimiento de salud, equipos de salud y personal administrativo 47
5.6 Prevención de caídas 48

5.6.1 Evaluación del riesgo en pacientes adultos 48
5.6.2 Evaluación del riesgo en pacientes pediátricos..... 49
5.6.3 Medidas de Seguridad para prevenir caídas 50
5.7 Educación en Seguridad del Paciente. 51
5.7.1 Acciones del establecimiento de salud 52
VIII Referencias..... 55
IX Anexos 61
Anexo 1. Registro de pacientes sin brazalete de identificación. 61
Anexo 2. Abreviaturas aceptadas..... 62
Anexo 2. Abreviaturas aceptadas. Reverso..... 63
Anexo 3. Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente 64
Anexo 3. Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente. Reverso 65
Anexo 4. Lista de verificación de cirugía segura OMS (modificada) 66
Anexo 4. Lista de verificación de cirugía segura OMS (modificada). Reverso 67
Anexo 5. Lista de Medicamentos LASA 68
Anexo 5. Lista de Medicamentos LASA. Reverso 69
Anexo 6. Medicamentos de alto riesgo..... 70
Anexo 7. Momentos de la higiene de manos..... 71
Anexo. 7 Momentos de la higiene de manos. Reverso..... 72
Anexo 8. Fricción de manos con un preparado de base alcohólica 73
Anexo 9. Lavado de manos 74
Anexo 10. Pirámide sobre el uso de guantes 75
Anexo 11. Escala de riesgo de caída de Morse 76
Anexo 12. Escala de riesgo de caída de MACDEMS 77

I. Presentación

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador como autoridad sanitaria nacional ha acogido las recomendaciones desarrolladas por varios grupos de interés médico - científicos, acerca de las prácticas que deberían desarrollarse para generar una atención segura para el paciente - usuario, por lo que ha elaborado el Manual de "Seguridad del Paciente" con la finalidad de dotar a las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud de una herramienta que contribuya a minimizar el riesgo del paciente - usuario en el proceso de atención de salud, a evitar y mitigar sus consecuencias.

Esta Cartera de Estado reconoce que la seguridad del paciente - usuario y la calidad de la atención en salud son aspectos fundamentales para el cambio de cultura organizacional. En este entorno normativo, se definen las características y condiciones óptimas de la atención que se debe brindar a cada uno de los pacientes que acudan a los establecimientos de salud.

Prevenir posibles eventos adversos, detectar los riesgos, actuar a tiempo, corregir los errores y aprender de ellos, es el nuevo desafío de la salud pública ecuatoriana.

Conscientes de que el cambio hacia una cultura de calidad y seguridad del paciente se inicia con el talento humano en todo nivel de formación y actuación, el presente Manual está dirigido a la implementación de prácticas seguras en los establecimientos de salud e incorporar lineamientos, conocimientos, habilidades y destrezas de todos los trabajadores, servidores, profesionales de la salud y estudiantes de las Instituciones de Educación Superior de las carreras en ciencias de la salud; en este sentido estas directrices deben ser difundidas y aplicadas en las diferentes áreas y servicios para promover una atención de salud segura.

Dra. Margarita Beatriz Guevara Alvarado
Ministra de Salud Pública

II. Introducción

Las deficiencias de seguridad en la atención son consideradas actualmente como un problema de salud pública mundial, en respuesta, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) reconoció en su Asamblea Mundial número 55, realizada en Ginebra en el año 2002, 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 para la calidad de la atención y la Seguridad del Paciente"* [(1)]

Los lineamientos de seguridad del paciente - usuario en la atención en salud, son necesarios para gestionar un cambio de cultura en términos de calidad y seguridad alineados con estándares internacionales, que incorporan, como pieza clave, los conocimientos, habilidades y destrezas de los profesionales de la salud, orientados a generar y optimizar sus procesos de atención.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) como ente rector en salud y de acuerdo al Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos establece en su Visión que*"… ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad"* [(2)] determina la necesidad de trabajar en la Garantía de la Calidad de la Atención de Salud, siendo la Autoridad Sanitaria responsable de la aplicación, control y vigilancia de normativas y lineamientos que incidan directamente en la disminución de la ocurrencia de eventos adversos y minimicen el daño a los pacientes, mediante la aplicación de barreras de seguridad en cada proceso de atención y la consolidación de una cultura de calidad, proactiva y responsable.

En resumen, prevenir posibles eventos adversos en la atención, actuar a tiempo, corregir los errores y aprender de ellos, es indispensable para crear un clima de seguridad a través del mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud. Todos estos recursos y un entorno normativo, definen las características y condiciones óptimas de las prestaciones de salud.

III. Antecedentes y justificación

La seguridad del paciente, representa 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.

La preocupación por la seguridad del paciente en los servicios sanitarios data desde 1950. Posteriormente, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el libro « To err is Human: building a safer health system» en 1999, poniendo en relevancia el problema a nivel mundial[(3)].

"En octubre de 2004, la Organización Mundial de la Salud realizó el lanzamiento de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente en respuesta a la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de 2002 (Resolución 55/18) por la que se urge a la OMS y a sus Estados Miembros a conceder la mayor atención posible a la Seguridad del Paciente" [(1)].

A la iniciativa de la OMS se sumó en el 2005 la Comisión Europea y Consejo de Europa. En España, el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS) [(4)] evidenció la "incidencia de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en los Hospitales Españoles en un 9,3%, y la incidencia de efectos adversos relacionados con la asistencia hospitalaria en un 8,4%, similares a las encontradas en los estudios realizados en países americanos y europeos con similar metodología".

"En Latinoamérica, el estudio IBEAS demostró que 10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado en los hospitales estudiados habían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios, riesgo que era duplicado si considerábamos todo el tiempo en que el paciente estuvo hospitalizado. De modo que 20 de cada 100 pacientes ingresados presentaron al menos un tipo de evento a lo largo de su estancia en el hospital" [(5)].

En concordancia con este abordaje internacional y en respuesta a este llamado, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ha abordado la problemática desde la perspectiva de la calidad de los servicios de salud, para lo cual en el año 2013 lidera el proyecto de Acreditación Hospitalaria en base al Modelo Canadiense, aprendizaje valioso que impulsó la necesidad de expandir la seguridad del paciente como pilar de la gestión en salud y eje transversal de la excelencia en la atención sanitaria, a todos los establecimientos de salud del territorio ecuatoriano.

En este contexto, el presente Manual es un insumo valioso para la implementación, seguimiento y evaluación del proceso que asegura la seguridad del paciente en todos los establecimientos de salud del país, mejorando la calidad de la atención y previniendo complicaciones involuntarias al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente. Fortalecer una cultura proactiva, de aprendizaje y mejoramiento continuo, es el reto renovador de esta Cartera de Estado

IV. Objetivos

Objetivo General

Establecer y estandarizar lineamientos, procedimientos y herramientas técnicas, que permitan garantizar la seguridad del paciente en los procesos de atención en todos los establecimientos de salud del Ecuador.

Objetivos específicos

1) Determinar los procesos administrativos y asistenciales institucionales apropiados para la gestión de la seguridad del paciente.
2) Promover las competencias del talento humano para la aplicación de procesos administrativos y asistenciales seguros en la atención del paciente.
3) Proveer de metodologías, herramientas e instrumentos técnicos para la implementación del presente manual.

V. Alcance

El presente manual es de cumplimiento obligatorio en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud del Ecuador, de acuerdo a su tipología, nivel de atención, complejidad y cartera de servicios.

VI. Glosario de términos científico-académicos

Acción de mejora: de acuerdo a la OMS que define a la medida de mejora como la acción adoptada o una circunstancia alterada para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un evento. [6]

Barrera de seguridad: acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del cuasi evento o evento adverso. Factores atenuantes o de defensa. [7]

Cuasi evento: error de comisión o por omisión que podría haber causado daño al paciente, pero que no produjo un daño grave gracias a la casualidad, a la prevención o a la atenuación. [6]

Cultura de seguridad: producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización y el estilo y la competencia de dicha gestión. [6]

Complicación: daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente. [6]

Daño: alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de ella. [6]

Error: acto de comisión u omisión que causó la lesión involuntaria o contribuyó a causarla. [6]

Error por comisión: error que se produce como consecuencia de una acción. [6] Es un error por acción.

Error por omisión: error que se produce como consecuencia de no haber tomado una medida.[6]

Evento relacionado con la seguridad del paciente: todo desvío de la atención médica habitual que causa una lesión al paciente o entraña riesgo de daño. [6]

Evento adverso: evento que causa un daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente. [6]

Evento adverso evitable: lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada **con error**, no por la patología de base [8]. Es un evento adverso prevenible.

Evento adverso no evitable: lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada **sin error**, no por la patología de base. Se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial [7, 8]. Es un evento adverso prevenible.

Evento centinela: todo evento adverso que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente. [6]

Factores contributivos: todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente, predisponiendo a una acción insegura (falla activa). [9, 10]

Factores humanos: estudio de las interrelaciones entre los seres humanos, los instrumentos, equipos y métodos que utilizan, y los entornos en los que viven y trabajan. [6]

Fallos del sistema: defecto, interrupción o disfunción de los métodos operativos, los procesos o la infraestructura de una organización. [6]

Fallas latentes: error que es precipitado por una consecuencia de procesos de gestión y organización y representa el máximo peligro para los sistemas complejos. Los fallos latentes no se pueden prever, pero si se detectan pueden corregirse antes de que contribuyan a causar percances. [6]

Fallas activas: conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. [55] Son acciones inseguras.

Resiliencia: proceso dinámico, constructivo, de origen interactivo y sociocultural que conduce a la optimización de los recursos humanos y permite sobreponerse a las situaciones adversas. [12]

Reacción adversa: daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en que se produjo el evento. [6]

VII. Desarrollo

Capítulo I

1. Generalidades

1.1 Seguridad del paciente - usuario y la calidad de la atención

La calidad y seguridad en la atención de los pacientes constituyen una obligación técnica y ética de quienes prestan el servicio, a través de la transparencia de los procesos y resultados de las acciones que desarrollan los mencionados sistemas de salud. Siendo la calidad de la atención el grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones, aumentan la probabilidad de que se produzcan los efectos buscados en la salud y éstos son coherentes con los conocimientos profesionales del momento. [(6)]

La seguridad es una dimensión de la calidad en atención en salud, de hecho, no se podría hablar de calidad de la atención sin un enfoque centrado en la seguridad del usuario o paciente, para fines de este manual, el paciente es quien tiene una patología que recibe atención sanitaria [(6),] y el usuario es la persona sin una patología aparente, que hace uso del servicio. En este sentido, la calidad de la atención, entendida como el conjunto de atributos que deben tener los procesos administrativos y asistenciales diseñados para responder de la mejor manera a las necesidades y condiciones de los pacientes, se convierte en un factor indispensable que debe gestionarse permanentemente en cualquier sistema de salud [(1)].

Alrededor del mundo, los sistemas de salud están reconociendo la necesidad de mejorar la calidad de la atención, para ello, están adoptando guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia científica, para salvaguardar la seguridad del paciente [(1)]

La atención de salud cada vez es más compleja, los procesos asistenciales de salud suponen una combinación de actuaciones, tecnologías e interacciones de un gran número de profesionales. Esto se asocia a un riesgo creciente de eventos adversos.

La seguridad de la atención en salud es un proceso permanente que se centra en [(60)]:

- Conocimiento de los riesgos de eventos adversos.
- Eliminación de los riesgos innecesarios.
- Prevención y corrección de aquellos riesgos que son evitables a través de intervenciones basadas, en evidencia científica, con demostrada efectividad.

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

1.2 Principios transversales de la seguridad del paciente - usuario

Brindar una atención segura supera el establecer políticas o normativas. Se requiere el compromiso y cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar y coordinar acciones que alcancen realmente resultados efectivos. [(7)]

En este contexto, es relevante definir los principios transversales que orienten todas las acciones que permitan la implementación de esta normativa en el territorio ecuatoriano, estos principios se resumen en:

- **Atención centrada en la persona**, es una dimensión de la calidad esencial que se interrelaciona con la seguridad del paciente en sentido que el sistema de salud debe asegurar un trato digno, con calidez y respeto, personalizado, colaborativo y activado, con el propósito de obtener los mejores resultados para el paciente [7].

- **Alianza con el paciente y su familia,** la atención es colaborativa en el cual los pacientes y su familia trabajan en forma conjunta con el profesional de salud en el cuidado de su salud. Incentivarlo para preguntar acerca de su enfermedad, de su auto cuidado y de los riesgos. Fomentar una comunicación efectiva y empoderamiento de los pacientes y sus familias en tres aspectos principales: capacidad para entender las instrucciones, decisiones compartidas con los profesionales de la salud y responsabilidad compartida[7].

- **Alianza con el profesional y personal de la salud,** la seguridad del paciente, no fomenta la impunidad cuando la acción insegura se deba a inobservancia, impericia, imprudencia, negligencia o exista intención de hacer daño y respeta por lo tanto el marco legal ecuatoriano. Pero de igual manera procura proteger al profesional que de manera ética y responsable analiza las fallas de la atención y los eventos adversos para desarrollar barreras de seguridad que protejan al paciente. En el marco de la complejidad de los procesos de atención de salud, se deberá reconocer el carácter ético de la atención brindada por el profesional y personal de la salud, para lo cual el sistema contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados [7].

- **Cultura de Seguridad,** que promueva un ambiente en el que se desarrollen las actividades de seguridad, basado en la confidencialidad y la confianza entre pacientes, profesionales y personal de salud, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente para que se pueda implementar cualquier tipo de acción de mejora [7].

- **Impacto,** considera la manera en la que se logran alcanzar o superar los objetivos a cabalidad mediante la implementación de metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la mejor evidencia científica disponible [7].

- **Liderazgo y trabajo en equipo,** que establece una modalidad de identificación de fallas latentes y potenciales riesgos para el paciente durante la atención, así como la definición de posibles soluciones, acciones que deben ser realizadas con liderazgo por todos aquellos que son parte del proceso de atención involucrado.

- **Visión sistémica y multicausal,** el enfoque en seguridad del paciente es sistémico y multicausal, en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores. El evento adverso, como tal, es resultado del sistema. [7]

1.3. Bioética y seguridad del paciente - usuario

Todo acto relacionado con la atención de la salud tiene una base de reflexión ética, por lo tanto, hablar de seguridad para el paciente comprende un deber moral de todos los actores relacionados con el cuidado de la salud, sustentado en el ejercicio de cuatro principios bioéticos:

1. ***Beneficencia***
2. ***No Maleficencia "primun non nocere"***
3. ***Autonomía***
4. ***Justicia***

La ausencia de una adecuada valoración y manejo en la salud del paciente, vulnera estos principios básicos. El lema de la Alianza Mundial, "ante todo, no hacer daño" derivado del principio hipocrático *primum non nocere*, articula la bioética a la seguridad del paciente. El principio de no maleficencia nos conmina a evitar cualquier daño al paciente, pero también a poner todos los medios necesarios para evitar que ocurran eventos adversos, o lo que es lo mismo, disminuir el riesgo en la asistencia sanitaria. [39]

En respuesta a esta base ética y a los principios transversales en seguridad del paciente, el presente Manual define 17 prácticas seguras a aplicarse en todos los procesos de atención de salud.

Capítulo II

2. Prácticas seguras

Son los tipos de procesos o estructura cuya aplicación reduce la probabilidad de eventos adversos asociados a la atención de salud, que se apoyan en la mejor evidencia científica disponible y que procuran prevenir, minimizar o eliminar el riesgo asociado a la práctica clínica.[8]

Para efectos de la aplicación del presente Manual, se debe entender que la seguridad de la atención de salud incluye al paciente y al usuario; en este contexto, las prácticas seguras descritas se aplicarán en función de las necesidades de las personas con o sin patología.

Las prácticas establecidas para la seguridad del paciente - usuario son de tres tipos:

2.1 Prácticas Seguras Administrativas

1. Identificación correcta del paciente.
2. Programa de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.

2.2 Prácticas Seguras Asistenciales

1. Control de abreviaturas peligrosas.
2. Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo.
3. Control de electrolitos concentrados.
4. Conciliación de medicamentos.
5. Administración correcta de medicamentos.
6. Administración de antibióticos profilácticos en procedimientos quirúrgicos.
7. Profilaxis de trombo embolismo venoso.
8. Prevención de úlceras por presión.

2.3 Prácticas Seguras Administrativas/Asistenciales

1. Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente.
2. Prácticas quirúrgicas seguras.
3. Transferencia correcta de Información de los pacientes en puntos de transición.
4. Manejo correcto de las bombas de infusión.
5. Higiene de manos.
6. Prevención de caídas.
7. Educación en seguridad del paciente.

Capítulo III

3. Prácticas seguras administrativas

3.1 Identificación correcta del paciente - usuario.

Identificación correcta del paciente: procedimiento de identificación que no permite duda o equivocación de los pacientes y que hace posible atender a la persona correcta, en el momento correcto y con la práctica adecuada correcta. [6]

La correcta identificación del paciente - usuario es fundamental para garantizar la calidad en los procesos de atención de salud. Los problemas de identificación se asocian con frecuencia a las complicaciones producidas por errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre y hemoderivados.

Se han podido identificar las acciones inseguras más frecuentes asociadas con los procesos de identificación correcta de los pacientes, entre las que se citan [14]:

a) Falta de identificación al ingreso del paciente.
b) Procesos de captura de datos incompletos, de deficiente calidad o equivocados.
c) Identificación de los pacientes por medio de datos diferentes a los personales, ej. Número de la habitación, enfermedad, entre otros.
d) Ausencia de brazaletes de identificación.
e) Traslado y movimiento del paciente sin brazalete o adecuado proceso de identificación.
f) Verificación incorrecta de datos del paciente.
g) No verificación de datos del paciente en el momento de la realización de procedimientos y tratamientos.
h) Inexistencia de estándares de identificación correcta por parte del personal asistencial.

Las citadas acciones inseguras son las más frecuentes pero no las únicas, sin embargo el riesgo de cometer errores puede ser reducido significativamente, a través de la adopción de protocolos de identificación.

La planificación cuidadosa de los procesos de atención de salud debe asegurar una adecuada identificación del paciente antes de cualquier intervención clínica o quirúrgica, independiente del enfoque de identificación o tecnología biométrica a utilizar.

El objetivo de la identificación correcta del paciente – usuario es disminuir la incidencia de errores relacionados con la identificación de pacientes/usuarios en todos los procesos y procedimientos de atención ejecutados en el establecimiento de salud, para lo cual se requiere:

a) Disponer de un protocolo de identificación correcta del paciente - usuario, que debe ser estandarizado en todos los servicios y/o áreas de atención de salud.
b) Implementar buenas prácticas que fomenten una cultura de seguridad que asegure la prevención de errores en la identificación de los pacientes.
c) Involucrar al paciente - usuario y su familia en los procedimientos diseñados para su identificación.

3.1.1 Protocolo de identificación

Se aplicará un protocolo de identificación correcta, estandarizado para todos los pacientes/usuarios que reciben atención en cada uno de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.

Un primer paso en la correcta identificación del paciente/usuario es la utilización de un brazalete que permita en todo momento conocer su filiación. Se establece obligatoriedad de su uso en los siguientes casos: hospitalización, observación, emergencia, maternidad de corta estancia (madres y recién nacidos), ambulatorios en los cuales se realizarán procedimientos, diagnósticos y/o terapéuticos invasivos con compromiso de consciencia y transferencias, referencias y/o derivaciones en vehículos de transporte sanitario. Únicamente en estos casos, se realizará la colocación del brazalete de identificación.

En el caso de pacientes/usuarios que sean atendidos en todos los niveles de atención en los servicios de: consulta externa, laboratorio, imagen, farmacia y otros relacionados con el cuidado de la salud, incluyendo las actividades extramurales del primer nivel de atención, y todos los casos citados que requieran obligatoriedad de uso del brazalete, se deberá cumplir con el procedimiento de verificación cruzada, como parte del protocolo de identificación, antes de brindar el servicio.

a. Verificación cruzada

La verificación cruzada es el procedimiento mediante el cual el prestador de salud identifica al usuario/paciente a través de dos mecanismos como mínimo, por ejemplo: verbal y a través de brazalete; verbal y un documento de identificación personal (número de historia clínica, libreta de atención integral de salud de la madre, niño y /o niña, cédula de identidad, partida de nacimiento, carné etc).

a.1. Procedimiento

El personal de salud antes de realizar una intervención, debe contar con un documento (solicitud médica) que abalice dicho requerimiento; en presencia del paciente/usuario o en su defecto del acompañante, responsable o representante legal cuando se justifique, el personal de salud debe preguntar el nombre completo del paciente, esperar su respuesta verbal, y verificar dicha información con el documento (solicitud médica) que abaliza dicha intervención y la información del brazalete. Terminado dicho proceso se procede a la intervención requerida.

En el caso de pacientes-usuarios ambulatorios sin brazalete, se debe cotejar su identidad, para lo cual se preguntará el nombre completo del paciente/usuario, esperar la respuesta verbal de éste o en su defecto la de su acompañante, responsable ó representante legal cuando se justifique, y verificar dicha información con el documento (solicitud médica) que abaliza dicha intervención y la información de un documento de identificación personal; terminado dicho proceso se procede a la intervención requerida.

El procedimiento de verificación cruzada se efectuará durante la estancia, hospitalización y/o atención ambulatoria del paciente/usuario en todos los niveles de atención, cuando involucre algún tipo de intervención como:

- Atención de consulta externa.
- Control de signos vitales.
- Administración de medicamentos.
- Administración de vacunas.
- Muestras de laboratorio.
- Transfusiones.
- Intervenciones quirúrgicas.
- Exámenes complementarios.
- Procedimientos diagnósticos ó terapéuticos.
- Otros relacionados con el cuidado directo del paciente/usuario.

Por ejemplo, la identificación de muestras de laboratorio, sean estas de hospitalización, observación, emergencia o de pacientes ambulatorios, posterior al protocolo de verificación del paciente en el establecimiento, se debe realizar el protocolo de verificación de laboratorio (verificación cruzada) donde la primera pregunta que el profesional realizará, cuando tiene una solicitud de exámenes de laboratorio y el paciente está en frente, es preguntar:

-"¿Cuál es su nombre completo?" Esperar la respuesta del paciente (o responsable, en caso de que el paciente/usuario no pueda responder). Verificar la solicitud y etiquetar la muestra con la identificación correcta.

b. Verificación del paciente para colocación del brazalete de identificación.

La verificación del paciente - usuario se efectuará obligatoriamente, antes de la colocación del brazalete, como un procedimiento de interacción verbal entre el personal de salud pertinente y el paciente (o en su defecto el acompañante, responsable o representante legal del mismo, en el caso de imposibilidad del paciente), se realizará de la siguiente manera:

- El personal de salud solicita al paciente que le entregue un documento de identificación, y le pregunta:

- **¿Cuál es su nombre completo?** El personal de salud espera la respuesta verbal del paciente - usuario y verifica el nombre completo con el documento entregado previamente.

- Se realiza la segunda pregunta: **¿Cuál es su número de cédula de identidad/ciudadanía?** El personal de salud espera la respuesta verbal del paciente - usuario y verifica el número de cédula de identidad/ciudadanía en el documento entregado previamente

- **Cuál es su fecha de nacimiento?** El personal de salud espera la respuesta verbal del paciente - usuario y verifica la fecha de nacimiento en el documento entregado previamente.

- Terminado este proceso, se coloca el brazalete de identificación en los casos pertinentes o se procede al registro de información del paciente. Posteriormente se realizará la atención de salud.

Importante:

- En el caso que el paciente-usuario no porte documento de identificación personal, para la atención de salud, se le informará sobre la necesidad de este documento. Los sistemas de call center son los responsables de solicitar a los pacientes/ usuarios llevar un documento de identificación personal a la cita médica. Por ningún concepto, el documento de identidad será considerado un requisito para limitar la atención de salud.

- El brazalete de identificación no es el único identificador del paciente, por lo que se debe realizar en todos los casos la verificación cruzada.

- Si las condiciones clínicas del paciente no le permiten realizar identificación verbal no se debe realizar ningún procedimiento sin brazalete que permita realizar la identificación, ante esta situación informar inmediatamente al responsable del servicio.

- Se prohíbe la identificación de los pacientes por números de habitación, cama, diagnósticos, procedimientos terapéuticos y otros que no hayan sido los citados.

b.1 Situaciones especiales

- **Pacientes atendidos por emergencia** tienen prioridad los cuidados antes que la colocación del brazalete. En cuanto sea posible, se colocará correctamente el mismo para lo cual, de ser el caso, se cotejará los datos con la unidad pre-hospitalaria de traslado.

- **Pacientes que rechazan el brazalete** en este caso, a pesar de ser informado de los riesgos de no llevar el mismo, se registrará la novedad en la historia clínica y se aplicará la verificación cruzada.

- **Pacientes con intolerancia al material**, se dejará constancia por escrito en la historia clínica y se determinará la identificación con otras alternativas.

- **Pacientes con alteraciones mentales** que se despojaran reiteradamente del brazalete de identificación, se dejará constancia por escrito en la historia clínica, o se considerarán opciones como por ejemplo fijar la identificación en la vestimenta en casos necesarios o utilizar brazaletes de difícil retirada como las utilizadas en pacientes recién nacidos, cumpliendo previamente el protocolo de verificación del paciente.

- **Pacientes en los cuales no sea posible la colocación del brazalete de identificación** (ejemplos: pacientes quemados, mutilados, politraumatizados, entre otros.), se dejará constancia por escrito en la historia clínica y se procederá con la identificación mediante mecanismos de verificación cruzada.

c. Brazalete de identificación

Son dispositivos que cumplen con la función de identificar de manera tangible visual y rápida a un paciente en el lugar donde se encuentre.

- El brazalete de identificación tendrá como mínimo la siguiente información:
  - Número de cédula de identidad/ciudadanía del paciente.

- Dos nombres, dos apellidos del paciente.

- El establecimiento de salud podrá añadir otros identificadores, sin embargo para la identificación serán tomados en cuenta los requerimientos señalados.

- La colocación del brazalete de identificación se realizará en los siguientes momentos:

  a) Ingreso a hospitalización.
  b) Ambulatorios para procedimientos de alto riesgo.
  c) Maternidad de corta estancia.
  d) Recién nacidos inmediato al nacimiento y antes de la primera hora de hospitalización.
  e) Transferencias, Referencias y/o Derivaciones en vehículos de transporte sanitario.
  f) Servicio de emergencia (observación, área de estabilización de paciente – usuario crítico)

- Si no es posible conocer la identidad del paciente atendido por el servicio de emergencias, se escribirá en el brazalete de identificación como nombres, apellidos "NN" (No Nombre), sexo, fecha, hora de ingreso y número de atención (registro 008 -Historia Clínica), hasta obtener su identidad.
- 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 los datos mencionados. En cualquier caso se registrará en la respectiva historia clínica.
- El brazalete de identificación se colocará en la muñeca del paciente, si no es posible se lo hará en el tobillo.
- Se verificará con el paciente, familiar, representante legal o cuidador que la información registrada en el brazalete sea la correcta.
- Se pueden utilizar brazaletes o pulseras de colores para identificar pacientes con riesgos durante la atención, por ejemplo alergias, mujeres con riesgo obstétrico entre otros.
- <u>El brazalete de identificación será retirado en el domicilio.</u>
- En caso de fallecimiento del mismo deberá permanecer con el brazalete de identificación hasta que se ejecuten los trámites legales.

c.1 Especificaciones técnicas del brazalete de identificación [14]

Los establecimientos de salud adaptarán a su realidad las las especificaciones técnicas del brazalete, cuidando se cumplan algunas recomendaciones señaladas a continuación:

- Fabricadas en polipropileno, antialérgico (libre de látex) e inocua para el paciente.
- Resistente a la tensión y ruptura en cualquier dirección.
- Los brazaletes deben tener agujeros de sujeción que ante la colocación del broche de seguridad permita ser adaptadas al tamaño del paciente.
- Resistentes al calor y a la humedad.
- Brazaletes se deberán rotular con tinta indeleble o impresión de tinta indeleble; resistente a 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.)

- El diseño de la manilla debe ser de tal manera que sea visible para las personas que la revisan y cómoda para el paciente.

c.2 Sustitución del brazalete de identificación.

La sustitución del brazalete de identificación se realizará en los siguientes casos:

- Cada vez que haya daño del brazalete de identificación (ruptura, datos borrosos, etc.).
- Si la piel presenta erosión, lesión, alergia, etc.
- Si hay la necesidad de acceso vascular, se requiere una toma de examen o proceso de diferente tipo (se considerará cambiar de localización del brazalete de identificación).
- Si es necesario contención física del paciente.

d. Recién Nacidos/as

- El brazalete de identificación de el/la recién nacido/a contendrá la siguiente información:
    - Nombres y apellidos de la madre.
    - Fecha de nacimiento, hora del nacimiento, sexo.
- A todo/a recién nacido/a con referencia, transferencia o derivación de otro establecimiento de salud, se colocará el brazalete de identificación con la información descrita en el punto anterior.
- En caso de el/la recién nacido/a abandonado/a, deben consignarse los siguientes datos:
    - Nombre: “RN NN”
    - Fecha y hora de ingreso por Emergencia
    - Sexo
- Todo/a recién nacido/a será identificado/a con la colocación del brazalete de preferencia en el pie, luego de aplicar los cuidados inmediatos del recién nacido (sala de partos o quirófanos).
- Si se trata de un/a mortinato/a, el brazalete de identificación contará con los mismos datos de un recién nacido/a vivo/a.
- Durante su estancia en el establecimiento de salud se informará a la madre que por ningún motivo, entregue al recién nacido a personas que no se encuentren identificadas como funcionarios/as del establecimiento de salud.
- Se solicitará a la madre verificar siempre q el/la recién nacido (a) porte su brazalete de identificación y q los datos sean correspondientes.
- Se entregará el/la recién nacido/a a la madre, padre o representante legal, quién registrará su firma en la historia clínica indicando su conformidad conjuntamente con la persona responsable de su entrega.
- Al alta se realizará verificación cruzada, comparando los datos de la información del brazalete de identificación de el/la recién nacido/a, con la información de su tarjeta de identificación y con el brazalete de su madre.
- El personal de seguridad del establecimiento de salud procederá con la verificación cruzada señalada, antes que la madre abandone el establecimiento.

f. Identificación con tarjeta en la cabecera, pie de cama o habitación

- Realizar confirmación verbal con el paciente o familiares de los datos consignados.
- Se debe elaborar la tarjeta de cabecera inmediatamente una vez asignada la cama o habitación del paciente.
- Anotar los datos del brazalete de identificación en la tarjeta.
- Durante la instancia hospitalaria en lo posible se debe evitar el cambio constante de sitio.

- Debe asegurarse con materiales adecuados para evitar que se caigan.
- Eliminar la tarjeta inmediatamente después del alta hospitalaria.
- La tarjeta de cabecera, pie de cama o habitación, en sí misma, NO es un identificador absoluto y seguro, por tanto el personal de salud tendrá que ejecutar en cada caso, el proceso de verificación cruzada previo a cualquier procedimiento requerido.

3.1.2 Acciones que involucran al equipo de salud con el paciente, la familia y cuidadores [15]:

- Educar a los pacientes sobre los riesgos relacionados con la identificación incorrecta de los mismos.
- Solicitar a los pacientes o a sus familiares que verifiquen la información de identificación para confirmar que sea correcta.
- Solicitar a los pacientes, cuando sea posible, se identifiquen antes de recibir cualquier medicamento y previo a cada diagnóstico o intervención terapéutica.
- Animar a los pacientes y a sus familias o cuidadores a ser participantes activos en la identificación, expresar sus inquietudes respecto a la seguridad y los errores potenciales, y hacer preguntas sobre la corrección de su atención.

Nota: Si durante el proceso de verificación el paciente no cuenta con el brazalete de identificación o existe algún error en los datos se deberá informar inmediatamente al responsable de servicio, quien procederá a su registro en el formulario de "**Registro de Pacientes sin Brazalete de Identificación**", (fuente primaria de recolección de datos) **(Anexo 1).** El responsable del registro será la/el enfermera/o de turno del Servicio.

Importante: ***el registro de pacientes sin brazalete de identificación, se realizará conforme a lo establecido en el Modelo de Gestión de Información de los Formularios del Manual de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud.***

3.1.3 Medidas sugeridas por la Organización Mundial de la Salud [15]

Las acciones planteadas en el presente Manual, recogen las estrategias que la Organización Mundial de la Salud solicita de los países miembros tomen en cuenta.

1. Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria cuenten con sistemas implementados que:
   a) Hagan énfasis en la responsabilidad principal de los trabajadores de la atención sanitaria sobre verificar la identidad de los pacientes y hacer coincidir los pacientes correctos con la atención correcta (por ej., resultados de análisis de laboratorio, muestras, procedimientos) antes de administrar la atención.
   b) Fomenten el uso de al menos dos identificadores para verificar la identidad de un paciente en el momento de la admisión o de la transferencia a otro hospital o entorno de atención y previo a la administración de la atención.
   c) Ninguno de estos identificadores debería ser el número de habitación del paciente.
   d) Estandaricen los enfoques para la identificación del paciente entre los distintos establecimientos dentro de un sistema de atención sanitaria. Por ejemplo, el uso de bandas de identificación blancas sobre las que se pueda escribir un patrón o marcador estándar e información específica, o la implementación de tecnologías biométricas.

e) Proporcionen protocolos claros para identificar pacientes que carezcan de identificación y para distinguir la identidad de los pacientes con el mismo nombre.
f) Deben desarrollarse y utilizarse enfoques no orales para identificar pacientes comatosos o confundidos.
g) Fomenten la participación de los pacientes en todas las etapas del proceso.
h) Fomenten el etiquetado de los recipientes utilizados para la sangre y demás muestras en presencia del paciente.
i) Proporcionen protocolos claros para conservar la identidad de las muestras del paciente durante los procesos preanalíticos, analíticos y posanalíticos.
j) Proporcionen protocolos claros para el cuestionamiento de los resultados de análisis de laboratorio u otros hallazgos de los análisis cuando no coincidan con la historia clínica del paciente.
k) Prevean controles y revisiones reiterados a fin de evitar la multiplicación automática de un error en el ingreso de datos a la computadora.

2. Incorporar una capacitación sobre procedimientos de control y verificación de la identidad de un paciente dentro de la orientación y el desarrollo profesional permanente de los trabajadores de la atención sanitaria.
3. Educar a los pacientes sobre la importancia y la relevancia de la correcta identificación de los pacientes, de una manera positiva que también respete su interés por la privacidad.

3.2 Programa de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos

El mantenimiento preventivo de equipos biomédicos es el proceso mediante el cual el establecimiento de salud garantiza que los equipos biomédicos sean seguros y funcionales, para evitar lesiones en los profesionales, personal, paciente y su familia. Se considera como un proceso importante que tiene que ejecutarse, permanente y ordenado en los establecimientos de salud, ya que de esto depende el estado y funcionamiento óptimo de los mismos.

Comprende todas las actividades que se realizan para cumplir con la vida útil de cada equipo, determinada por el fabricante (calibración, lubricación, limpieza, etc.), de conformidad con las estipulaciones contractuales vigentes y de acuerdo con lo establecido en los manuales del fabricante, con el objetivo de garantizar el correcto funcionamiento de los equipos biomédicos utilizados en la atención del paciente, mediante la aplicación de un programa de mantenimiento preventivo.

3.2.1 Acciones del establecimiento de salud, profesionales administrativos y equipos de salud

- Planificar una inspección periódica de los equipos biomédicos.
- Verificar situaciones que puedan originar fallas o depreciación acelerada de los mismos.
- Actualizar permanentemente el inventario de los equipos biomédicos.
- Elaborar un cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo.
- Registrar en cada equipo la fecha del mantenimiento ya sea preventivo o correctivo
- Verificar el funcionamiento óptimo del equipo biomédico, luego del mantenimiento.

Para realizar una adecuada planificación del mantenimiento preventivo, el personal responsable del mismo se guiará utilizando el programa de la Organización Mundial de la Salud que desarrolla el tema. [16]

CAPÍTULO IV

4. Prácticas seguras técnicas asistenciales

4.1 Control de Abreviaturas peligrosas.

El peligro que entraña el uso de ciertas abreviaturas comenzó a preocupar a las organizaciones encargadas de velar por la seguridad del paciente. 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 evitará el uso de abreviaturas peligrosas en todos los casos.

La incorporación en la atención del paciente de las prescripciones electrónicas y herramientas de apoyo a las decisiones son una buena oportunidad para reducir el uso de abreviaturas confusas.

El objetivo general es estandarizar la utilización de abreviaturas permisibles en los procesos de atención para evitar confusiones y errores que afecten a los pacientes.

Para lo cual se requiere establecer y socializar el listado de abreviaturas y símbolos autorizados para los establecimientos de salud.

4.1.1. Acciones que involucran al establecimiento de salud y profesionales de la salud.

a) Disponer el protocolo sobre control de abreviaturas peligrosas.
b) No administrar medicamentos si se observan abreviaturas peligrosas, y en caso de tener duda preguntar directamente a quién genera la indicación.
c) No utilizar por ningún motivo abreviaturas para la redacción de: diagnósticos, escalas de valoración diagnóstico, procedimientos diagnósticos, medicamentos y dispositivos médicos.
d) Cada servicio debe disponer de carácter obligatorio, y a la vista del personal de salud el listado de abreviaturas aceptadas (Anexo 2).

4.2 Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo

Todos los medicamentos tienen potencial riesgo de causar algún evento adverso, sin embargo se pone énfasis en los medicamentos de alto riesgo porque son aquellos que por sus características propias como por ejemplo un margen terapéutico estrecho, pueden causar daño, incluso la muerte, cuando se produce un error en el curso de su administración. [17] La implementación de una estrategia integral para la gestión de todos los medicamentos con énfasis en los medicamentos de alto riesgo, es un valioso recurso para mejorar la seguridad del paciente.

Ninguna práctica por sí sola va a permitir garantizar la seguridad de la utilización de los medicamentos de alto riesgo, sino que es preciso introducir diversas prácticas en todas y cada una de las etapas que configuran el sistema de utilización de los medicamentos. Por ello se aconseja que se implanten prácticas específicas dirigidas a evitar errores en el envasado, etiquetado, almacenamiento, prescripción, dispensación, preparación y administración de los mismos. [18]

Los nombres confusos de medicamentos es otra de las causas más comunes de errores de medicamentos, esto incluye principios activos y nombres comerciales. Muchos medicamentos tienen aspecto o nombre parecidos a otros, por lo que adquieren su denominación como medicamentos LASA del inglés: Like alike – Sound alike (se miran igual – suenan igual). [18, 19] Contribuyen con esta confusión la caligrafía ilegible, el conocimiento incompleto de los nombres de los medicamentos, los productos nuevos en el mercado, los envases o etiquetas similares, el uso clínico similar, las concentraciones similares, las formas de dosificación, la frecuencia de administración, la falta de reconocimiento por parte de fabricantes y organismos de reglamentación del potencial de error. [18, 19]

La seguridad en la utilización de medicamentos de alto riesgo es altamente compleja, por lo que se debe tratar que en el desarrollo e implementación de esta práctica se impliquen todos los actores que intervienen en el mismo, incluyendo los pacientes.

La mayoría de la literatura científica coincide en que cerca del 50% de los eventos adversos graves son producidos por los siguientes grupos terapéuticos y medicamentos [18, 19]:

1. Anticoagulantes.
2. Opiáceos.
3. Insulinas.
4. Sedantes.
5. Potasio IV (cloruro o fosfato).
6. Medicamentos por vía epidural o intratecal.
7. Metotrexato oral (uso no oncológico).
8. Agentes adrenérgicos.
9. Agentes citostáticos y citotóxicos.
10. Electrolitos.
11. Agentes bloqueadores neuromusculares.

El objetivo es establecer un proceso adecuado y seguro en el manejo de medicamentos de alto riesgo identificados en el establecimiento de salud, de acuerdo a su tipología y nivel de complejidad.

Para lo cual se requiere estandarizar los procesos de almacenamiento, etiquetado, prescripción, preparación, distribución, verificación, administración, y control de medicamentos de alto riesgo, e identificar los medicamentos de alto riesgo y medicamentos LASA, por el equipo de salud en el establecimiento y aplicar los protocolos de seguridad para su uso.

4.2.1. Acciones que involucran al establecimiento de salud, profesionales, trabajadores, personal de salud y administrativo en general.

- Establecer procedimientos para el almacenamiento, etiquetado, prescripción, preparación, distribución, verificación, administración, y control para todos los medicamentos, con especial énfasis en los de alto riesgo.
- Asegurar un correcto control de almacenamiento, conservación y caducidad para todos los medicamentos, con especial énfasis a los de alto riesgo.
- Reconocer la complejidad que tiene la utilización de los medicamentos de alto riesgo en los establecimientos de salud.
- Identificar y disponer en todos los servicios y a la vista de todo el personal de salud, el listado de medicamentos LASA (anexo 5) que corresponde a pares de nombres de medicamentos con similitud ortográfica o fonética y medicamentos de alto riesgo (anexo 6)

- Identificar los medicamentos de alto riesgo con etiqueta de color rojo.
- Emplear sistemas de “doble chequeo independiente” en que una persona revisa el trabajo realizado por la otra.
- Utilizar la doble verificación en los procesos de preparación y administración de electrolitos concentrados.
- Los establecimientos de salud establecerán un mecanismo para actualizar de manera continua las normativas de control de medicamentos de alto riesgo.
- El personal debe estar actualizado y capacitado sobre el manejo seguro de medicamentos de alto riesgo y asegurar la legibilidad de las recetas, mediante una mejora de la caligrafía y la impresión, o el uso de órdenes preimpresas o recetas electrónicas.
- Estandarizar los medicamentos de alto riesgo disponibles en los establecimientos de salud, limitando el número de presentaciones; concentraciones y volumen [18].
- Enfatizar en la aplicación de los “correctos” descritos en la práctica segura “administración correcta de medicamentos”, de este Manual, por ejemplo la vía de administración.
- El establecimiento de salud regularmente auditará los servicios, verificando el cumplimiento del protocolo de medicamentos de alto riesgo, desarrollado por la entidad.
- En caso de identificar reacciones adversas a los medicamentos, se notificará al médico responsable, se registrará en la historia clínica y se registrará el evento en el formulario “tarjeta amarilla” para activar las acciones en farmacovigilancia.
- En el caso de identificar un cuasi evento, evento adverso ó centinela se registrará en el formulario “notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente” para su gestión.

4.2.2 Acciones que involucran al equipo de salud con el paciente y familia

Entregar por escrito al paciente hospitalizado y/o familiar un informativo de uso sobre el medicamento de alto riesgo que se está administrando, que detalle los efectos secundarios, contraindicaciones y otros, además resaltar que en caso de presentarse uno de ellos sea comunicado al equipo de salud de manera inmediata.

4.3 Control de electrolitos concentrados

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera de alto riesgo los medicamentos y las preparaciones que contengan los siguientes concentrados de electrólitos: Sodio hipertónico, cloruro de potasio, sulfato de magnesio, calcio gluconato y bicarbonato de sodio. [15]

Se han reportado complicaciones y muertes relacionadas con la administración incorrecta de cloruro de potasio (KCl); también existen reportes de muerte accidental por administración involuntaria de solución salina concentrada. Si bien, todos los medicamentos, biológicos, vacunas y medios de contraste tienen un perfil de riesgo definido, las soluciones concentradas de electrólitos para inyecciones son particularmente peligrosas cuando se preparan y administran inadecuadamente [15].

Es fundamental la planificación de la adquisición, almacenamiento, disponibilidad, acceso, prescripción, preparación, distribución, etiquetado, verificación, administración y control de estos agentes, a fin de evitar eventos adversos. La estandarización de la dosis, unidades de medida y de terminología, son elementos fundamentales a considerar para evitar errores en la administración de las soluciones concentradas de electrolitos. Estos esfuerzos requieren atención especial, experiencia, colaboración entre profesionales, procesos de verificación y varias funciones obligatorias que garanticen seguridad. [15]

El objetivo es determinar el manejo correcto de los electrolitos concentrados relacionados con los procesos de atención de salud, de acuerdo a su tipología y nivel de complejidad.

Para lo cual se requiere:

a) Estandarizar los procesos de almacenamiento, etiquetado, prescripción, preparación, distribución, verificación, administración, y control de electrolitos concentrados.
b) Unificar las formas de etiquetado para los electrolitos concentrados en todos los servicios.
c) Cumplir con el protocolo del establecimiento de salud sobre el almacenamiento, etiquetado, prescripción, preparación, distribución, verificación, administración, y control de electrolitos concentrados.

4.3.1 Acciones del establecimiento de salud, que involucran a los profesionales, trabajadores, personal de salud y administrativo en general

a) Los bioquímicos farmacéuticos o químicos farmacéuticos serán los responsables de la custodia y provisión inicial de las soluciones de electrolitos concentrados hasta su distribución en los servicios respectivos, donde los custodios serán los profesionales de enfermería.
b) En los servicios no deben almacenarse los sobrantes de los electrólitos concentrados. Si lo hubiera, se debe gestionar su devolución a farmacia.
c) Cada unidad de salud estimará su necesidad de este tipo de medicamento acorde a su perfil epidemiológico.
d) El personal de farmacia dentro de sus competencias será responsable de almacenar, etiquetar, preparar y distribuir los concentrados de electrólitos a los diferentes servicios.
e) Los concentrados de electrólitos estarán debidamente identificados con: nombre del medicamento, fecha de caducidad, y rotulado “Alto Riesgo” (etiqueta roja).
f) Los bioquímicos farmacéuticos o químicos farmacéuticos son los responsables de preparar las soluciones con electrolitos concentrados en el área de farmacia para su entrega posterior a los servicios respectivos; condicionada a la existencia de infraestructura y equipamiento necesario para el efecto.
g) Para la administración de electrolitos concentrados se utilizará la bomba de infusión, todo el personal de enfermería deberá estar capacitado en su uso.
h) Si durante la administración el médico prescribe electrolitos a la solución, se descartará la solución iniciada para continuar la nueva solución.
i) En caso de identificar reacciones adversas a los medicamentos, se notificará al médico responsable, se registrará en la historia clínica y se registrará el evento en el formulario “tarjeta amarilla” para activar las acciones en farmacovigilancia.
j) En el caso de identificar un cuasi evento, evento adverso ó centinela se registrará en el formulario “notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente” para su gestión.
k) En los establecimientos se tendrá a disposición para todo el personal el protocolo de control de electrolitos concentrados en todos los servicios.
l) La implementación, seguimiento y supervisión del cumplimiento del protocolo estará a cargo de los líderes de enfermería de cada servicio o la instancia que defina el establecimiento de salud.
m) 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 la instancia competente del establecimiento.

4.4 Conciliación de medicamentos.

Es el proceso formal de obtener una lista completa de la medicación del paciente previo al ingreso, compararla con la que se le ha prescrito en el centro sanitario, durante la referencia y alta médica. [21]

Los errores de conciliación constituyen un problema de seguridad y han sido señalados por organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Institute for Health care Improvement (IHI) y la Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations (JCAHO) como un tema prioritario dentro de la estrategia de seguridad del paciente.

Un metanálisis, por ejemplo, encontró que existen discrepancias entre el historial de medicamentos prescritos frente al historial de medicamentos registrados al ingreso hospitalario, llegando a presentarse hasta en un 67% de los casos. [22]

Los medicamentos deben conciliarse en todas las transiciones asistenciales, esto es, cada vez que el paciente cambia de nivel asistencial o un nuevo profesional clínico participa en su atención.

En el ámbito hospitalario, realizar el historial fármaco-terapéutico, completa y correctamente, al ingreso, es parte importante de la anamnesis. Si se realiza errónea o incompleta puede encubrir problemas relacionados con la administración de medicamentos y causar interrupciones o utilización inadecuada de medicamentos que el paciente requiere de forma crónica. Si estos errores se perpetúan al alta hospitalaria, pueden afectar tanto la efectividad del medicamento como la seguridad del paciente.

El objetivo es conocer el historial fármaco-terapéutico de cada paciente para evitar reacciones e interacciones medicamentosas no deseadas y optimizar los efectos terapéuticos deseados en todas las transiciones asistenciales. Para lo cual se requiere:

a) Definir el procedimiento para la conciliación de medicamentos y asegurar su aplicación.
b) Prevenir los errores por una inadecuada conciliación de medicamentos en los establecimientos de salud.

4.4.1. Conciliación de los medicamentos al ingreso [58]

- Se utiliza 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, mediante el registro obligatorio en la historia clínica del cumplimiento de esta conciliación por parte del personal de salud, responsable de su atención.
- La información básica del paciente (nombre, unidad de hospitalización, número de historia clínica, cédula de identidad, médico, etc.) estará clara (letra legible y/o estandarizada e impresa por medios electrónicos), y se deberá ver fácilmente en todas las prescripciones transmitidas al servicio de farmacia.
- La información del paciente en cuanto a diagnóstico de ingreso, co-morbilidad (Ejemplo: hipertensión, diabetes, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, etc.) o condiciones especiales (Ejemplo: embarazo, lactancia, etc.), se recopilará en la historia clínica y se

comunicará al personal de cuidado directo y a los farmacéuticos, o bien deberá estar disponible de forma fácil para ellos.

- La información sobre alergias del paciente estará disponible tanto para el personal de cuidado directo como 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 por medio de la implementación de un sistema de dispensación en dosis unitaria. (a excepción de situaciones de urgencia vital).
- Las discrepancias encontradas deberán ser comentadas con el prescriptor y, si procede, deberán ser corregidas.
- Los cambios realizados deben ser adecuadamente documentados.
- Si se encuentran discrepancias, duplicidades o interacciones entre el tratamiento crónico y el tratamiento de manejo del episodio agudo, se deberán comentar y reportar con el prescriptor y, si procede, modificar la prescripción.
- Se utilizará el kardex de administración de medicamentos para enfermería (formulario SNS-M.S.P. /HCU-form. 022 /2008). No se administra nada que no esté registrado en el kardex de administración con lo que se asegura que no exista diferencia entre la prescripción y la administración.
- Se debe generar el historial fármaco-terapéutico completo, con la participación del farmacéutico en las 24 horas posteriores al ingreso, entrevistando al paciente y familiar, recogiendo toda la información disponible sobre su tratamiento.
- Se informará al paciente y sus familiares de las posibles sustituciones y suspensiones de su tratamiento habitual durante su estadía, según el programa de equivalentes terapéuticos. El paciente y el familiar deberá saber que todo su tratamiento está perfectamente supervisado y que no debe, ni tiene que tomar ningún medicamento que no le sea administrado por el personal de enfermería.
- Se debe comunicar al prescriptor y administrador los medicamentos que el paciente trae al ingreso, para lo cual el paciente debe informar los medicamentos que está tomando habitualmente. En caso que la información proporcionada carezca de claridad y seguridad, el familiar deberá traer los medicamentos.
- En el proceso de conciliación considerar siempre el uso de plantas medicinales, productos homeopáticos, suplementos dietéticos y otros que el paciente ingiera con regularidad.
- Durante la administración de los medicamentos, el personal médico o de enfermería deberá informar a los pacientes y a sus familiares el nombre genérico y comercial de los medicamentos, su acción, el equivalente con el medicamento domiciliario, la dosis y los efectos adversos más importantes.
- Cuando ingresen pacientes que utilizan medicamentos previos, y estos no va a ser administrados de acuerdo a la pertinencia médica hasta nueva prescripción, se descontinuará su uso de forma parcial o definitiva, tras lo cual el farmacéutico tendrá que retirar físicamente los medicamentos que disponga el paciente, la misma que será devuelta a su egreso. En caso de no aceptación del paciente, se dejará constancia en la historia clínica con firma de responsabilidad del personal de salud a cargo y del paciente o representante legal.

4.4.2 Conciliación de los medicamentos al egreso

- A partir del historial fármaco-terapéutico y el tratamiento hospitalario del paciente, se registrará el tratamiento actualizado completo (dosis, vía frecuencia, forma farmacéutica y las pautas de administración), próxima cita, dieta, actividad en el formulario 053 (referencia, contrareferencia, referencia inversa y derivación).

- Se deben establecer alarmas (ejemplo: 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 indicará a los pacientes que pueden consultar después de su egreso cualquier preocupación o duda sobre sus medicamentos.

4.4.3 Conciliación de los medicamentos en el primer nivel de atención.

- Se realiza la conciliación de los medicamentos teniendo como referencia el formulario 053 (referencia, contrareferencia, referencia inversa y derivación) con aquellos medicamentos que el paciente requiera de manera ambulatoria y se registrará obligatoriamente en la historia clínica.
- El médico del primer nivel de atención deberá organizar los tratamientos solicitados por los prescriptores especialistas, manteniendo una visión integral del paciente y alertando de cualquier duplicidad, discrepancia, interacción entre el tratamiento crónico y el hospitalario.
- Donde esté disponible un farmacéutico, el ó ella será el/la responsable de validar la prescripción, y revisar las instrucciones en relación a los medicamentos. En el caso de encontrar alguna discrepancia entre las recomendaciones y la prescripción, comunicará inmediatamente al médico prescriptor y registrará cualquier observación. Toda discrepancia no justificada por el médico se considerará un error de conciliación.
- El personal de salud deberá tener principal precaución en pacientes polimedicados.

4.4.4 Acciones que involucran al paciente, familia y cuidadores [21]

El paciente o persona responsable de sus medicamentos debe conocer y comprender los datos sobre su tratamiento:

- Nombre de los medicamentos que debe tomar (principio activo-nombre comercial).
- Para qué se los debe tomar.
- Qué dosis debe tomar y a qué hora.
- Durante cuánto tiempo debe hacerlo.
- Cuáles son los efectos secundarios más frecuentes y en qué caso debería consultarlos con su médico.
- Cuáles son los cambios de sus medicamentos crónicos que se han derivado del proceso asistencial actual y aconsejarle que se deshaga de posibles restos de medicamentos que conserve en su domicilio y que ya no deba tomar.

Recordar que el cumplimiento terapéutico del tratamiento, dependerá en gran parte de la educación sanitaria que el paciente reciba sobre su tratamiento, no solo del tratamiento que se deriva del proceso asistencial sino también de su tratamiento crónico preexistente.

4.5 Administración correcta de medicamentos

La administración de medicamentos por diferentes vías contribuye de manera considerable a mejorar la calidad de vida de los pacientes, sin embargo, su uso no está exento de riesgos, ya que si no se cumple con una administración segura puede ponerse en peligro su vida y por lo tanto la calidad de la atención prestada a los mismos. [17, 18]

El objetivo es asegurar la correcta y oportuna administración de medicamentos según las necesidades y condiciones reales del paciente en todos los niveles de la atención en salud.

4.5.1 “Correctos” en la administración de medicamentos

Los correctos no garantizan que los errores no se produzcan, pero su formulación ayuda a mejorar la seguridad y la calidad de la atención al paciente durante la administración de medicamentos. [17, 18, 19]

1. Paciente correcto: este “correcto”, es claro y parece ser simple, pero con base en circunstancias o eventos, la administración de los medicamentos para el paciente correcto puede convertirse en una acción delicada.
   Preguntarle al paciente: “Por favor, dígame su nombre completo” y proceder a verificar si corresponde con el nombre identificado en el brazalete de identificación y en la historia clínica (verificación cruzada). Una forma que ayuda a evitar la administración de medicamentos a un paciente errado es evitar que dos pacientes con el mismo nombre estén juntos en la misma habitación.
   En situaciones especiales, la identificación cuidadosa del paciente para administrar los medicamentos debe ser redoblada, porque los pacientes con bajo nivel de conciencia, con enfermedades que afectan a las actividades psicomotoras y ancianos, pueden no ser capaces de identificarse o no tener el brazalete de identificación. **Nunca administrar el medicamento hasta tener absoluta seguridad que es la persona correcta.**
2. Medicamento correcto: una de las causas relacionadas con los errores es la similitud entre los nombres de los medicamentos. Una barrera de seguridad para minimizar errores es prescribir el medicamento según el nombre genérico, pero aun así puede haber similitud entre la fonética de los nombres, por lo que debe confirmarse el nombre del medicamento antes de su administración.
   Es importante asegurarse que el paciente no es alérgico al medicamento. Cualquier hecho descrito por los pacientes u observados por el equipo de salud como por ejemplo reacciones adversas a medicamentos, se debe documentar en el lugar apropiado y de fácil visibilidad. Se recomienda que los pacientes alérgicos reciban una identificación diferente, con el fin de alertar a todo el equipo de salud.
3. Vía correcta: cada medicamento debe administrarse por la vía indicada, cada vía de administración tiene diferentes tiempos de absorción. Debe asegurarse que la vía es la correcta. Si la vía de administración no está registrada en la prescripción se debe consultar inmediatamente. Si aunque estuviera indicada y el personal de enfermería identifica un error, se debe comunicar el hecho al prescriptor para que realice la correspondiente aclaración. Por ningún motivo un medicamento debe ser administrado si no se tiene la seguridad de la vía correcta.
4. Forma correcta: muchos medicamentos están disponibles en varias formas farmacéuticas para administrar por diferentes vías. Antes de que el profesional administre el medicamento debe asegurarse de que sea por la forma correcta, para la vía prescrita, en el paciente correcto.
5. Hora correcta: el medicamento debe administrarse en el horario establecido para garantizar los niveles séricos terapéuticos, caso contrario se puede comprometer el mecanismo de acción del medicamento o su eficacia.
6. Dosis correcta: consiste en administrar exactamente la dosis del medicamento, para ello se debe comprobar dos veces la prescripción, en caso de parecer inapropiada confirmarla con el prescriptor.
   La habilidad y competencia en el cálculo de dosis farmacológicamente establecidas, son imprescindibles para la administración del mismo en forma segura.

7. Registro de la administración correcta: el personal que administra los medicamentos debe registrar la hora y las letras iniciales del nombre y apellido, en la historia clínica, y así evitaremos duplicar la dosis.
8. Educar al paciente: informar al paciente o familiar el nombre, la acción del medicamento y la razón por la cual está siendo administrado.
9. Acción correcta: es la justificación del medicamento para lo que fue prescrito. De existir duda consultar con el prescriptor.
10. Respuesta correcta: una vez que se administre el medicamento, el personal de enfermería debe acompañar al paciente para evaluar si el éste, tuvo la respuesta o efecto esperado. La inefectividad de la terapia farmacológica, en algunos casos, puede determinar la pérdida de la vida del paciente porque si un medicamento de alto riesgo falla, como los anticoagulantes, los anti arrítmicos y la insulina, existe un riesgo inminente de muerte.

4.5.2 Prácticas seguras en el procedimiento de colocación de inyecciones [20].

- Las mejores prácticas de control contra infecciones intradérmicas, intravenosas, subcutáneas e intramusculares recomiendan el uso de un dispositivo médico descartable para cada procedimiento.
- Cumplir con las normas de bioseguridad. (Por ejemplo: mantener asepsia y antisepsia al preparar y administrar los medicamentos, manejo de desechos corto punzantes).
- Capacitar a los profesionales de la salud, sobre el uso seguro de las jeringas, almacenamiento, descarte y disposición final de los residuos corto punzantes.
- Almacenar los medicamentos en forma adecuada según lo establecido en la normativa vigente.
- En el caso que se guarde en la refrigeradora debe constar en el registro nombres y apellidos completos, número de cédula de ciudadanía o de identidad del paciente, fecha y hora que se prepara los medicamentos, la dilución y el responsable de la dilución.
- Verificar fecha de vencimiento del medicamento antes de su preparación, dilución y/o administración.
- Para la dilución de los medicamentos tomar en cuenta la prescripción médica registrada en la historia clínica.

4.6 Administración de antibióticos profilácticos en procedimientos quirúrgicos

La administración oportuna de antibióticos profilácticos es ampliamente reconocida como una manera eficaz de reducir infecciones post-operatorias. Sin embargo, los antibióticos se administran con demasiada anticipación, muy tarde o de manera errática. El uso prolongado o inapropiado de antibióticos de amplio espectro puede llevar a los pacientes a un riesgo adicional, desarrollando cepas resistentes a los antibióticos.

Las infecciones de heridas quirúrgicas 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. [23]

El objetivo es disminuir la incidencia de infecciones asociadas a la atención de salud, relacionadas con la herida quirúrgica, resultado de procedimientos quirúrgicos que se realicen en los establecimientos de salud, de acuerdo a su tipología y nivel de complejidad.

Para lo cual se requiere, aplicar un protocolo para el manejo de antibióticos profilácticos previo a la ejecución de los procedimientos quirúrgicos que lo requieran.

4.6.1 Acciones del establecimiento y profesionales de la salud en la administración de antibióticos profilácticos.

- Los establecimientos de salud deben contar con un protocolo del manejo de antibióticos profilácticos, acorde a su historial epidemiológico y mejor evidencia científica disponible.
- La administración de antibióticos debe ser dentro de los 60 minutos para maximizar la concentración tisular. Algunos estudios muestran una eficacia superior si su administración se realiza entre 0 y 30 minutos antes de la incisión [57]. Si amerita, realizar la prueba cutánea de alergia.
- Registrar la administración del antibiótico en la lista de verificación de cirugía segura, documento que será parte de la historia clínica.
- Descontinuar la profilaxis antibiótica 24 horas después de realizar el procedimiento quirúrgico. En los casos que amerite descontinuar luego de las 48 horas, registrarlo en la historia clínica.
- En el caso de procedimientos quirúrgicos menores se administrará profilaxis antibiótica de acuerdo a la mejor evidencia clínica científica disponible.

4.7 Profilaxis de tromboembolismo venoso

El tromboembolismo venoso es el término colectivo para trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, es una complicación grave, las mismas pueden aparecer secundariamente a una intervención quirúrgica o una enfermedad médica durante el ingreso hospitalario, complicando la evolución del paciente. [(24)]

La alta prevalencia de tromboembolismo venoso en pacientes ingresados, la clínica silente en la mayoría de ellos; y el elevado riesgo de morbi-mortalidad asociados con la no prevención, son causas esenciales que justifican su profilaxis. [(24)]

La evidencia muestra que la identificación de pacientes con factores de riesgo y aplicar acciones basadas en la evidencia, reducen o evitan sustancialmente la incidencia de tromboembolismo venoso.

El objetivo es disminuir la incidencia de tromboembolismo venoso en los pacientes atendidos en los establecimientos de salud; para lo que se requiere aplicar medidas de profilaxis en pacientes con riesgo de Tromboembolismo Venoso en todos los establecimientos de salud.

4.7.1 Medidas profilácticas

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 al manejo de todos los pacientes en riesgo mediante métodos físicos y/o farmacológicos. [(25)]
La profilaxis secundaria se refiere a pacientes que se les diagnostica una Tromboembolia Venosa subclínica, mediante exámenes especializados, y se realiza tratamiento en forma completa. [(25)]

Medidas profilácticas primarias, en pacientes con factores de riesgo:

a) Profilaxis de medicamentos dentro de las 48 horas.
b) Mitigar el dolor relacionado con el edema tisular y obstrucción del flujo sanguíneo.
c) Mantener elevada la zona afecta. (posición Trendelemburg)

d) Educar al paciente sobre la importancia de la administración de los medicamentos prescritos.
e) Uso de medias anti-embólicas o vendas elásticas.
f) Vigilar signos de hemorragia.
g) Mantener en reposo al paciente con las medidas adecuadas según su patología.

Las medidas profilácticas secundarias son:

a) Administración de medicamentos prescritos por el médico.
b) Vigilar signos de alarma de sangrado.
c) Movilización del paciente tan pronto sea posible luego de la cirugía.
d) Uso de botas de compresión secuencial en quirófano y sala de recuperación post quirúrgica.
e) Uso de medias anti embólicas o vendas elásticas.
f) Deambulación precoz si cursa por el período post operatorio.
g) Control de exámenes de laboratorio.
h) Al egreso de los pacientes, se planificará su seguimiento en consulta externa.

4.7.2 Evaluación del riesgo y medidas preventivas [24, 25]

a) Identificar los pacientes con factores de riesgo relacionados con trombosis venosa profunda, tromboembolismo venoso y embolia pulmonar.
b) Proporcionar los cuidados de profilaxis acorde a la mejor evidencia disponible.
c) El profesional médico responsable del cuidado del paciente, verificará si está documentada la evaluación de riesgo según el protocolo definido por el establecimiento en la historia clínica previa a la intervención quirúrgica.
d) Todo paciente sometido a cirugía con factores de riesgo de acuerdo a la evaluación previa, el profesional médico responsable del cuidado del paciente confirmará que están indicadas las medidas preventivas de acuerdo al protocolo local.
e) El profesional médico responsable del cuidado del paciente verificará que se están realizando las medidas preventivas indicadas y si existe constancia de ello en las historia clínica del paciente.
f) Identificar a los pacientes con cirugías ortopédicas mayores y asegurarse de proporcionar la adecuada profilaxis post-egreso.

4.7.3 Acciones del establecimiento y equipo de salud [24, 25]

a) Elaborar e implementar un protocolo de tromboprofilaxis en los pacientes con factores de riesgo ingresados en el establecimiento de salud.
b) El equipo de salud designado autoevaluará y/o evaluará el cumplimiento del protocolo definido en el establecimiento y establecerá las acciones de mejora.
c) Reportar en el formulario de “Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente” siendo responsabilidad de todos los miembros del equipo de salud su notificación.
d) El formulario de notificación será remitido a la Unidad de Calidad o instancia que el establecimiento defina según su organización.
e) Realizar las acciones de mejora que correspondan en relación con el cumplimiento del protocolo definido por el establecimiento.

4.7.4 Acciones del equipo de salud con el paciente, familia y/o cuidadores

a) El profesional de enfermería responsable del cuidado del paciente, educará a la familia o cuidadores del paciente sobre las medidas profilácticas a ejecutarse durante la estancia hospitalaria, al egreso y de requerirse en el domicilio acorde al protocolo definido por el establecimiento de salud.
b) Los equipos de atención integral en salud del primer nivel de atención, serán los responsables de verificar el cumplimiento de las medidas profilácticas definidas al egreso hospitalario y ejecutar las acciones de salud según el plan de atención domiciliaria.
c) El paciente, la familia y/o cuidadores serán corresponsables de la ejecución de las medidas profilácticas establecidas para su condición patológica y de su comunicación a los equipos de salud ante cualquier signo de alarma.
d) Los equipos de salud registrarán los signos de alarma informados por los familiares y/o cuidadores y realizarán las acciones correspondientes de manera oportuna según el protocolo establecido para la prevención de tromboembolismo venoso profundo.

4.8 Prevención de úlceras por presión.

Úlcera por presión (sinónimos: escara por presión, escara de decúbito y úlcera de decúbito), es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea, que se produce por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno que pertenece al paciente (prominencia ósea) y otro externo a él. En su desarrollo se conjugan dos mecanismos; la oclusión vascular por la presión externa y el daño endotelial a nivel de la micro- circulación [26, 27].

Las Úlceras por Presión afectan al nivel de salud y la calidad de vida de los pacientes; reducen su independencia para el autocuidado y son causa de baja autoestima, repercutiendo negativamente en sus familias y cuidadores, ya que son el origen de sufrimientos por dolor y reducción de la esperanza de vida, pudiendo llegar incluso a ser causa de muerte. Un meta análisis describe un aumento de incidencia de úlceras entre 1995 y el 2008 del 80% y se proyecta aumento de la población en riesgo para úlceras (obeso, diabetes mellitus, ancianos). Se estima que se gastan 2700 USD y que, previniendo las úlceras, se disminuye entre 12 y 15 semanas el gasto de 40 000 USD en tratamiento [28].

Las personas exigen una atención directa y diaria de profesionales y cuidadores para evitar la aparición de úlceras por presión o conseguir su curación. Estas actuaciones terapéuticas elevan considerablemente las cargas asistenciales y generan un aumento de los costos, tanto directos como indirectos [29]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) las considera como un indicador de calidad asistencial [30].

La gran mayoría de Úlceras por Presión son prevenibles (95%), según el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y heridas crónicas [31], por lo que es importante disponer de estrategias de prevención basadas en las mejores evidencias científicas disponibles.

Las intervenciones preventivas que han tenido impacto sobre la disminución de úlceras por presión son [28]:

a) Cambios posturales (planes individuales, movilización programada frecuente)
b) Uso de superficies de apoyo que alivien la presión (estáticos de baja presión: colchones de agua, aire, fibra, espuma)

c) Hidratación de la piel en la zona sacra.
d) Mejorar el estado nutricional.

El objetivo es disminuir la incidencia de úlceras por presión en pacientes que reciben atención en los diferentes niveles.

Para lo cual se requiere:

a) Identificar riesgos de úlceras por presión mediante la aplicación de las diferentes escalas de valoración.
b) Aplicar medidas de prevención a pacientes en todos los niveles de atención de salud y de atención domiciliaria.

4.8.1 Evaluación del riesgo y medidas preventivas

a) Evaluar el riesgo de desarrollar una úlcera por presión a cada paciente hospitalizado independientemente del servicio clínico o localización al interior del establecimiento de salud.
b) En el caso de personas con discapacidad, en cuidados paliativos a largo plazo y otras con riesgo de desarrollar úlceras por presión, se realizará la respectiva valoración del riesgo durante la atención domiciliaria.
c) Aplicar una escala de riesgo validada por los profesionales de enfermería (Braden, Norton u otra, dependiendo de la evaluación del riesgo) en todos los pacientes hospitalizados principalmente en unidades de cuidados críticos de adultos y pediátricos, en todas las especialidades dentro de las 48 horas de su ingreso, cada vez que cambien las condiciones del paciente o por cambio de servicio y en pacientes que requieran atención domiciliaria.
d) Reevaluar con regularidad mediante la escala de riesgo, a los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión o si las condiciones clínicas no son favorables.
e) Realizar una evaluación del estado nutricional en todos los pacientes con factores de riesgo de desarrollar úlceras por presión.
f) Identificar los pacientes con riesgo mediano o alto y asegurar el uso en ellos de superficies de apoyo, cambios posturales, hidratación de piel y énfasis en recuperar un adecuado estado nutricional.
g) Registrar en la historia clínica y en los registros de enfermería la evaluación del riesgo y la indicación de medidas de prevención.
h) El profesional médico y de enfermería responsables del cuidado del paciente, verificarán en la historia clínica si está documentada la evaluación de riesgo según el protocolo definido por el establecimiento.
i) El profesional médico y de enfermería responsables del cuidado del paciente, verificarán que se estén realizando las medidas preventivas indicadas y si existe constancia de ello en las historia clínica del paciente.

4.8.2 Acciones del establecimiento y equipo de salud

a) Elaborar e implementar un protocolo de profilaxis de úlceras por presión documentado en la mejor evidencia.
b) Evaluar el cumplimiento del protocolo de prevención de úlceras por presión desarrollado por el establecimiento de salud trimestralmente.
c) Reportar en el formulario de “Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente” siendo responsabilidad de todos los miembros del equipo de salud su notificación.

d) El formulario de notificación será remitido a la Unidad de Calidad o instancia que el establecimiento defina según su organización.
e) Realizar las acciones de mejora que correspondan en relación con el cumplimiento del protocolo definido por el establecimiento.

4.8.3 Acciones del equipo de salud con el paciente, familia y/o cuidadores.

a) El profesional médico y de enfermería responsable del cuidado del paciente, educará a la familia o cuidadores del paciente sobre las medidas profilácticas a ejecutarse durante la estancia hospitalaria, al egreso y de requerirse en el domicilio acorde al protocolo definido por el establecimiento de salud.
b) Los equipos de atención integral en salud del primer nivel de atención, serán los responsables de verificar el cumplimiento de las medidas profilácticas definidas al egreso hospitalario y ejecutar las acciones de salud según el plan de atención domiciliaria.
c) El paciente, la familia y/o cuidadores serán corresponsables de la ejecución de las medidas profilácticas definidas por los equipos de salud en general y de comunicar cualquier tipo de alteración en la integridad de la piel.
d) Los equipos de salud registrarán cualquier signo de alarma informado por los familiares y/o cuidadores y realizarán las acciones correspondientes de manera oportuna según el protocolo establecido para la prevención de úlceras por presión.

CAPITULO V

5. Prácticas seguras administrativas / asistencial.

5.1 Notificación de eventos relacionados con la Seguridad del Paciente

El informe del Institute of Medicine (IOM) estableció que la notificación de eventos constituye una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia [(3)]. Los sistemas de notificación, la información asociada a estos sistemas compartidos y la resolución de estos problemas, permiten a los establecimientos de salud por un lado identificar y aprender de las experiencias y por otro, rediseñar sus procesos [(32)].

La notificación de eventos hace referencia a los procesos y la tecnología implicada en la estandarización, formato, comunicación, retroalimentación, análisis, aprendizaje, respuesta y difusión del aprendizaje generado por el registro de eventos. Es la acción que se adopta tras el registro, la respuesta constructiva, y no el registro en sí lo que provoca los cambios y aporta valor [(33)].

La Notificación de eventos (cuasi eventos, eventos adversos y eventos centinela) constituye una parte de la “cultura de seguridad”, entendidos como una oportunidad para aprender y mejorar más que como fallos que deben ser escondidos [(32)].

Se estima que solo se notifican el 5% de todos los eventos adversos que se producen; originando lo que se conoce como Pirámide de Heinrich, es decir que existe una jerarquía en los eventos desde el punto de vista del daño que pueden provocar, llevando a definir el modelo iceberg que establece la razón entre eventos adversos y cuasi eventos [(32, 34)].
En el caso de los eventos adversos comparten en muchas ocasiones el proceso causal con los cuasi eventos, con lo que el conocimiento de las causas puede facilitar la implementación de estrategias para evitar los eventos. Se explica con un ejemplo*:* Si un paciente con fibrilación

auricular tratado con warfarina se levanta por la noche para ir al baño, resbalara y se cayera sin sufrir ningún daño perceptible, el evento relacionado con la seguridad del paciente se consideraría un evento sin daños y el tipo de evento se clasificaría como "Cuasi evento". Si este paciente hubiera sido encontrado en la mañana siguiente en el suelo, incapaz de levantarse, con algún tipo de daño, probablemente se clasificaría el evento relacionado con la seguridad del paciente como "evento adverso" [6]. En conclusión, el incorporar barreras de seguridad que eviten el cuasi evento incidirá consecuentemente en evitar la aparición de un evento adverso e incluso centinela.

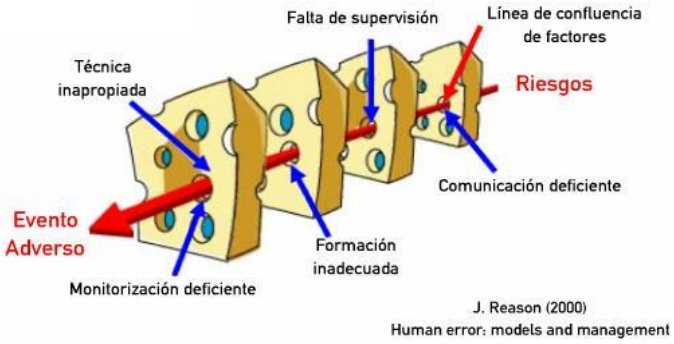
La notificación depende no solo de la conciencia del error sino también de la buena voluntad para documentarlo y sobre todo, del clima de la organización y de la confianza que hayan transmitido los líderes de la organización para entender la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad y no como un mecanismo para la culpabilización o la punición [32].

En sistemas de salud tan complejos, alguno o algunos de los procesos de atención pueden tener una o más consecuencias negativas por causas no siempre atribuibles a la práctica profesional de un individuo en particular, sino más 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, eventos adversos [35]. Por tanto, los errores vienen de los sistemas, no de las personas, y las estadísticas de análisis de eventos adversos comprueban una y otra vez este planteamiento. Esto nos orienta a que cualquier análisis de evento adverso debe identificar las fallas existentes en los procesos.

5.1.1 Causalidad y Ocurrencia del Evento Adverso

La evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido[7]. El psicólogo James Reason propuso en 1990 el modelo del queso suizo. [13] En este modelo, cada sistema tiene distintas barreras (lonjas de queso) que separan los riesgos del evento adverso. Sin embargo, cada barrera tiene fallos, "agujeros" (riesgos), cuya posición varía aleatoriamente, de modo que el evento ocurre cuando se alinean estos agujeros que corresponde a circunstancias concatenadas interactuantes.

Estos "agujeros en el queso" pueden ser de dos tipos: fallas activas, que son los cometidos por personas en contacto directo con el sistema, y las fallas latentes, que son problemas residentes en el sistema (generalmente ocultos), propios de su diseño. A esto se pueden sumar factores contributivos que facilitan que las fallas se produzcan. "Una falla en uno de los procesos puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó" [7].



Fuente: Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000; 320:769 [13]

En este contexto, el Manual para la Seguridad del Paciente en el Sistema Nacional de Salud, permite dar lineamientos generales desde el contexto del aprendizaje y mejora haciendo relevante la identificación, registro, notificación, análisis, detección y reducción de riesgos, acciones de mejora preventivas/correctivas, la recuperación de eventos y la resiliencia del sistema, como ciclos que aparecen en todo momento.

5.1.2 Características de los sistemas de notificación de eventos adversos [32, 36].

No punitivo: las personas que notifican están libres del miedo a represalias o castigo como resultado de la notificación.

Voluntario: las personas que notifican lo hacen por espontánea voluntad y no por obligación o deber, incentivando así a crear una cultura de reporte.

Confidencial: la identificación del paciente, del notificador y de la institución no debe ser revelada a personas ajenas al proceso de gestión de la Seguridad del Paciente, a excepción de los autorizados por la Ley..

Independiente: la notificación de eventos y/o eventos adversos es independiente de cualquier autoridad con poder para castigar a la organización y/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 de manera urgente y las recomendaciones rápidamente difundidas a las personas interesadas y pertinentes, especialmente cuando haya riesgos graves.

Orientación sistémica: las recomendaciones deben centrarse en mejoras hacia el sistema y a la/as persona/as que intervinieron en el proceso que causó el evento adverso.

Capacidad de respuesta: la notificación se realizará para todos los cuasi eventos, eventos adversos y eventos centinelas, independientemente de su tipología y gravedad. La gravedad del evento en su mayoría determinará la dificultad de notificación, siendo en los casos graves en los que la orientación no punitiva, la voluntariedad y el anonimato juegan un papel destacado para que el establecimiento o el profesional a comunicar lo haga con mayor confianza.

Relación de los procesos de atención en salud que pueden causar eventos

Los eventos a ser reportados responden a las siguientes categorías generales de acuerdo a su causa raíz. (Adaptación para uso en Ecuador de la propuesta en la "International Classification for Patient Safety" [6]

- Eventos relacionados con procesos asistenciales clínicos.
- Eventos relacionados con procesos asistenciales quirúrgicos.
- Eventos relacionados con infecciones asociadas a la atención en salud.
- Eventos relacionados con caídas del paciente.
- Eventos relacionados con accidentes del paciente.
- Eventos relacionados con los medicamentos.

- Eventos relacionados con la dieta - alimentación.
- Eventos relacionados con el laboratorio clínico, microbiológico o patológico.
- Eventos relacionados con información de la Historia Clínica.
- Eventos relacionados con los dispositivos médicos.
- Eventos relacionados con Infraestructura/Instalaciones.
- Eventos relacionados con la transfusión de hemoderivados.
- Eventos relacionados a gestión de los recursos o con la gestión organizacional (talento humano, documentación, políticas, carga de trabajo, disponibilidad de guías etc.)

Los cuasi eventos, eventos adversos y eventos centinelas serán detectados en:

- Ejecución de procesos de salud de atención.
- Ejecución de procesos de salud de apoyo diagnóstico y terapéutico.
- Historia clínica.
- Perfil o historia farmacoterapéutico/a.
- Registro de devolución de medicamentos.
- Registro de devolución de dispositivos médicos.
- Actividades donde no se utilice la historia clínica.
- Atenciones administrativas.
- Ejecución de procesos de apoyo (por ejemplo tecnología, talento humano, financiero, entre otros).
- Quejas y sugerencias dadas por los usuarios.
- Auditorías de la calidad de la historia clínica.
- Auditorías programadas de la calidad de la atención en salud.
- Captación por inspección directa durante la auditoría concurrente y de calidad, como herramienta de evaluación continua.

El objetivo es prevenir la ocurrencia y recurrencia de eventos no deseados asociados a la atención en salud.

Para lo cual se requiere:

a) Implementar mecanismos de notificación de información sobre la ocurrencia de cuasi eventos, eventos adversos y eventos centinelas.
b) Fomentar mecanismos de gestión de los eventos notificados (análisis y acciones de mejora preventivas/correctivas) mediante la aplicación de herramientas metodológicas previamente establecidas.

5.1.2.1 Sistema de Notificación del evento

Los eventos a notificar son de tres tipos:

- cuasi eventos
- eventos adversos
- eventos centinela

La notificación de estos eventos, cumplirán dos funciones:

- Disminuir la incidencia de eventos adversos asociados a la atención de salud.
- Complementar la mejora continua de la seguridad del paciente.

Personas que documentan
La identificación de cuasi evento, evento adverso y evento centinela, será realizada por todos los posibles grupos de interés: pacientes/familiares, estudiantes en formación de carreras del campo de salud, profesionales, trabajadores, servidores de la salud entre otros.

Método de notificación

- El evento será comunicado al personal del servicio de turno en forma verbal o escrita (formato papel ó electrónico), quien registrará los datos en el Formulario Notificación de Eventos relacionados con la Seguridad del Paciente (Anexo 3) y notificará a el/la líder del servicio de turno.

- La/el Líder, Coordinador del servicio o su delegado asignado es el responsable de revisar los formularios los mismos que deben ser legibles, precisos y completos, valida la información, realiza la gestión del evento (conforma equipo de mejoramiento de la calidad, aplica metodología, elabora y ejecuta plan de acción), y, notifica al responsable designado por el establecimiento. Finalmente el responsable del establecimiento es responsable de consolidar toda la información del establecimiento y entregar los resultados a las entidades correspondientes.

Importante: ***La notificación y gestión de los eventos relacionados con la seguridad del paciente, se realizará conforme a lo establecido en el Modelo de Gestión de Información de los Formularios del Manual de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud.***

5.1.2.2 Sistema de Gestión del evento

Los eventos suscitados se deben gestionar oportunamente con el Líder, Coordinador de servicio o su delegado.

En un principio, de ser esto posible y necesario, se puede contactar con quien ha realizado la notificación para obtener más información sobre el evento. El análisis lo realizará el personal designado por el establecimiento. El tiempo de respuesta es rápido lo que permitirá realizar numerosas alertas de riesgos para evitar la ocurrencia de un nuevo evento en el servicio ó establecimiento por la misma causa, especialmente en eventos centinela.

Para el efecto se recomienda utilizar alguna de las herramientas metodológicas de análisis causa-raíz como por ejemplo el Protocolo de Londres[9], cuya finalidad es investigar cuáles fueron las causas subyacentes al evento para implantar barreras de seguridad; el AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos) como herramienta para evaluar y prevenir de los posibles fallos y efectos que puedan presentarse en un proceso, entre otras.

El personal del servicio que notificó el evento y el personal que formó parte del proceso donde ocurrió el evento, será capacitado y supervisado hasta que dicho proceso se realice adecuadamente. La responsabilidad de esta actividad será del personal designado para el efecto, quien notificará las actividades realizadas al responsable designado del establecimiento, quien a su vez emitirá esta información a la autoridad que corresponda en el establecimiento de salud. Todo evento gestionado, tendrá como resultado un plan de acción elaborado, ejecutado, verificado y evaluado.

Nota: Las reacciones adversas de medicamentos (RAM) deben ser diferenciadas de los eventos adversos evitables. Una reacción adversa a un medicamento, por ejemplo, en el contexto de la seguridad del paciente, se considera un evento adverso no evitable (no prevenible) siempre que el medicamento o tecnología se aplique en dosis y forma adecuada, para la patología indicada. El análisis de las RAM, entre otros, será realizado con los lineamientos emitidos por la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria "Dr. Leopoldo Izquieta Pérez".

5.1.3 Difusión y aprendizaje del evento

El tipo de información que se transmite es variado, pero puede resumirse en los siguientes puntos:

- Elaboración y difusión de informes trimestrales, semestrales o anuales por el establecimiento notificador. Estos informes pueden desagregarse por tipo de eventos y categorías, en función de los objetivos del sistema de notificación.

- Elaboración de alertas que permiten la difusión al máximo número de trabajadores de aquellas recomendaciones que por su frecuencia o gravedad tienen especial y mayor relevancia.

Los esfuerzos que se hacen en educación del personal tienen que verse reflejados en una disminución real de los eventos adversos o en la no repetición de los ya producidos y analizados. Para esto se hace necesario que la institución defina claramente las normas y los procesos, y haga su despliegue a cada unidad, servicio o área de trabajo, de tal manera que quede claro para todas las personas que los procesos y estándares fueron definidos.

5.1.4 Acciones de mejora generales para el establecimiento, equipo de salud, paciente y familia ante la ocurrencia de un evento adverso.

El plan de acción debe ser conocido por toda la organización para lo cual el establecimiento de salud realizará, entre otras, las siguientes actividades:

- Socialización del evento adverso al personal de salud en todos los servicios, guardando la confidencialidad de datos del paciente y del notificador.
- Diseño e implementación de nuevas prácticas seguras, en caso de requerirse.
- Revisión, socialización de protocolos, procedimientos y/o guías clínicas relacionadas con el evento.
- Campañas de sensibilización al equipo de salud y establecimiento en general.
- Circulares informativas recordando la adherencia y cumplimiento a normas, procedimientos, protocolos y/o guías clínicas.
- Acompañamiento al paciente y su familia hasta la resolución del evento adverso.
- Acompañamiento al establecimiento, profesional y/o equipo de salud involucrado, con mayor énfasis si el evento adverso es centinela.

En caso de eventos adversos repetitivos donde se encuentra involucrado el factor humano por el mismo personal de salud se tomarán las acciones que correspondan en la evaluación de desempeño institucional.

Para aprender de las fallas es necesario trabajar en un ambiente educativo no punitivo pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento.

5.1.5 Comunicación del evento adverso al paciente y su familia

Una vez efectuada la revisión del caso con los profesionales y equipo de salud, se define la necesidad de comunicar el evento adverso al paciente y su familia, para lo cual debemos tener en cuenta las siguientes recomendaciones [37]:

1. Establezca con el paciente y/o su familia una comunicación asertiva y efectiva, esta práctica le ofrece al paciente seguridad y confianza, cumpliendo con el respeto a los derechos de los pacientes.
2. Utilice lenguaje común: recordemos que estamos hablando con pacientes, ellos usualmente no entienden términos médicos.
3. Exprese compasión por el sufrimiento ajeno: decir "siento mucho lo que ustedes están sintiendo" no es lo mismo que decir "fue mi culpa".
4. Siempre de una explicación sobre lo que pasó y por qué pasó. Su silencio puede ser interpretado por el paciente y/o su familia como una falta de compasión con su dolor.
5. Recuerde que decir lo siento no significa que usted esté aceptando culpabilidad.
6. Diferentes estudios han mostrado que para los pacientes es muy importante asegurarse de que el error sucedido con ellos no volverá a pasar, por lo tanto confírmeles que la institución tomará acciones en este sentido.
7. Brinde información sobre las opciones terapéuticas para el tratamiento oportuno y efectivo de las consecuencias del evento adverso sucedido.
8. Acompañamiento al paciente y su familia hasta la resolución del evento adverso.

Importante: por ningún motivo prometa lo que no puede cumplir ni se comprometa con información sobre indemnización o conciliación financiera. Permita que esto sea realizado por las autoridades competentes en el marco de sus atribuciones y responsabilidades.

5.2 Prácticas quirúrgicas seguras

Se estima que cada año se realizan 234 millones de cirugías mayores alrededor del mundo, lo que equivale a una cirugía por cada 25 personas. 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 entre 0.5 y 5%. Aun así, por lo menos 50% de las complicaciones quirúrgicas pueden prevenirse. [38]

En los servicios quirúrgicos se presentan con frecuencia eventos adversos que afectan a los pacientes hospitalizados, estos eventos son prevenibles si se utilizan correctamente las herramientas pertinentes de seguridad del paciente como por ejemplo la Lista de Verificación de Cirugía Segura, sugerida por la Organización Mundial de la Salud., modificada para el Ecuador. [39]

La Lista de Verificación de Cirugía Segura 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. Se ha demostrado que su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales, entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas. [39]

El objetivo es mejorar la seguridad durante los procesos quirúrgicos reduciendo el riesgo de error en los pacientes sometidos a estos procedimientos. Para lo cual se requiere aplicar la lista de verificación de cirugía segura según OMS modificada para el Ecuador.

5.2.1 Acciones de los establecimientos y equipos de salud.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a partir del año 2013, adoptó como normativa para realizar prácticas quirúrgicas seguras el Manual de Normas Internacionales de la OMS [40], considerando además los siguientes aspectos:
Previo al procedimiento quirúrgico se adjuntará y verificará en la Historia Clínica los siguientes formularios:

- Lista de verificación de cirugía segura OMS adaptada (Anexo 4)
- Consentimiento quirúrgico informado.
- Consentimiento de anestesia.
- Consentimiento de transfusión sanguínea.
- Lista de verificación (pre-quirúrgica) para la preparación del paciente quirúrgico.

5.2.2 Momentos de aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

En los establecimientos de salud que realicen intervenciones quirúrgicas, se aplicará Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS), de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. En la misma se reflejarán los tres momentos durante la cirugía relacionados con el proceso de aplicación de la lista que incluye:

a) Entrada (antes de la inducción de la anestesia),
b) Pausa quirúrgica (antes de la incisión cutánea) y,
c) Salida (antes que el paciente salga del quirófano).

a) Entrada: se tendrá en cuenta la verificación de la identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y consentimiento verbal y escrito del paciente, el control formal del instrumental anestésico, medicación y riesgo anestésico, pulsioxímetro, capnógrafo, estado de la vía aérea, riesgo de aspiración y riesgo hemorragias. En este momento es importante confirmar la reserva de hemoderivados con el laboratorio.

b) Pausa Quirúrgica: se identificará el equipo quirúrgico, se tendrá presente la previsión de eventos críticos. El equipo de enfermería y/o instrumentistas quirúrgicos, revisarán la esterilidad, el recuento inicial de material blanco e instrumental quirúrgico. En este momento es imprescindible confirmar la administración de profilaxis antibiótica.

c) Salida: se verificará el recuento final de material blanco e instrumental quirúrgico, el empaquetamiento del paciente, confirmar el procedimiento realizado, clasificación de la herida, toma de muestras (correcto etiquetado y señalar el tipo de examen), problemas relacionados con el instrumental y los equipos. El equipo quirúrgico revisa los aspectos principales de la recuperación del paciente.

Si uno de los ítems dentro de los momentos que establece la lista de verificación de cirugía segura es registrado como positivo, debe ser comunicado inmediatamente al líder del equipo quirúrgico para la toma de decisiones y posterior registro en la historia clínica. Toda decisión debe garantizar la seguridad del paciente

La persona responsable de la aplicación de la lista de verificación será seleccionada del equipo quirúrgico.

La lista de verificación de cirugía segura será firmada por la persona responsable de su aplicación, el cirujano y el anestesiólogo.

> ***Importante:*** ***Todos los establecimientos de salud que realicen cirugías, registrarán esta información según lo establecido en el Modelo de Gestión de Información de los Formularios del Manual de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud.***

5.2.3 Consentimiento Informado

"Es un proceso de comunicación y deliberación, que forma parte de la relación de un profesional de salud y un paciente capaz, por el cual una persona autónoma, de forma voluntaria, acepta, niega o revoca una intervención de salud. En caso de menores de edad o personas incapaces quien otorgue el consentimiento será su representante legal. El consentimiento informado se aplicará en procedimientos diagnósticos, terapéuticos o preventivos luego de que el profesional de la salud explique al paciente en qué consiste el procedimiento, los riesgos, beneficios, alternativas a la intervención, de existir éstas, y las posibles consecuencias derivadas si no se interviene" [(41)].

En el caso de procedimientos de salud de riesgo mayor el consentimiento informado debe ser expresado por escrito, por el paciente o su representante legal, en el formulario establecido debidamente firmado que será parte de la historia clínica, conforme a lo establecido en el "Modelo de Gestión de la Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial".

5.3 Transferencia correcta de la información de los pacientes en puntos de transición

Los puntos de transición son lugares y momentos de entrega del cuidado de un paciente, entre el personal durante los cambios de turno, entre servicios y áreas que intervienen en el cuidado del paciente dentro o fuera del establecimiento, asegurando una adecuada comunicación efectiva en el proceso.

Dentro del establecimiento de salud, un paciente puede ser atendido por diferentes prestadores de servicios en múltiples entornos. Los pacientes suelen moverse entre áreas clínicas (p. ej. Diagnóstico, tratamiento, seguimiento). Igualmente, pueden tener contacto con empleados de los tres turnos de trabajo a lo largo de cada día. La transferencia de información durante estas transiciones es crítica para la seguridad del paciente. De hecho, las interrupciones en la comunicación son la principal causa raíz de eventos adversos y centinela.

La continuidad de la atención de los pacientes es primordial para su seguridad, este proceso se está reconociendo cada vez más, como un aspecto importante en el restablecimiento de su salud, por lo cual la información que se brinda en el periodo de transferencia reviste singular importancia.

La transferencia de la información de los pacientes en los establecimientos de salud se produce cuando:

- Los pacientes necesitan cuidados en otra área del mismo servicio (quirúrgico, post-quirúrgico)
- Los pacientes necesitan cuidados en otro servicio del mismo establecimiento.
- Los pacientes necesitan los cuidados de un nuevo especialista.
- Los pacientes requieren ser trasladados a otra institución.

- Los pacientes son entregados en los turnos.
- Los pacientes son entregados por vehículos sanitarios al servicio de emergencia.
- Los pacientes necesitan cuidados domiciliarios por personal de atención primaria.

La incorporación de técnicas de situación de informes tales como el proceso SBAR (sigla en inglés corresponde a Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendaciones) pueden proporcionar un marco estándar para la comunicación en el momento de transferir a un paciente. [42]

El volver a leer es otra técnica efectiva empleada en los traspasos, en donde el receptor de la misma anota la misma y luego la vuelva a leer al proveedor de la información, para obtener la confirmación que fue entendida correctamente. [43]

La participación del paciente y sus familias son la única constante por tanto en el proceso de atención de salud se está reconociendo cada vez más su intervención para asegurar la continuidad de la atención, en este sentido el alta hospitalaria es una etapa crucial en la que la comunicación provista a los familiares y paciente se torna vital. [43]

El objetivo es garantizar la comunicación efectiva entre los profesionales y personal de salud sobre las condiciones, cuidado y manejo del paciente.

Para lo cual se requiere:

- Prevenir y reducir los errores de información durante el traslado del paciente por indicaciones médicas específicas.
- Comunicar e informar al paciente y sus familiares acerca del cuadro clínico, apoyo diagnóstico y terapéutico que presenta.
- Establecer el proceso de traslado de un establecimiento o servicio receptor en condiciones de seguridad.

5.3.1. Acciones que involucran la participación de los profesionales, trabajadores, personal de salud y administrativo en general.

- El establecimiento de salud deberá contar con un protocolo documentado para transferir información de manera correcta de los pacientes durante los puntos de transición que se hayan definido.
- El equipo de salud utilizará herramientas y mecanismos en los puntos de transición que aseguren una entrega de información oportuna y adecuada.

Para ejecutar un traslado, referencia, contrareferencia y/o derivación se aplicará la Norma Técnica del Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud[43], teniendo además en cuenta lo siguiente:

- Quién la realiza.
- Cuándo se realiza.
- Hacia dónde se realiza.
- Cómo se realiza.

El tipo de información para transferir incluye:

- Situación actual del paciente, alergias, cambios recientes en su condición.
- Tratamiento en curso o posibles cambios, complicaciones que pudieran ocurrir.
- Exámenes que estén pendientes.

- El intercambio de información se debe realizar de forma física, con la información contenida en el expediente clínico y en los reportes de enfermería durante cambios de turno.

Registros de transferencia correcta de la información de los pacientes en puntos de transición

Anotar en el registro correspondiente (formato de cambio de turno) lo siguiente:

- Procedimiento realizado.
- Cambios de situación de salud significativos.
- Estado de salud del paciente que se entrega.
- Medicamentos que le están siendo administrados al paciente.
- Plan diagnóstico y terapéutico formulado.
- Principales riesgos a los que está expuesto.
- Nueva ubicación del paciente, en el caso de haberse efectuado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- Firma de responsabilidad de la persona que recibe y la que entrega al paciente.

5.3.2 Acciones que involucran la participación del paciente y la familia con el equipo de salud.

- Promover que los pacientes y sus familiares pregunten sobre sus problemas de salud, plan de tratamiento y cualquier duda que surja derivado del proceso de atención de salud.
- Responder con respeto y cortesía las preguntas generadas por el paciente y su familia.
- Informar a los pacientes y su familia acerca del traslado a otro servicio ó establecimiento de salud, y como será llevado a cabo.
- Guiar a los pacientes sobre el cumplimiento de su tratamiento farmacológico, exámenes clínicos, dieta, actividad, terapia física, terapia respiratoria entre otros.
- Informar continuamente a los pacientes y su familia sobre la situación actual de salud que presentan.
- Una vez informado el paciente, familiar, acompañante o representante legal, si alguno de ellos solicita el alta voluntaria, el médico es el responsable de informar sobre la condición del paciente y los riesgos a los que se expone al salir del establecimiento de salud, sin cumplir con el tratamiento planificado, además el médico será responsable de registrar en la historia clínica el deseo voluntario del paciente de abandonar el establecimiento, solicitando del paciente, familiar, acompañante o representante legal consigne su firma en la historia clínica.

5.4 Uso de 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 recibe una capacitación permanente y efectiva en las bombas de infusión, cubriendo las necesidades clínicas del cliente, la competencia del personal, continuidad del personal, tecnología de la bomba de infusión y la ubicación de las bombas (por ejemplo, hospital, comunidad, domicilio). Esta formación es particularmente importante brindarla dado que muchos proveedores de servicio a menudo trabajan en más de una organización de servicios de salud, lo que significa que necesitan ser competentes en el uso de los diferentes tipos de bombas de infusión. [45]

El objetivo es desarrollar competencias técnicas en el manejo de las bombas de infusión para reducir los riesgos en la administración de terapia de infusión intravenosa.

Para lo cual se requiere capacitar continuamente al personal sobre el manejo y funcionamiento de las bombas de infusión en el establecimiento de salud.

5.4.1 Acciones que involucran la participación de los profesionales, trabajadores, personal de salud y administrativo en general.

- El establecimiento de salud debe contar con un protocolo para el manejo de bombas de infusión.
- Todo el personal encargado de la administración de medicamentos a pacientes debe ser diestro en el manejo de las bombas de infusión.
- Realizar el respectivo entrenamiento acerca de las bombas de infusión para el personal de nuevo ingreso, antes y durante el desempeño de sus funciones.
- Documentar las capacitaciones realizadas, mediante evaluaciones de conocimientos y destrezas posteriores al entrenamiento y registrar firmas del entrenado/a y entrenador/a.
- Todos los responsables del cuidado de salud del paciente deben reportar inmediata y oportunamente daños del equipo en el caso de su identificación.
- Cuando se usan dos o más bombas de infusión en un mismo paciente, se rotula o se usa el instructivo de las bombas de infusión de los medicamentos que se administra.
- Los equipos serán etiquetados con la fecha de instalación al paciente.
- Cumplir con las recomendaciones técnicas del fabricante de las bombas de infusión.
- Conservar las bombas de infusión en ambientes limpios y seguros.
- Desinfectar las bombas de infusión con alcohol isopropílico al 70% de concentración, luego de su uso.
- Aplicar las medidas de bioseguridad antes, durante y después del uso de estos dispositivos médicos.

5.5 Higiene de manos

La higiene de manos es el término genérico referido a cualquier medida adoptada para la limpieza de las manos -fricción con un preparado de base alcohólica o lavado con agua y jabón, con el objetivo de reducir o inhibir el crecimiento de microorganismos en las manos. Constituye en gran medida el núcleo de las Precauciones Estándar y es indiscutiblemente la medida más eficaz para el control de las infecciones. [46]

Más de 1,4 millones de personas en todo el mundo sufren de infecciones adquiridas en el hospital. El riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria en los países en desarrollo es de 2 a 20 veces mayor que en países desarrollados [47].

La prevención de Infecciones Asociadas a 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. [49]

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

Todo el equipo de salud que se encuentra en contacto directo o indirecto con los pacientes, debe practicar esta medida de prevención de infecciones, para lo cual tendrá en cuenta los 5 momentos según la Organización Mundial de la Salud (Anexo 7) [46]:

Los 5 momentos según la Organización Mundial de la Salud

1. Antes de tocar al paciente.
2. Antes de realizar un procedimiento limpio o aséptico.
3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
4. Después de tocar al paciente.
5. Después del contacto con el entorno del paciente.

El objetivo es reducir la incidencia de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud relacionadas con la higiene de manos.

Para lo cual se requiere educar al personal de salud, familiar, paciente y a todos aquellos relacionados con su cuidado, en las técnicas apropiadas y momentos de la higiene de manos.

5.5.1 Procedimiento para la higiene de manos

La higiene de las manos puede realizarse frotando las manos con un preparado de base alcohólica o lavándolas con agua y jabón. Usando la técnica y el producto adecuado, las manos quedan libres de contaminación potencialmente nociva y segura para la atención al paciente. Existen dos formas para llevar a cabo la higiene de manos [47]:

Fricción de manos con un preparado de base alcohólica (Anexo 8)	**Lavado de manos** **(Anexo 9)**
La forma más efectiva de asegurar una higiene de manos óptima es realizar una fricción de las manos con un preparado de base alcohólica (PBA). Según las Directrices de la OMS, cuando haya disponible un PBA éste debe usarse de manera preferente para la antisepsia rutinaria de las manos. La fricción de manos con un PBA presenta las siguientes ventajas inmediatas: → La eliminación de la mayoría de los gérmenes (incluyendo los virus); → El escaso tiempo que precisa (de 20 a 30 segundos); → La disponibilidad del producto en el punto de atención; → La buena tolerancia de la piel; → El hecho de que no se necesite ninguna infraestructura particular (red de suministro de agua limpia, lavabo, jabón o toalla para las manos).	Hay que lavarse las manos con agua y jabón cuando estén visiblemente sucias o manchadas de sangre u otros fluidos corporales, cuando existe una fuerte sospecha o evidencia de exposición a organismos potencialmente formadores de esporas, o después de usar los servicios higiénicos.

Además se debe tener en cuenta que el jabón y el preparado de base alcohólica no deben utilizarse conjuntamente y que para seguir las recomendaciones sobre la higiene de manos rutinaria, lo ideal es que los profesionales sanitarios la lleven a cabo dónde y cuándo prestan la asistencia, es decir, en el punto de atención y en los momentos señalados. A menudo esto requiere utilizar un PBA. **es el sitio donde confluye el paciente, el profesional y la atención propiamente dicha.*	

La realización de una higiene de manos eficaz, ya sea por fricción o por lavado depende de una serie de factores:

- La calidad del preparado de base alcohólica (su conformidad con los estándares europeos y norteamericanos);
- La cantidad de producto que se usa;
- El tiempo que se dedica a la fricción o al lavado;
- La superficie de la mano que se ha frotado o lavado.

Es importante que se sigan una serie de pasos a la hora de realizar la higiene de las manos para que éstas sean seguras para la prestación de asistencia. En el Anexo 6 se describe el procedimiento.

5.5.2 La higiene de las manos y utilización de guantes para usos médicos [48]

- El uso de guantes no excluye la necesidad de limpiarse las manos.
- La higiene de las manos deberá practicarse siempre que sea apropiado, con independencia de las indicaciones respecto al uso de guantes.
- Quítese los guantes para proceder a la higiene de las manos cuando lleve guantes puestos y se dé la situación apropiada.
- Quítese los guantes después de cada actividad y límpiese las manos: los guantes pueden ser portadores de gérmenes.
- Colóquese guantes sólo en los casos indicados en "Precauciones habituales y en casos de aislamiento de contacto" no hacerlo, podría entrañar un riesgo importante de transmisión de gérmenes.

La pirámide sobre el uso de guantes (Anexo 10) le ayudará a decidir cuándo deberá (o no) colocárselos. Deberán usarse guantes siempre que así lo aconsejen las precauciones habituales y en casos de aislamiento de contacto. El esquema contiene varios ejemplos clínicos en que no está indicado el uso de guantes, y otros en que si está indicado el uso de guantes estériles o de manejo.

5.5.3 Acciones del establecimiento de salud, equipos de salud y personal administrativo

1. Institucionalizar la higiene de manos como política interna del establecimiento de salud sujeta a vigilancia y control por la entidad que corresponda.

2. Dar a conocer la Estrategia Multimodal de la OMS para la Mejora de la Higiene de las Manos que consiste en [49]:

   a) Asegurar la disponibilidad de dispositivos médicos e insumos para higiene de manos en el punto de atención, de preferencia uno por cada dos camas.
   b) Emitir recordatorios promocionales de la higiene de las manos en el lugar de trabajo
   c) Ofrecer acceso a una fuente continua de agua corriente en todos los grifos y a todos los servicios para lavarse las manos.
   d) Elaborar programas educativos regulares respecto a las técnicas más adecuadas para la higiene de manos.
   e) Proveer los recursos necesarios para la disponibilidad de agentes de limpieza, de ser posible debe ubicarse lo más cerca que sea posible del lugar en donde se tiene contacto con el paciente.

5.6 Prevención de caídas

Según informe de la OMS [50] en el 2012, las caídas son la segunda causa accidental o no intencional en el mundo en la atención en salud, y define el término de caída como, "la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad". Se estima que 37,3 millones de caídas suceden cada año, de ellas 424.000 derivan en muerte. Esta situación pone en alerta al sistema de salud por cuanto quienes sufren las caídas requieren atención médica y dependencia a ésta por secuelas asociadas a la discapacidad.

En conclusión, todos los pacientes que se encuentran hospitalizados o que se atienden en un establecimiento de salud, tienen el riesgo de sufrir caídas, las mismas pueden causar eventos adversos o centinela, incrementando los costos y/o los días de estadía hospitalaria. "Mayores de 65 años son quienes tienen mayor riesgo de caída y muerte por esta causa". [50]

El objetivo es reducir los riesgos de caídas y sus efectos negativos en la seguridad del paciente en establecimientos de salud.

Para lo cual se requiere:

a) Clasificar pacientes con riesgo de sufrir caídas según instrumento técnico.
b) Estandarizar medidas para reducir caídas según el riesgo identificado.
c) Programar educación para la salud a pacientes y familiares sobre la prevención de caídas.

Para reducir el riesgo de caída en un establecimiento de salud, se debe primeramente clasificar a todos aquellos pacientes que conforman grupos vulnerables de sufrir caídas, mediante los instrumentos o escalas de valoración.

5.6.1 Evaluación del riesgo en pacientes adultos

La Escala de caída de Morse (Anexo 11)**.** Es una herramienta rápida y simple para evaluar la probabilidad de que un paciente adulto sufra una caída [51].

Los puntajes se asignan de acuerdo a las siguientes definiciones:

1. Antecedentes de caídas recientes
   Se asignan 25 puntos si el paciente se ha caído durante la presente internación o si tiene antecedentes dentro de los últimos tres meses de caídas fisiológicas a consecuencia de situaciones tales como convulsiones o trastornos de la marcha. Si el paciente no se ha caído, se asigna 0 puntos.
2. Comorbilidades
   Se asignan 15 puntos si hay más de un diagnóstico en la historia clínica. Si no, se califica 0.
3. Ayuda para deambular
   Se califica con 0 si el paciente camina sin ningún dispositivo de ayuda (aún siendo ayudado por una enfermera/o), se encuentra en silla de ruedas o está en reposo y no se levanta de la cama para nada. Si el paciente utiliza muletas, bastón o andador se asignan 15 puntos. Si el paciente sólo camina apoyándose en los muebles se asignan 30 puntos.
4. Venoclisis
   Se asignan 20 puntos si el paciente tiene una vía IV, en caso contrario el puntaje es 0.
5. Marcha (equilibrio y/o traslado)
   Se define como marcha normal cuando el paciente camina con la cabeza erguida, los brazos balanceándose libremente a los costados y con pasos seguros. A esta marcha no se le asignan puntos (0).
   Con una marcha débil (puntaje 10) el paciente camina encorvado pero es capaz de levantar la cabeza mientras camina sin perder equilibrio. Los pasos son cortos y puede arrastrar los pies. Con una marcha alterada (puntaje 20) el paciente puede tener dificultades para levantarse de la silla, pudiendo realizar varios intentos apoyando sus brazos en los de la silla o "tomando IMPULSO" ejemplo. (Realizando varios intentos por incorporarse. La cabeza del paciente está baja, mirando al piso. Como tiene muy poco equilibrio, el paciente se agarra de los muebles, de una persona de apoyo o de bastones/andadores y no puede caminar sin esta asistencia).
6. Conciencia - estado mental
   Cuando se utiliza esta escala, el estado mental del paciente es valorado chequeando la propia evaluación que hace el paciente acerca de su capacidad para caminar. Se le pregunta al paciente: "¿Puede ir al baño sólo o necesita ayuda?" Si la respuesta del paciente es consistente con sus reales posibilidades se le asigna 0 punto. Si la respuesta del paciente no es realista, se considera que el mismo sobreestima sus propias capacidades y no es consciente de sus limitaciones, asignándose entonces 15 puntos.
7. Puntuación final y nivel de riesgo
   Se suman los puntajes de los 6 ítems y se documenta en la historia clínica. Se identifica así el nivel de riesgo de caídas y las acciones recomendadas según el riesgo

5.6.2 Evaluación del riesgo en pacientes pediátricos

En pacientes pediátricos se recomienda el uso de la Escala de valoración de riesgo de caída de MACDEMS [52]. (Anexo 12), que comprende aspectos relacionados con:

1. Edad: recién nacido, lactante menor, lactante mayor, pre-escolar y/o escolar.
2. Antecedentes de caída previa.
3. Antecedentes generales como: hiperactividad, problemas neuromusculares, síndrome convulsivo, daño orgánico cerebral, otros, sin antecedentes.
4. Compromiso de conciencia.

Los resultados de la aplicación de esta escala se evalúan según el puntaje obtenido para cada riesgo: a mayor puntaje, mayor será el riesgo de sufrir caídas.

5.6.3 Medidas de Seguridad para prevenir caídas

Relacionadas con el equipo de salud:

- Elaborar e implementar un protocolo para reducir el riesgo de caídas, considerando las necesidades del establecimiento de salud.
- Evaluar el riesgo de caídas en pacientes ingresados (adultos y pediátricos). Registrar el puntaje obtenido en la Historia Clínica.
- Identificar al paciente que presenta riesgo de caídas (por ejemplo: colocación de una señal de riesgo en el brazalete de identificación).
- Detectar riesgos de caída y accidentes e implementar acciones inmediatas para evitar su ocurrencia.
- Responder inmediatamente al llamado del paciente, familiares o personas asociadas con el cuidado de su salud.
- Vigilar y acompañar al paciente según sus necesidades y prioridades
- Informar a los familiares de la conveniencia de comunicar la situación de acompañamiento o no del paciente en períodos de 24 horas. Por turno.
- Asegurar que el paciente tenga accesible en todo momento el timbre de llamada o un teléfono y comprobar su funcionamiento. Por turno.
- Promover el uso de calzado cerrado con suela antideslizante. Por turno.

Relacionadas con el equipo de salud y mobiliario:

- Verificar frecuentemente que la cama y camillas estén en posición baja, con el freno y barandales puestos, por turno.
- Mantener la habitación libre de mobiliario innecesario que pueda producir caídas (cables, maletas). Revisar cada 12 horas.
- Recomendar utilizar armarios, para guardar las pertenencias del paciente en el caso de disponerlos.
- Verificar que la lámpara de cabecera se encuentre en buen funcionamiento y que de disponer una silla se encuentre cerca del paciente.
- Verificar que las camas, camillas y sillas de ruedas presenten los frenos funcionales y cinturones de seguridad durante su uso.
- Asegurar que los dispositivos de ayuda (si precisa) estén al alcance del paciente (bastones, andador, lentes, audífonos etc.). Revisar cada 12 horas.
- Mantener una buena iluminación tanto diurna como nocturna.
- Arreglar y limpiar la unidad de estancia del paciente cumpliendo con las normas definidas por el establecimiento de salud y las que correspondan con la bioseguridad.
- En casos de barreras arquitectónicas identificar las mismas con señalética.
- Facilitar que el baño esté accesible y con barras de apoyo.

Relacionados con el equipo de salud y pacientes pediátricos

- Disponer de una cama y/o cuna en posición lo más baja posible, con los frenos puestos, y barandales laterales levantados.

- Evaluar los espacios de los barandales laterales de la cama o cuna, para evitar que las extremidades del niño u otra parte de su cuerpo queden atrapadas.
- Comunicar a los cuidadores del paciente pediátrico acerca de la vestimenta y calzado adecuados para evitar caídas.
- Educar al paciente pediátrico y cuidadores en relación a las medidas de seguridad durante su estancia y además sobre el uso del timbre o luz de llamada en caso de requerirse alguna necesidad.
- Asegurar que el entorno se encuentre libre de equipos fuera de uso y mobiliario en su lugar.

Relacionadas con el equipo de salud, paciente, familiar y personas encargadas del cuidado de salud

- Facilitar todo el conocimiento de medidas de seguridad del establecimiento de salud.
- Motivar a mantener el orden en el establecimiento de salud.
- Educar en la detección de alteraciones del paciente e informar oportunamente al responsable del turno sobre los hallazgos percibidos.
- Fomentar la comunicación entre el personal de salud con el paciente y su familia para disminuir las preocupaciones y/o expectativas sobre el estado de salud durante su ingreso
- Informar sobre el proceso de movilización y transporte durante la estancia.
- Evitar deambular cuando el piso esté mojado (respetar la señalización).
- Explicar la importancia del uso de barandales al paciente y familiares.
- Educar al paciente y su familia en relación a los cuidados de salud durante su estancia. Por ejemplo: mantener al paciente incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, para evitar caídas por hipotensión ortostática.
- Mantener una comunicación adecuada con el paciente explicándole todo lo referente a cómo evitar caídas.

5.7 Educación en Seguridad del Paciente.

La educación es un paso estratégico para abordar la seguridad en los establecimientos dedicados al cuidado de la salud.

La Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes de la OMS ha definido las “aptitudes, capacitación y habilidades” cómo una de sus diez prioridades de investigación respecto a la seguridad de los pacientes. [53]

Baker and Norton ha identificado tres tipos de inversiones que son necesarias para que las organizaciones de cuidado de la salud mejores la seguridad; una de ellas es incrementar el conocimiento de las “habilidades para analizar eventos y detectar las vulnerabilidades que existen en los sistemas de cuidado de la salud” entre el personal, tanto a niveles gerenciales como entre el equipo de salud de primer mando. [53, 54]

La Guía Curricular de Seguridad del Paciente planteado por la OMS [55] es un programa integral destinado a lograr un aprendizaje en seguridad del paciente con resultados efectivos, mediante el cual se promueve la incorporación de este temáticas en las carreras de la salud.
Australia ha diseñado programas educativos en torno a la seguridad del paciente que resaltan entre otros, el trabajo con seguridad como equipo, comunicación eficaz, identificación prevención y manejo de eventos adversos y cuasi eventos, uso de evidencia e información y conducta ética. [56]

En respuesta al programa integral en seguridad del paciente de la Organización Mundial de la Salud, esta Cartera de Estado recomienda a todas las Instituciones de Educación Superior en Ciencias de la Salud, incorporar las prácticas seguras descritas, en los programas curriculares de las Carreras en Ciencias de la Salud, con el propósito de articular esfuerzos conjuntos desde el pregrado y posgrado para que se fortalezcan las competencias de todos los profesionales de la salud en los establecimientos de salud.

Para esta práctica se establece como objetivo principal, fortalecer las competencias de todos los profesionales, trabajadores, personal de salud y administrativo en general en materia de seguridad del paciente.

Para lo cual se requiere de los establecimientos de salud:

a) Brindar capacitaciones y educación continua en seguridad de los pacientes a la gerencia, dirección, subdirección, personal, proveedores de servicios y todos aquellos relacionados directa o indirectamente con lo cuidados de la salud dentro del establecimiento.

b) Educar al paciente, familia y personas relacionadas con el cuidado de su salud.

5.7.1 Acciones del establecimiento de salud

- Promover líneas de investigación en temas relacionados con la seguridad del paciente.
- Realizar al menos una vez al año una jornada de capacitación y educación en seguridad del paciente dirigido a los profesionales, trabajadores, administrativos y personal de salud en general, incluyendo al paciente y su familia.
- Dirigir la capacitación en función de las necesidades del personal y áreas priorizadas por los líderes del establecimiento de salud.
- El temario de capacitación debe ser consensuado con las áreas identificadas de mayor riesgo en el establecimiento de salud.
- Todo temario de capacitación debe incluir la manera como aplicar los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridas en función de las prácticas seguras establecidas en el presente Manual.
- Enfatizar en las capacitaciones el trabajo en equipo, la comunicación efectiva, notificación de eventos: reconocimiento del evento, registro, análisis, plan de acción y difusión.

Autoridades

Dra. Margarita Guevara, Ministra de Salud Pública.
Dra. Verónica Espinosa, Viceministra de Gobernanza y Vigilancia de la Salud.
Dr. Laureano Restrepo, Viceministro de Atención Integral en Salud.
Dra. Jakeline Calle, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud Pública.
Ing. Juan Carlos Almeida, Subsecretario Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud (E).
Dr. Paúl Proaño, Subsecretario Nacional de Provisión de los Servicios de Salud.
Dr. Carlos Merino. Director Nacional de Calidad de los Servicios de Salud (E).
Dra. Martha Gordón, Directora Nacional de Normatización.

Equipo de trabajo

Dra. Amelia Briones, especialista, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, MSP.
Mgs. Wilma Moreno, Subdirectora de enfermería, Hospital Luz Elena Arismendi. Quito.
Dra. María Piedad Badillo, médica, Quito.
Dr. Andrés Paredes, médico, Quito.
Mgs. Reixer Castillo, especialista, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, MSP.
Mgs. Pilar Álvarez, especialista, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, MSP.
PhD. Raquel Beltrán, médico, Quito.
Inst. Qx. Claudia Hoyos, especialista, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud.
Ab. Nieves Córdova, especialista, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud.
Ing. Jasmín Carranza, especialista, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud.
Mgs. Jenniffer Florencia, directora médica, Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca.

Equipo de Colaboradores

Bqf. Pedro Fernández, Quito.
Dra. Alejandra Cascante, analista, Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública.MSP
Dra. Anabel Burbano, especialista, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud.
Dra. María Fernanda Campaña, médica, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
Dra. Verónica Jerez, especialista, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud.
Dr. Carlos Hernández, especialista, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud
Dr. Mario Chávez, especialista, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud.
Dr. Roberto Carlos Ponce, médico, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
Lic. Luisa Zúñiga, analista, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud.
Ing. Diego Bonilla, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud.
Mgs. Ximena Mosquera, enfermera.

Equipo de revisión y validación

Bqf. Karina Barrionuevo, Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria "Dr. Leopoldo Izquieta Pérez" (ARCSA)
Bqf. Silvia Álvarez, especialista, Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos
Bqf. Patricia Rojas, analista, Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos MSP.
Dra. Mónica Merino, analista, Dirección de Políticas de Medicamentos y Dispositivos Médicos, MSP
Lic. Ximena Pinto, analista, Dirección de Políticas de Medicamentos y Dispositivos Médicos, MSP
Dra. Diana Molina, analista, Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria, MSP.
Dra. Diana Vaca, médica, Hospital Quito N°1 Policía Nacional, Quito.
Dra. Gabriela Valencia, médica, IESS Subdirección de Regulación, Quito.
Dra. Glenda Gutiérrez, analista Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del SNS, MSP.
Dra. Lilian Chamorro, médica, Hospital Quito N°1 Policía Nacional, Quito.
Dra. María Gordillo, médica, Dirección Nacional de Salud, MSP.
Dra. Maritza Román, analista, Dirección Nacional de Discapacidades, MSP
Dra. Meri Orna, especialista, Dirección Nacional de Centros Especializados, MSP.
Dra. Patricia Macías, especialista Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades

Equipo de revisión y validación

Dra. Rosa Proaño, analista de la Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del SNS, MSP.
Dra. Verónica Negrete**,** médica Hospital Carlos Andrade Marín, Quito.
Dra. Ximena Raza, analista, Dirección Nacional de Normatización, MSP.
Dr. Diego Cevallos, médico, Hospital Quito N°1 Policía Nacional, Quito.
Dr. Fernando Erazo, médico, Hospital Quito N°1 Policía Nacional, Quito.
Dr. Gabriel Solórzano, médico, Hospital Santa Inés, Cuenca.
Dr. Giovanni Gaón, médico, Hospital José Carrasco Arteaga IESS, Cuenca.
Dr. Julio Campuzano, médico, Hospital Vozandes, Quito.
Dr. Mario Calderón, médico, Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca.
Dr. Oscar de la Torre, médico, Hospital Vozandes, Quito.
Dr. Rafael Luje, médico, Hospital San Francisco de Quito.
Dr. Rodrigo Aristizabal, médico, Hospital Metropolitano, Quito.
Ing. Danilo Rosillo, analista Dirección Nacional de Gestión de Procesos, MSP.
Ing. Gabriela Pazmiño, Coordinadora Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles, MSP.
Ing. Johana Mozo, analista Gestión Interna de Procesamiento y Análisis de la Información, MSP.
Ing. Rubén Ortega, analista Proyecto Reestructuración Integral e Innovación Tecnológica, MSP.
Ing. Sandra Acosta, Hospital Metropolitano, Quito.
Lic. Ana Fajardo, enfermera, Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca.
Lic. Ana Villa, enfermera, Hospital Metropolitano, Quito.
Lic. Daysi González, enfermera, Hospital Carlos Andrade Marín, Quito.
Lic. Jenny Peñafiel, enfermera, Hospital Vozandes, Quito.
Lic. Jimena Maigua, enfermera, Hospital San Francisco de Quito.
Lic. Margot Urco, enfermera, Hospital Quito N°1 Policía Nacional, Quito.
Lic. Ruví Guzmán, analista, Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención.
Lic. Wilma Alvear, enfermera, Hospital Quito N°1 Policía Nacional, Quito.
Mgs. Lourdes Zambrano, Ingeniera Comercial, Clínica Hospital Alcívar, Guayaquil.
Mgs. Marcela Bolaños, médica analista de Dirección Nacional de Hospitales, MSP.
Mgs. Paula Cisneros, médica, Cuenca.
Dra. María Villacreses, Nutricionista, Quito.

VIII Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (2002). 55 Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA55.18. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría. Ginebra. Recuperado de [Consultado: 01 de abril de 2016] Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/swha5518.pdf

2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública. Acuerdo Ministerial No. 4520, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 118 de 31 de marzo de 2014. [Consultado: 19 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/ESTATUTO-SUSTITUTIVO-MSP-ALCANCE-REFORMA-ABRIL17.pdf

3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human: Building a Safer Health System [en línea]. Washington (DC). National Academies Press (US), 2000. [Consultado: 01 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/

4. Aranaz JM. (Dir), Aibar C. (Colaborador), Vitaller J. (Colaborador), Ruiz P. (Colaborador), Grupo de Expertos (2006). Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS). Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. [Consultado: 01 de abril de 2016] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf.

5. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Madrid: 2010. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. [Consultado: 23 de abril de 2016] Disponible en: http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME_IBEAS.pdf

6. Organización Mundial de la Salud. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe técnico definitivo. OMS; 2009. [Consultado: 23 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.

7. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá D.C., Noviembre de 2008. [Consultado 18 de abril de 2016] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf

8. Luengas S. Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos. Centro de Gestión Hospitalaria. Vía Salud Nº 48. 2009. [Consultado: 23 de abril de 2016] Disponible en: http://www.cgh.org.co/imagenes/calidad1.pdf

9. Taylor-Adams S, Vincent C. Systems analysis of clinical incidents. The London Protocol. [en línea]. London: Clinical Safety Research Unit. Imperial College. Department of Surgical Oncology and Technology; 2004. [Consultado: 1 de abril de 2016]. Disponible en https://www1.imperial.ac.uk/resources/C85B6574-7E28-4BE6-BE61-E94C3F6243CE/londonprotocol_e.pdf

10. Seguro Social de Salud del Perú. ESSALUD Defensoría del Asegurado. [en línea]; 2010 [Consultado: 02 de febrero de 2016]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/defensoria/guia_protocolo_Laboratorio/protocolo_Londres.pdf

11. Dirección de Seguridad del Paciente. Glosario de términos aplicados a Seguridad del Paciente. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. México. [Consultado 18 de enero de 2016] Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_00F.pdf

12. Rutten BPF. Hammel S C, Geschwind N y cols: Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives.[en línea]; 2013. [Consultado: 18 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3746114/

13. Reason J. Human error: models and management**.** BMJ. 2000 [Consultado: 18 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/

14. Asegurar la Correcta Identificación del Paciente en los Procesos Asistenciales. Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud. Paquetes Instruccionales. Ministerio de la Protección Social. Colombia. [Consultado: 18 de febrero de 2016]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/asegurar-identificacion-paciente-procesos-asistenciales.pdf

15. Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud. Soluciones para la Seguridad del Paciente. Mayo de 2007. [Consultado: 23 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/PatientSolutionsSpanish.pdf

16. Organización Mundial de la Salud. Introducción al programa de mantenimiento de equipos médicos. Serie de documentos técnicos de la OMS sobre dispositivos médicos. [en línea] 2012; [Consultado: 23 de abril de 2016] Disponible en: http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21566es/s21566es.pdf

17. Intervenciones de Enfermería para la Seguridad en la Administración de Medicamentos de Alto Riesgo en el Adulto. Guía de Práctica Clínica. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud Editor. México: Secretaría de Salud; 2014. [Consultado: 23 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-712-14-Enfermeria-admonMedicriesgo/712GER.pdf

18. Ministerio de Sanidad y Consumo. Prácticas para Mejorar la Seguridad de los Medicamentos de Alto Riesgo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. España. 2007 [Consultado: 23 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.ismp-espana.org/ficheros/Practicas%20para%20mejorar%20la%20seguridad%20de%20los%20medicamentos%20de%20alto%20riesgo.pdf

19. How-to Guide: Prevent Harm from High-Alert Medications. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012. [Consultado: 23 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventHarmfromHighAlertMedications.aspx

20. WHO. Guideline on the use of safety-engineered syringes for intramuscular, intradermal and subcutaneous injections in health-care settings. (2015). [Consultado: 23 de abril de 2016]. Disponible en: www.who.int>injection-safety_guideline

21. Ayestaran et al. Sociedad Catalana de Farmacia Clínica. Guía para la conciliación de la medicación para los centros sanitarios. 2009. [Consultado: 23 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.sefap.org/media/upload/arxius/formacion/aula_fap_2010/bibliografia/Guia_conciliacion_medica_SCFC.pdf

22. Tam V, Knowles S, Cornish P, Fine N, Marchesano R, Etchells E. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review JAMA. 2005. [Consultado: 23 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1188190/

23. Accreditation Canada International. Prácticas organizacionales requeridas. Administración de antibióticos profilácticos durante una cirugía. 2014. P.[34]

24. Accreditation Canada International. Prácticas organizacionales requeridas. Profilaxis de Tromboembolismo Venoso. 2014. P. [32]

25. Sánchez A. Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa. Instituto de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. 2000.

26. Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Valdivia. 2000. [Consultado: 23 de abril de 2016]. Disponible en: http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v14n1/art09.pdf

27. Hahler B., Jáuregui L. Organización Panamericana de la Salud. Úlceras por Presión. Guía de Diagnóstico y Manejo. 2008. [Consultado: 18 de abril de 2016] Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia30.pdf

28. Ministerio de Salud de los Estados Unidos Mexicanos. Prevención y tratamiento de úlceras por presión en el primer nivel de atención. Guía de referencia Rápida. 2009. [Consultado: 18 de abril de 2016] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/105_GPC_Ulcpresion1NA/ULCERADECUBITO_1ER_NIVEL_RR_CENETEC.pdf

29. Sullivan N, Schoelles KM. Preventing in-facility pressure ulcers asa a patient safety strategy: A systematic review. Annals of Internal Medicine (2013) 158:5 PART 2: 410-6. [Consultado: 23 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23460098

30. Soldevilla Agreda J, Torra i Bou JE, Posnett J, et al. The burden of pressure ulcers in Spain. WOUNDS. 2007; 19 (7): 201-206. Used with permission from WOUNDS: A Compendium of Clinical Research and Practice.

31. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo. Forjemos el futuro. Ginebra. 2003. [Consultado: 23 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1

32. García-Fernández, FP; Soldevilla-Ágreda, JJ; Pancorbo-Hidalgo, PL; Verdú Soriano, J; López-Casanova, P; Rodríguez-Palma, M. Prevención de las úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº I. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2014. [Consultado: 23 de abril de 2016]. Disponible en: http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/Prevencion-de-las-ulceras-por-presion-segunda-edicion.pdf

33. Bañeres J, Orrego C, Suñol R, López L y Cavero E. Sistemas de registro y notificación de incidentes y efectos adversos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona. 2014. [Consultado: 23 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf

34. Sistema de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos. Servicio de Salud del Principado de Asturias. España. 2005.

35. Heinrich HW. Industrial accident prevention: a scientific approach. New York and London: McGraw-Hill; 1941.

36. Mojica J. Manual de Buenas Prácticas para la Atención y Seguridad del Paciente. Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia. 2014.

37. Bañeres J, Orrego C, Suñol R y Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. Fundación Avedis Donabedian. Barcelona. Rev Calidad Asistencial. 2005; 20(4):216-22.

38. Manual del Sistema de Reporte y Gestión de Eventos Relacionados con la Atención en Salud. Hospital San Rafael de Tunja. 2015.

39. Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente: la cirugía segura salva vidas [en línea]; 2008. [Consultado: 23 de abril de 2016] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70084/1/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf

40. Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación (1ª edición); 2008. [Consultado: 23 de abril de 2016] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70083/1/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf

41. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía", Manual de Aplicación de la Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 2009" y "Cirugía Segura Salva Vidas". Acuerdo Ministerial No. 00004499. Registro Oficial Suplemento 150 de 24 de diciembre de 2013.

42. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en Práctica Asistencial. Acuerdo Ministerial No. 5316. Registro Oficial Edición Especial 510 de 22 de febrero de 2016.

43. Institute for Healthcare Improvement, "SBAR Technique for Communication: A Situational Briefing Model," Institute for Healthcare Improvement [en línea]; 2006 [Consultado: 23 de abril de 2016] http://www.ihi.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.htm.

44. Organización Mundial de la Salud. Comunicación durante el traspaso de pacientes. Soluciones para la seguridad del paciente. Volumen 1. Mayo 2007.

45. Ministerio de Salud Pública. Norma del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud. Acuerdo Ministerial No. 4431. Registro Oficial Suplemento No. 151 de 26 de diciembre de 2013.

46. Accreditation Canada International. Prácticas organizacionales requeridas. Entrenamiento en Bombas de Infusión. 2014. P. [20].

47. Organización Mundial de la Salud. Manual técnico de referencia para la higiene de las manos [en línea]. 2009. [Consultado: 23 de abril de 2016] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102537/1/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf

48. Organización Mundial de la Salud. Higiene de manos: ¿por qué, cómo, cuándo? Seguridad del paciente [en línea]; 2012. [Consultado: 23 de abril de 2016] Disponible en: paciente http://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_BrochureSpanish-2012.pdf

49. The Joint Comission. Improved Hand Hygiene to Prevent Health Care-Associated Infections. Patient Safety Solutions. Volume 1. May 2007

50. Global Patient Safety Research Priorities. WHO Patient Safety. Updated: 2008. [consultado: 23 de abril de 2016]; Disponible en: http:// www.who.int/patientsafety/research/activities/priority_setting/en/index.html

51. Organización Mundial de la Salud. Caídas. Nota descriptiva N.° 344, Octubre de 2012. [Consultado: 26 de abril de 2016] Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es

52. Morse JM. Preventing Patient Falls. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1997.

53. Maureira M, Soto S, Matus E, et al. Protocolo prevención de caídas. Chile: Hospital Base de Linares 2010 [Consultado 10 abril 2016]. Disponible en: http://bit.ly/1gwtC1H

54. Accreditation Canada International. Prácticas organizacionales requeridas. Capacitación en seguridad de los pacientes. 2014. P. [22].

55. Baker GR, Norton PG. Next steps for patient safety in Canadian healthcare. Healthc Pap 2004; 5 (3): 75-80.

56. Organización Mundial de la Salud. The multi-professional patient safety curriculum guide. 2012

57. The Australian Council for Safety and Quality in Health Care The National Patient Safety Framework. Canberra, Australia: Commonwealth of Australia; 2005.

58. Deverick J. Anderson, Kelly Podgorny, Sandra I. Berríos-Torres, Dale W. Bratzler, E. Patchen Dellinger, Linda Greene, Ann-Christine Nyquist, Lisa Saiman, Deborah S. Yokoe, Lisa L. Maragakis and Keith S. Kaye. Strategies to Prevent Surgical Site Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update. Infection Control & Hospital Epidemiology, 2015, 35, p. [605-627] doi: 10.1086/591064.

59. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Hospital Vicente Corral Moscoso. Norma Técnica de Seguridad del Paciente. Cuenca 2015.

60. Dpto. de Calidad y Seguridad de la Atención en Salud. Propuesta de Indicadores Globales Críticos para la Seguridad de la Atención en Salud*, Chile 2010 [Consultado 12 abril 2016]. Disponible en:* www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-8928_recurso_2.pdf

IX Anexos

Anexo 1. Registro de pacientes sin brazalete de identificación.

Ministerio de Salud Pública

REGISTRO DE PACIENTES SIN BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN

Versión:	1
Código:	DNCSS-MSP-001
Fecha:	01/08/2016

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

a. Institución del Sistema:
MSP ◯ IESS ◯ FFAA ◯ Policía Nacional ◯ Red Privada ◯ Municipal ◯ Fiscomisional ◯

b. Provincia: c. Zona: d. Distrito: e. Unicódigo:

f. Establecimiento de salud: g. Tipología:

h. Responsable:

i. Servicio: j. Total de pacientes ingresados en el mes: k. Mes / Año:

2. REGISTRO DIARIO

N.	a. FECHA (dd/mm/aaaa)	b. Nombres y apellidos del paciente	c. Nº de Historia Clínica única	d. Pacientes sin brazalete de identificación (Colocar 1)
			e. TOTAL	

SNS-MSP-DNCSS-Form-058-2016

Tomado de: *Modelo de Gestión de Información de los Formularios del Manual de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud. MSP 2016.*

Anexo 2. Abreviaturas aceptadas.

Ministerio de Salud Pública

LISTADO DE ABREVIATURAS ACEPTADAS

Versión:	1
Código:	DNCSS-MSP-004
Fecha:	01/08/2016

ABREVIATURAS ESTANDARIZADAS	SIGNIFICADO
PRN	Por Razones Necesarias
STAT	Del Latín Statum, Inmediatamente
QD	Cada Día
BID	Dos Veces al Día
TID	Tres Veces al Día
QUID	Cuatro Veces al Día
HS	Hora Sueño
h	Horas
Min	Minutos
T°	Temperatura
Max	Máximo
Aprox	Aproximadamente
ATC	Clasificación Anatómica Terapéutica Y Química
Conc	Concentración
DL%=	Dosis Letal 50
DCI	Denominación Común Internacional
BPA	Buenas Prácticas de Almacenamiento
D-E	Día Estancia
Dx	Diagnóstico
IF	Intervenciones Farmacéuticas
MTE	Margen Terapéutico Estrecho
PF	Perfil Farmacoterapéutico
PRM	Problemas Relacionados Con Medicamentos
RAM	Reacciones Adversas a Medicamentos
RNM	Resultados Negativos Asociados a Los Medicamentos
SDMDU	Sistema de Dispensación / Distribución de Medicamentos por Dosis Unitaria
SI	Sistema Internacional de Unidades
SNG	Sonda Naso Gástrica
ST	Sistema Tradicional de Distribución
UFD	Unidades Farmacéuticas Dispensadas
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud

Modificado de: *Norma para la aplicación del Sistema de Dispensación/Distribución de Medicamentos por Dosis Unitaria en los Hospitales del Sistema Nacional de Salud. MSP 2012.*

Anexo 2. Abreviaturas aceptadas. Reverso

Ministerio de Salud Pública

LISTADO DE ABREVIATURAS ACEPTADAS

Versión:	1
Código:	DNCSS-MSP-004
Fecha:	01/08/2016

ABREVIATURAS ESTANDARIZADAS	SIGNIFICADO
kg	Kilogramo
g	Gramo
mg	Miligramo
mcg	Microgramo
l	Litro
ml	Mililitro
dl	Decilitro
meq	Miliequivalentes
meq/l	Miliequivalentes de Soluto por Litro de Solución
mmol/L	Milimol de Soluto por Litro de Solución
%	Tanto Por Ciento
Gotas	Gotas
Unidades	Unidades Internacionales
MOsmol	Miliosmol
ABREVIATURAS ESTANDARIZADAS	**SIGNIFICADO**
IV	Intravenoso
VO	Vía Oral
IM	Intramuscular
VR	Vía Rectal
SC	Subcutánea
SL	Sublingual
VT	Vía Tópica
VVag	Vía Vaginal
VOft	Vía Oftálmica
OT	Vía Ótica
NE	Nutrición Enteral
NPH	Nutrición Parenteral Hipercalórica
NPT	Nutrición Parenteral Total

Modificado de: *Norma para la aplicación del Sistema de Dispensación/Distribución de Medicamentos por Dosis Unitaria en los Hospitales del Sistema Nacional de Salud. MSP 2012*

Anexo 3. Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente

Ministerio de Salud Pública

REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Versión:	1
Código:	DNCSS-MSP-002
Fecha:	01/08/2016

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

a. Institución del Sistema:

MSP ◯ IESS ◯ FFAA ◯ Policía Nacional ◯ Municipal ◯ Red Privada ◯ Fiscomisional ◯

b. Provincia: c. Zona: d. Distrito: e. Unicódigo:

f. Establecimiento de salud: g. Tipología:

h. Servicio / Área donde se produce el evento: i. Fecha: dd / mm / aa j. Hora:

2. DATOS DEL PACIENTE

a. Nombres y apellidos del paciente:

b. Edad: c. Sexo: H ◯ M ◯ d. Nº de Historia Clinica única:

e. Diagnóstico / Motivo de atención: f.CIE 10:

3. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR

a. Médica/o ◯ b. Enfermera/o ◯ c. Obstetra ◯ d. Familiares/acompañante/cuidador ◯

e. Trabajador/a Social ◯ f. Odontóloga/o ◯ g. Psicólogo/a ◯ h. Estudiante ◯ i. Otro ◯

j. Fecha del reporte: dd / mm / aa

4. TIPO DE EVENTO

a.Cuasi evento ◯ b.Evento adverso ◯ c.Evento centinela ◯

5. NATURALEZA DEL EVENTO

a. Medicación ◯ b. Infección asociada a la atención de salud ◯

c. Caídas ◯ d. Úlceras por presión ◯

e. Trombosis Venosa Profunda ◯ f. Dispositivos médicos /equipos biomédicos ◯

g. Procedimiento clínico ◯ h. Procedimiento quirúrgico ◯

i. Otro:

6. DESCRIPCIÓN DEL CUASI EVENTO / EVENTO ADVERSO / EVENTO CENTINELA

Cuando ocurrió: Al ingreso ◯ Durante la estancia ◯ Al alta ◯ Ambulatorio ◯

Donde ocurrió: En el servicio ◯ En el traslado ◯ Otro:

Fue informado el paciente y/o familia: Si ◯ No ◯

Realice una descripción detallada de cómo se produjo el evento:

7. DESENLACE DEL CUASI EVENTO / EVENTO ADVERSO / EVENTO CENTINELA

a. Ninguna (sin lesión) ◯ b. Síntomas leves/pérdida funcional o daño mínimo ◯

c. Requirió hospitalización o prolongó la hospitalización ◯ d. Daño de una función o estructura corporal temporal ◯

e. Daño de una función o estructura corporal permanente ◯ f. Requirió intervención quirúrgica o médica mayor ◯

g. Muerte: ◯ h. Otro ◯

SNS-MSP-DNCSS-Form-059-2016

Tomado de: *Modelo de Gestión de Información de los Formularios del Manual de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud. MSP 2016.*

Anexo 3. Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente. Reverso

Ministerio de Salud Pública

REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Versión:	1
Código:	DNCSS-MSP-002
Fecha:	01/08/2016

8. GESTIÓN REALIZADA (a cargo del equipo de mejoramiento de la calidad)

Análisis del Evento: **Fecha: dd / mm / aa**

a. ACCIONES INSEGURAS	b. FACTORES CONTRIBUTIVOS

c. Acciones correctivas/preventivas iniciales: Si ◯ No ◯

PLAN DE ACCIÓN. Acciones para abordar los Factores Contributivos

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	FECHA DE INICIO DE LA ACTIVIDAD	FECHA FINAL DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE/S

9. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA GESTIÓN

a. Nombres y apellidos:	**b. N° de cédula:**
c. Cargo:	**d. Servicio:**

e. FIRMA

Cuasi evento: Error de comisión o por omisión que podría haber causado daño al paciente, pero que no produjo un daño gracias a la casualidad, a la prevención o a la atenuación.
Evento adverso: Lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial y no por la patología de base.
Evento centinela: Todo evento que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente.
Este documento es de uso exclusivo para el establecimiento de salud.

SNS-MSP-DNCSS-Form-059-2016

Tomado de: Modelo de Gestión de Información de los Formularios del Manual de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud. MSP 2016.

Anexo 4. Lista de verificación de cirugía segura OMS (modificada)

Ministerio de Salud Pública

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

Versión:	1
Código:	DNCSS-MSP-003
Fecha:	01/08/2016

a. Establecimiento de salud :_____ b. Unicódigo :_____ c. Fecha:_____
d. Nombre del paciente :_____ e. Edad : _____
f. Nº de Historia Clínica única:_____ g. Nº Quirófano :_____
h. Procedimiento :_____

ENTRADA
(Antes de la inducción de la anestesia)

El paciente ha confirmado:

	SI	NO
Su identidad	☐	☐
Sitio quirúrgico	☐	☐
El procedimiento	☐	☐
Su consentimiento verbal y escrito	☐	☐

Demarcación del sitio quirúrgico

SI ☐ NO ☐ NO PROCEDE ☐

Se ha completado el control formal del instrumental anestésico, medicación y riesgo anestésico

	SI	NO
Equipo de intubación	☐	☐
Equipo de aspiración de la vía aérea	☐	☐
Sistema de ventilación		
Oxigeno	☐	☐
Fármacos inhalados	☐	☐
Medicación	☐	☐

Pulsoxímetro colocado en el paciente y funcionando

SI ☐ NO ☐

Capnógrafo colocado y funcionando

SI ☐ NO ☐ NO PROCEDE ☐

Tiene el paciente alergias conocidas

SI ☐ NO ☐ Cuáles _____

Vía aérea difícil/riesgo de aspiración

☐ SI, y hay instrumental y equipos disponibles

☐ NO

Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)

☐ SI, y se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados.

☐ NO

Se ha confirmado la reserva de hemoderivados con el laboratorio

☐ SI
☐ NO
☐ NO APLICA

PAUSA QUIRÚRGICA
(Antes de la incisión cutánea)

Confirmación que todos los miembros del equipo se han presentado por su nombre y función

SI ☐ NO ☐

Responsable de la lista de chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico:

	SI	NO
Identidad del paciente	☐	☐
Sitio quirúrgico	☐	☐
Procedimiento (lateralidad)	☐	☐

Previsión de eventos críticos

El cirujano expresa:	SI	NO
Duración del procedimiento	☐	☐
Pérdida prevista de sangre	☐	☐

El anestesiólogo expresa algún problema especifico	SI	NO
	☐	☐

Equipo de enfermería y/o instrumentación quirúrgica revisa:

	SI	NO
Esterilidad (con resultado de Indicadores e integradores químicos internos y externos)	☐	☐
Recuento INICIAL de material blanco e Instrumental quirúrgico	☐	☐
Dudas o problemas relacionados con el instrumental y equipos	☐	☐

Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos

SI ☐ NO ☐ NO PROCEDE ☐

Dispone de imágenes diagnosticas esenciales Para el procedimiento quirúrgico

SI ☐ NO ☐ NO PROCEDE ☐

SALIDA
(Antes de que el paciente salga del quirófano)

El responsable de la lista de chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico:

El recuento FINAL de material blanco e instrumental quirúrgico (previo al cierre) este completo:

SI ☐ NO ☐

Hubo necesidad de empaquetar al paciente

SI ☐ NO ☐

Registre el número de compresas _____

Nombre del procedimiento realizado

_____
_____

Clasificación de la herida

Limpia ☐ Contaminada ☐
Limpia-contaminada ☐ Sucia ☐

Toma de muestras

SI ☐ NO ☐

Etiquetado de las muestras (nombres y apellidos completos del paciente, historia clínica, fecha)

SI ☐ NO ☐

Identifique el tipo de muestra a enviar

Citoquímico ☐ N°_____
Nombre:
_____

Cultivos ☐ N°_____
Nombre:
_____

Anatomopatológico ☐ N°_____
Nombre:

Otros:
_____
_____
_____

Si hay problemas que resolver, relacionados con el instrumental y los equipos

SI ☐ NO ☐

Cuáles:
_____
_____
_____

El cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería revisan los principales aspectos de la recuperación del paciente.

SI ☐ NO ☐

Firma y sello	Firma y sello	Firma y sello
Nombre completo de la persona responsable de la lista de verificación	Nombre del cirujano	Nombre completo del anesteslólogo

SNS-MSP-DNCSS-Form-060-2016

Tomado de: *Modelo de Gestión de Información de los Formularios del Manual de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud. MSP 2016.*

Anexo 4. Lista de verificación de cirugía segura OMS (modificada). Reverso

Ministerio de Salud Pública

RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

Versión:	1
Código:	DNCSS-MSP-003
Fecha:	01/08/2016

Sabía Usted que para prevenir infecciones de sitio quirurgico DEBEMOS!

Profilaxis antibiótica

Administrar profilaxis antibiótica 60 minutos antes del procedimiento quirúrgico, ajustada en base al peso del paciente y de acuerdo a protocolos establecidos a nivel local y respaldados por la evidencia científica disponible.

Remoción del vello

No remover el vello del área de incisión quirúrgica, a no ser que éste interfiera con el procedimiento quirúrgico.

En caso de ser necesario:

NO lo realice en el interior del quirófano.

NO utilice afeitadoras SINO máquinas de cortar electricas o un agente depilatorio de ser el caso.

Evitar que el paciente se rasure en el domicilio.

Temperatura

Registrar los valores de temperatura del paciente cada 15 a 30 minutos durante la cirugía. Mantener la temperatura central mayor a 36°C durante la cirugía.

Oxigenación

Optimizar la oxigenación del tejido mediante la administración suplementaria oxígeno durante e inmediatamente después de los procedimientos quirúrgicos que impliquen anestesia general .

Glicemia

Registrar la glicemia del paciente a una hora fija el 1ro, 2do, y 3er día posoperatorio y mantener la glicemia menos de 200 mg/dL.

Antisepsia de la piel

SI NO HAY CONTRAINDICACIÓN Utilizar agentes para la antisepsia de la piel que contengan alcohol.

SNS-MSP-DNCSS-Form-060-2016

Tomado de: *Modelo de Gestión de Información de los Formularios del Manual de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud. MSP 2016.*

Anexo 5. Lista de Medicamentos LASA

Ministerio de Salud Pública

LISTA DE MEDICAMENTOS LASA

Versión:	1
Código:	DNCSS-MSP-005
Fecha:	01/08/2016

Esta lista contiene pares de nombres de medicamentos con similitud ortográfica o fonética asociados a errores de medicación.

NO se registran nombre comercial en la lista en virtud que la normativa ecuatoriana exige la prescripción en su Denominación Común Internacional.

Ácido Fólico	→	**Ácido foLÍNIco**
AzaTIOprina	→	**AzITROMICina**
Alopurinol	→	**Haloperidol**
ATROPina	→	**ADRENalina**
Bucometasana	→	**Dexametasona**
BUpivacaína	→	**MEpivacaína**
BUpivacaína	→	**ROpivacaína**
CarBAMazepina	→	**OXcarbazepina**
CARBOplatino	→	**CISplatino**
CefAZOLina	→	**CefOTAXima**
CefAZOLina	→	**CefTAZIdima**
CefOTAXima	→	**CefTAZIdima**
CefOTAXima	→	**CefTRIAXona**
CeftRIAXona	→	**CeftAZIdima**
CicloFOSFAMIDA	→	**CiclosPORINA**
Ciprofloxacino	→	**Moxifloxacino**
CloTIApina	→	**CloZApina**
CloTRIMAZOL	→	**ClotriMOXAZOL**
DACTINomicina	→	**DAPTOmicina**
DASAtinib	→	**LAPAtinib**
DiazEPAM	→	**DiltiAZEM**
DigoXINA	→	**DoxazoSINA**
DOBUTamina	→	**DOPamina**
DOCEtaxel	→	**PACLitaxel**
DoxazoSINA	→	**DexametaSONA**
DoxazoSINA	→	**DigoXINA**

Tomado de: *Hospitales acreditados MSP 2015.*

Anexo 5. Lista de Medicamentos LASA. Reverso

Ministerio de Salud Pública

RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

LISTA DE MEDICAMENTOS LASA

Versión:	1
Código:	DNCSS-MSP-005
Fecha:	01/08/2016

Esta lista contiene pares de nombres de medicamentos con similitud ortográfica o fonética asociados a errores de medicación.

NO se registran nombre comercial en la lista en virtud que la normativa ecuatoriana exige la prescripción en su Denominación Común Internacional.

DULoxetina	→	**PARoxetina**
EFEDrina	→	**EPINEFrina**
EFEDrina	→	**FENILEFrina**
EPINEFrina	→	**FENILEFrina**
FLUoxetina	→	**PARoxetina**
FLUoxetina	→	**DULoxetina**
FurOSEMIDA	→	**FurANTOÍNA**
HidrALAzina	→	**HidrOCLOROTIAZIDA**
HidrocLOROTIAZIDA	→	**HidrocORTISONA**
HidroCLOROTIAZIDA	→	**HidroXICLOROQUINA**
Ketoprofeno	→	**Ketoconazol**
LevoFLOXACINO	→	**LevoTIROXINA**
LEVOfloxacino	→	**NORfloxacino**
LevomePROMAzina	→	**LevoTIROxina**
LoRAtadina	→	**LoVAStatina**
MetAMIzol	→	**MetroNIDAzol**
MetAMIizol	→	**MetIMAzol**
Metotrexate	→	**Mitoxantrona**
MetRONIDazol	→	**MetIMazol**
MOXIfloxacino	→	**NORfloxacino**
PaNTOPRAZol	→	**PaRACETAMol**
PiridoXina	→	**PiridoSTIGMina**
QUETIapina	→	**CLOZapina**
Prednisona	→	**PrednisoLOna**
VaLACIclovir	→	**VaLGAnciclovir**
VinBLAStina	→	**VinCRIStina**

Tomado de: *Hospitales acreditados MSP 2015.*

Anexo 6. Medicamentos de alto riesgo

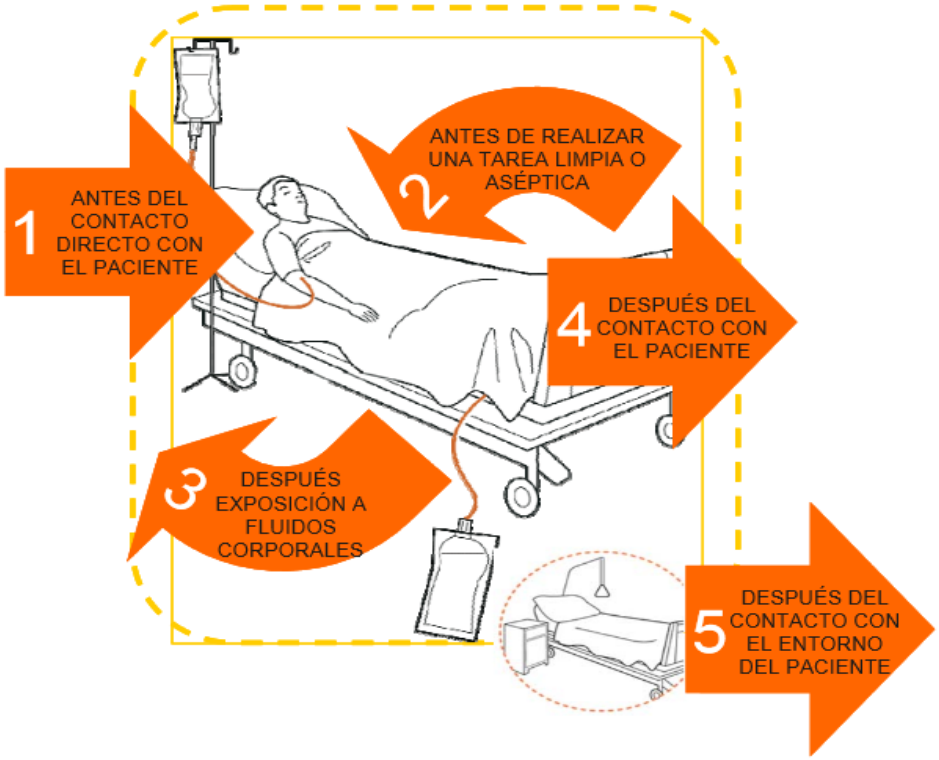
Ministerio de Salud Pública / Red Pública Integral de Salud	**LISTA DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO**	**Versión:** 1 **Código:** DNCSS-MSP-006 **Fecha:** 01/08/2016

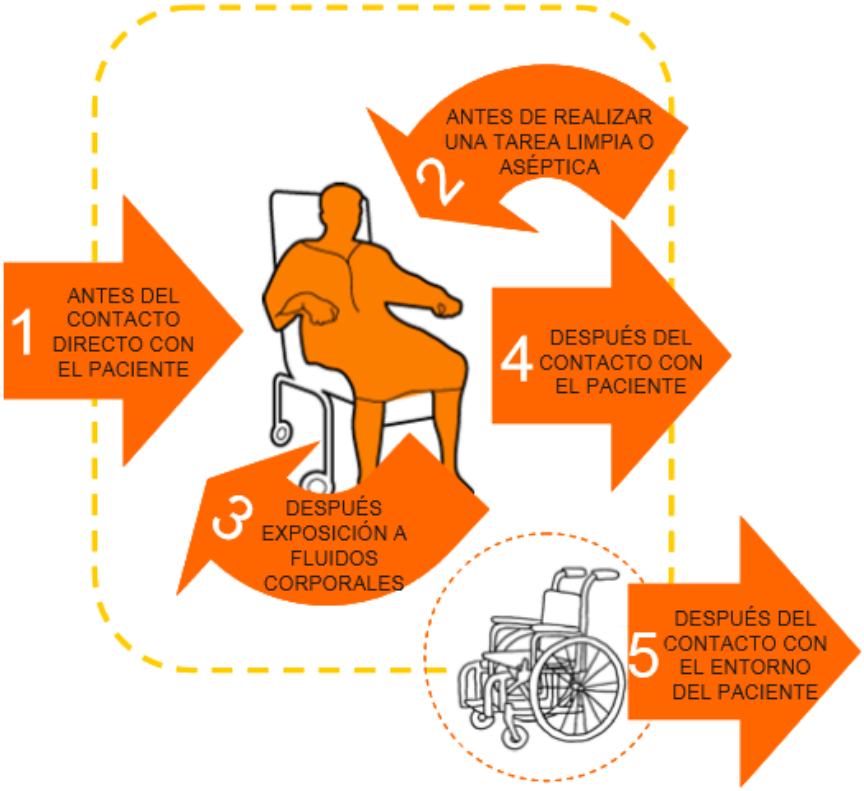
El presente listado se acogerá a la lista oficial de medicamentos de alto riesgo emitido por la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria "Dr. Leopoldo Izquieta Pérez ".

SUBGRUPOS TERAPÉUTICOS	
AGENTES RELAJANTES MUSCULARES DE ACCIÓN PERIFÉRICA	**AGENTES DE CONTRASTE INTRAVENOSO**
Bromuro de rocuronio	Amidotrizoato de meglumino Sales de Yodo
AGENTES ANTIADRENÉRGICOS DE ACCIÓN CENTRAL	**ADITIVOS PARA SOLUCIONES INTRAVENOSAS**
Nitroprusiato de sodio	Bicarbonato de sodio
AGENTES ALQUILANTES	**ANTIMETABOLITOS**
Ciclofosfamida	Metotrexate
AGENTES ANTITROMBÓTICOS	**ANTIARRÍTMICOS CLASE I Y II**
Warfarina Enoxaparina Heparina Sódica	Amiodarona Lidocaína
ANSIOLÍTICOS	**ANALGÉSICOS OPIOIDES**
Diazepam	Morfina Buprenorfina
AGENTE ALQUILANTES	**HIPNÓTICOS Y SEDANTES**
Ciclofosfamida	Midazolam Dexmedetomidina
ANESTÉSICOS GENERALES	**ESTIMULANTES CARDÍACOS EXCLUIDO LOS GLUCÓSIDOS CARDÍACOS**
Propofol Tiopental Sevofluorano Fentanilo Remifentanilo	Adrenalina Dopamina Dobutamina Noradrenalina o norepinefrina
INSULINA Y ANÁLOGOS	**ANESTÉSICOS LOCALES**
Insulina	Bupivacaina pesada Bupivacaina simple Lidocaína con o sin epinefrina
HORMONAS DEL LÓBULO POSTERIOR DE LA HIPÓFISIS	
Vasopresina	
GLUCÓSIDOS CARDÍACOS	**SOLUCIONES INTRAVENOSAS**
Digoxina	Electrolitos concentrados
SANGRE Y PRODUCTOS RELACIONADOS	**DROGAS HIPOGLUCEMIANTES, EXCLUYE INSULINAS**
Dextrosa y todas las soluciones intravenosas	Metformina
TODO EL RESTO DE LOS PRODUCTOS NO TERAPEÚTICOS	**OTROS NUTRIENTES**
Agua estéril para irrigación	Nutriciones 2 en 1 (dextrosa, aminoácidos, electrolitos y vitaminas) Nutriciones 3 en 1 (dextrosa, lípidos, aminoácidos, electrolitos y vitaminas)
MEDICAMENTOS PEDIÁTRICOS Y PARA NEONATOS	
Todas las formas y presentaciones farmaceúticas	

Tomado de: *Hospitales acreditados MSP 2015.*

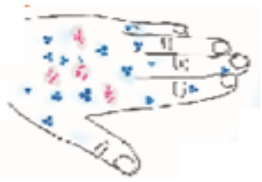
Anexo 7. Momentos de la higiene de manos





Tomado de: *Organización Mundial de la Salud, 2009.*

Anexo. 7 Momentos de la higiene de manos. Reverso

Los 5 momentos	Recomendaciones de consenso
ANTES DE TOCAR AL PACIENTE 1	a). Antes y después de tocar al paciente.
ANTES DE REALIZAR UNATAREA LIMPIA/ 2	b). Antes de manipular un dispositivo invasivo para la asistencia al paciente, con independencia de que empleen guantes o no. d). Si hay desplazamiento de un punto del cuerpo contaminado a otro punto del cuerpo durante la asistencia al mismo paciente.
DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LIQUIDOS CORPORALES 3	c). Después del contacto con excreciones o fluidos corporales, membrana mucosa, piel no intacta o vendaje de heridas. d). Si hay desplazamiento de un punto del cuerpo contaminado a otro punto del cuerpo durante la asistencia al mismo paciente. f). Después de quitarse los guantes estériles o no estériles.
 DESPUES DE TOCAR 4	a). Antes y después de tocar al paciente. b). Después de quitarse los guantes estériles o no estériles.
DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO 5	e). Después del contacto con los objetos y las superficies inanimadas (incluyendo el equipo médico) en las inmediaciones del paciente. f). Después de quitarse los guantes estériles o no estériles.

Tomado de: *Organización Mundial de la Salud, 2009.*

Anexo 8. Fricción de manos con un preparado de base alcohólica

Tomado de: *Hospitales acreditados MSP 2015.*

Anexo 9. Lavado de manos

***Tomado de**: Organización Mundial de la Salud (2012)*

Anexo 10. Pirámide sobre el uso de guantes

Tomado de: *Organización Mundial de la Salud. 2012.*

Anexo 11. Escala de riesgo de caída de Morse

Ministerio de Salud Pública — Red Pública Integral de Salud

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDA DE MORSE

Versión:	1
Código:	DNCSS-MSP-008
Fecha:	01/08/2016

DE 13 AÑOS A 18 AÑOS Y ADULTOS

VARIABLES		PUNTAJE
1. CAÍDA PREVIA	No	0
	Si	25
2. COMORBILIDADES	No	0
	Si	15
3. AYUDA PARA DEAMBULAR	Ninguna / Reposo en cama / Asistencia	0
	Bastón / Muleta / Caminador	15
	Se apoya en los muebles	30
4. VENOCLISIS	No	0
	Si	20
5. MARCHA	Normal / Reposo en cama / Silla de ruedas	0
	Débil	10
	Limitada	20
6. ESTADO MENTAL	Reconoce sus limitaciones	0
	Sobreestima u olvida sus limitaciones	15

7. PUNTUACION FINAL Y NIVEL DEL RIESGO → ☐

Riesgo	Puntaje	Acción	
↓ Bajo	0 a 25	Cuidados bajo enfermería	○
↔ Medio	25 a 50	Implementación del plan de prevención	○
↑ Alto	mayor a 50	Implementación de medidas especiales	○

Marque con una X el círculo que corresponda a la puntuación final y nivel de riesgo

Tomado de: *Hospitales acreditados MSP.2015.*

Anexo 12. Escala de riesgo de caída de MACDEMS

Ministerio de Salud Pública / Red Pública Integral de Salud	**ESCALA DE RIESGO DE CAÍDA MACDEMS**	**Versión:** 1 **Código:** DNCSS-MSP-007 **Fecha:** 01/08/2016

DE 0 A 12 AÑOS

VARIABLES		PUNTAJE
1. EDAD	Recién Nacido	2
	Lactante Menor	2
	Lactante Mayor	3
	Pre - escolar	3
	Escolar	1
2. ANTECEDENTE DE CAÍDA PREVIA	No	0
	Si	1
3. ANTECEDENTES	Hiperactividad	1
	Problemas neuromusculares	1
	Síndrome convulsivo	1
	Daño orgánico cerebral	1
	Otros	1
	Sin antecedentes	0
4. COMPROMISO DE CONCIENCIA	No	0
	Si	1

7. PUNTUACION FINAL Y NIVEL DEL RIESGO →

Riesgo	Puntaje	Acción
Bajo	0 a 1	Cuidados bajo enfermería
Medio	2 a 3	Implementación del plan de prevención
Alto	4 a 6	Implementación de medidas especiales

Marque con una X el círculo que corresponda a la puntuación final y nivel de riesgo

Tomado de: *Hospitales acreditados MSP.2015.*

	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Aprobado	Dra. Verónica Espinosa	Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Viceministra	
	Dr. Laureano Restrepo	Viceministerio de Atención Integral en Salud	Viceministro	
Revisión Técnica	Dr. Carlos Merino	Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud	Director encargado	
	Dra. Martha Gordón	Dirección Nacional de Normatización	Directora	
Elaborado	Dra. Amelia Briones	Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud	Especialista	