

ACCIONES PARA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN SANITARIA

Septiembre 2019

Secretaría de
Gobierno de Salud



Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

AUTORIDADES

Presidencia de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Dra. Carolina Stanley

Secretaría de Gobierno de Salud

Prof. Dr. Adolfo Luis Rubinstein

Unidad de Coordinación General

Dra. Analía López

Secretaría de Regulación y Gestión

Dra. Josefa Rodríguez Rodríguez

Subsecretaría de Calidad, Regulación y Fiscalización

Dr. Javier O'Donnell

Dirección Nacional Calidad de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria

Dra. Mariela Barani

Coordinación de Mejoramiento de la Calidad y Seguridad del Paciente

Dra. Sofía Videla Dorna

AUTORES

Coordinación general

Dra. Mariela Barani

Directora Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria.

Dra. Sofía Videla Dorna

Coordinadora de Mejoramiento de la Calidad y Seguridad del Paciente.

Equipo de redacción (por orden alfabético)

Dra. Arpí Lucrecia

Médica especialista en pediatría, coordinadora del CIM 63, miembro del comité de Seguridad de Atención al paciente, Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan Pedro Garrahan". Miembro de la Subcomisión de Calidad de Atención y Seguridad del Paciente de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Dra. Dackiewicz Nora

Médica especialista en pediatría y medicina legal. Magister en Economía y Gestión de la Salud. Directora asociada de Atención Pediátrica y coordinadora del Comité de Seguridad del Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan Pedro Garrahan". Miembro de la Subcomisión de Calidad de Atención y Seguridad del Paciente de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Dra. Fajreldines Ana

Farmacéutica, Doctora en Ciencias Biomédicas. Jefe Dpto. de Calidad y Seguridad del paciente. Hospital Alemán

Dr. García Elorrio Ezequiel

Médico especialista en clínica médica. Doctor en medicina. Director Calidad, Seguridad del Paciente y Gestión Clínica. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria IECS.

Dra. Koch Florencia

Médica especialista en clínica médica. Magister en Efectividad Clínica. Coordinadora del Comité de Calidad y Seguridad de Pacientes del Hospital Padilla de Tucumán.

Dr. Lemos Pablo

Médico Cirujano. Especialista en Medicina Interna. Miembro del Departamento de Calidad y Seguridad del Hospital Privado Universitario de Córdoba.

Dra. Matejic Patricia

Médica especialista en Infectología. Jefe de departamento de internación Hospital Italiano. Consultora internacional Joint Commission Internacional. Certificada como Yellow Belt en mejora de procesos.

Dr. Michelangelo Hernán

Médico especialista en clínica médica, Magíster en Gestión de Calidad de Servicios de Salud, Jefe de Departamento de Calidad del Hospital Italiano, Subjefe de Servicio de Clínica Médica.

Dr. Otero Ricardo Armando

Médico, Licenciatura de Médico Cirujano. Especialista en Economía y Gestión de la Salud. Máster en Dirección y Gestión de Servicios de Salud. Responsable de Calidad, Hospital de Alta Complejidad El Cruce "Dr. Néstor Carlos Kirchner" S.A.M.I.C. Director Técnico del ITAES.

Dr. Palacios Ariel

Licenciado en Enfermería. Jefe del Departamento de Calidad del Instituto Alexander Fleming. Director de la Diplomatura en Seguridad del Paciente de la Universidad Austral. Consultor en Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente.

Dr. Panattieri Néstor

Médico especialista en Pediatría. Jefe de Área Internación General y Hospital de Día Pediátricos. Hospital Universitario Austral. Presidente de la Subcomisión de Calidad de Atención y Seguridad del Paciente de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Dr. Pellizzari Marcelo

Médico. Magister en Gestión de calidad en los Servicios de Salud, Director Departamento de Calidad y Seguridad del paciente y Director de Informática Médica, Hospital Universitario Austral.

Dra. Rodríguez Viviana

Médica especialista en infectología. Jefa del Servicio de Infectología y Coordinadora del Comité de Seguridad del Hospital Alemán. Coordinadora del departamento de Calidad, Seguridad y Gestión Clínica del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.

Dr. Vitolo Fabián

Médico especialista en neurocirugía. Director de la Diplomatura en Seguridad del Paciente y Atención centrada en la persona Universidad Isalud. Consultor en Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente.

Revisión Externa (por orden alfabético)

Dr. Arce Hugo

Director del Departamento de Salud Pública del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Fundación Barceló.

Dra. Confalone Mónica

Médica especialista en pediatría. Coordinadora de Gestión de Calidad y Seguridad en la atención del paciente oncológico. Instituto Nacional del Cáncer.

Dr. Durlach Ricardo

Médico especialista en infectología. Magister en Administración de Servicios de Salud. Doctor en Medicina. Presidente de Fundación ITAES.

Dr. Gallesio Antonio

Médico especialista en clínica médica y en terapia intensiva. Jefe Honorario del Servicio de Terapia Intensiva de Adultos. Hospital Italiano de Buenos Aires

Dra. Rousseau Marcela

Farmacéutica-Bioquímica. Especialista en Farmacia Hospitalaria. Magister en Farmacoepidemiología. Coordinadora Sector Medicamentos, Unidad ETS y Programa de Farmacovigilancia del Hospital de Pediatría "Juan P. Garrahan". Secretaria CD Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital.

Equipo colaborador (por orden alfabético)

Lic. Interlandi Carolina

Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria.

Dra. Teijeiro María Eugenia

Médica, especialista en gestión sanitaria, evaluación de tecnología, calidad y seguridad del paciente. Fleni, IECS.

INDICE

INTRODUCCIÓN	6
ASPECTOS GENERALES	9
LÍNEAS DE ACCIÓN PARA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN SANITARIA	10
1. CULTURA DE SEGURIDAD	11
2. PRÁCTICAS PARA EL USO SEGURO DE MEDICAMENTOS	14
3. PRÁCTICAS SEGURAS PARA PREVENIR Y CONTROLAR LAS INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD	20
4. PRÁCTICAS SEGURAS EN CIRUGÍA.....	26
5. PRÁCTICAS SEGURAS EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES. CUIDADOS ADECUADOS A CADA PACIENTE.....	29
6. PRÁCTICAS PARA LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LOS PACIENTES.....	32
7. PRÁCTICAS PARA LA COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE PROFESIONALES	36
8. PRÁCTICAS PARA EL ABORDAJE DE EVENTOS ADVERSOS.....	39
9. EL ROL DEL PACIENTE EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	42
GLOSARIO	45
REFERENCIAS.....	46

INTRODUCCIÓN

La mejora de la calidad asistencial ha sido desde hace muchos años inherente a los principios de la Secretaría de Gobierno de Salud. En 1997 se crea el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM), por Resolución Secretarial N° 432, refrendada luego por el Decreto N° 1424 también del año 1997. [En 2017, el Decreto de Poder Ejecutivo Nacional N° 178](#) ratifica la vigencia del PNGCAM, en la búsqueda de promover el desarrollo de procesos para asegurar la calidad de los servicios de salud para toda la población y garantizar la equidad en la atención médica, en el marco de la estrategia de la COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD (CUS). [La resolución 856-E/2017](#) actualiza los ejes conceptuales del programa y desde esa perspectiva se articulan las diferentes acciones que se realizan, que tienen por objetivo el diseño de instrumentos, la capacitación, sensibilización, investigación y gestión de mejoras de los riesgos sanitarios en los establecimientos de todo el país.

En este marco, la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria tiene como responsabilidad primaria gestionar con las distintas jurisdicciones la actualización, armonización y articulación de los diferentes marcos regulatorios del sector salud, y de los registros federales de recursos humanos de la salud, y de establecimientos de salud. A su vez, tiene a su cargo la Coordinación de Mejoramiento de la Calidad y Seguridad del Paciente, que dentro de sus acciones tiene como objetivo instrumentar acciones vinculadas a la seguridad de los pacientes y a los comités de calidad en los establecimientos asistenciales, que contribuyan a lograr un modelo de atención eficiente, accesible y seguro, centrado en la persona; y asistir técnicamente a las jurisdicciones provinciales para la capacitación y desarrollo de procesos de calidad en los servicios de salud de las mismas.

La Seguridad del paciente se define como la disciplina que busca la prevención y reducción de daños prevenibles asociados a la atención médica. Las acciones para seguridad del paciente son el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que tiene por objeto minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de la salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención de la salud para diseñar e implementar barreras de seguridad y desarrollar estrategias para reducir el daño innecesario asociado a la asistencia sanitaria.

Si bien la medicina tiene como uno de sus preceptos más sagrados: *“Primero no dañar”*, ha convivido desde siempre con el error y el daño a los pacientes. En el informe fundacional *“Errar es Humano”*¹, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos estimó en 1999 que entre 44.000 y 98.000 personas morían por año como resultado de errores médicos en ese país. Las estimaciones más recientes sitúan esta cifra cerca de las 200.000 muertes por año². En 2017, el informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) estimó que, en países de altos ingresos, uno de cada diez pacientes hospitalizados sufre daños, siendo el 50% de ellos evitables. El mismo

informe estima que el daño a los pacientes representa hoy la decimocuarta causa de carga de enfermedad y mortalidad en el mundo, recayendo mayormente en países de bajos y medianos ingresos³. Independientemente de la forma de medición o de la estimación que se utilice, hay consenso en que la tasa de error y daño en la atención sanitaria es asombrosa y que resulta imperativo realizar cambios radicales en todo el sistema.

Entre el 2007 y 2009 se llevó a cabo el estudio IBEAS sobre prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica. Este proyecto fue resultado de la colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, la Organización Mundial de la salud y los Ministerios de Salud y otras instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú, siendo el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para medir eventos adversos en los hospitales. La prevalencia global de pacientes con algún EA (Evento Adverso) fue de un 10,5%. En el informe de resultados de Argentina, la prevalencia de pacientes con al menos un EA fue de 12,1%.⁴

El principal argumento para mejorar la seguridad de los pacientes es moral y ético. El daño innecesario genera una enorme carga sobre las personas, sus familias, seres queridos y la comunidad. La maximización de la seguridad es por lo tanto una responsabilidad fundamental de los sistemas de salud. Además de este imperativo moral, existe una justificación económica para trabajar por la seguridad de los pacientes, ya que el daño innecesario que se les inflige impacta sobre los recursos de los sistemas de salud y, en un sentido más amplio, de la sociedad. La seguridad del paciente es un tema de salud pública que debe ocupar un lugar central en la agenda sanitaria.

Considerando el impacto descrito anteriormente, todos los trabajadores de la salud, comenzando por sus líderes, deben priorizar la mejora de la seguridad de los pacientes. Los sistemas sanitarios de gran parte del mundo vienen tomando algunas medidas para conseguirlo. Sin embargo, estas mejoras incrementales a pequeña escala no son suficientes. Nuestro trabajo inmediato requiere un mayor foco en la seguridad, no sólo como una iniciativa de mejora más, sino como un valor central que esté totalmente incorporado en nuestras organizaciones.

El avance en seguridad del paciente requiere pasar de las actuales intervenciones graduales y fragmentadas hacia un abordaje sistémico y total de la seguridad. Un enfoque de este tipo también implica pensar en la seguridad de la atención más allá de los hospitales, garantizándola en la continuidad de la atención en el ámbito ambulatorio: en los centros de salud del primer nivel de atención, centros de diagnóstico y tratamiento, establecimientos de estancia prolongada para adultos mayores, centros de rehabilitación, internación domiciliaria, entre otros. En este ámbito es donde ocurren la mayor cantidad de incidentes de seguridad, dado el volumen de procesos de atención a pacientes que concentra, y principalmente se encuentran relacionados con errores diagnósticos y de medicación. En el ámbito hospitalario, los incidentes de seguridad suelen ser de mayor impacto y resonancia, y se relacionan fundamentalmente con las infecciones, los errores de medicación y la seguridad quirúrgica. En pos de la seguridad

del paciente, resulta fundamental también, la creación de alianzas con los pacientes y sus familias, para asegurar que sus voces sean escuchadas.

La Organización Mundial de la Salud, en su última asamblea mundial en mayo de 2019, insta a los estados miembros a reconocer la seguridad del paciente como una prioridad de las políticas sanitarias, reconociendo que es una necesidad primordial para el fortalecimiento de la cobertura universal de salud⁵. Por otro lado, insta al desarrollo e implementación de políticas públicas, desarrollo de estrategias, guías y herramientas para la mejora de la seguridad de atención a los pacientes en todo el sistema de salud.

Es por todo esto que, la Secretaría de Gobierno de salud, a través de la Dirección de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria, en consonancia con las recomendaciones internacionales y dada la imperiosa necesidad de mejorar la seguridad de los pacientes para una mejora en la calidad de atención de la salud, ha decidido desarrollar este documento que sienta las bases sobre las acciones prioritarias para la seguridad de los pacientes en el ámbito del cuidado de la salud y brinda recomendaciones que serán difundidas entre los diferentes efectores de nuestro país.

La información contenida en este documento proviene de consensos internacionales y del compromiso de líderes y expertos locales que trabajan desde hace años para transformar la cultura de sus organizaciones y mejorar la seguridad de todo el sistema. Las acciones que se describen están pensadas para que quienes tienen responsabilidades de gestión las adapten a sus necesidades y las de su gente, dondequiera que se encuentren en su camino hacia una atención más segura y de calidad.

ASPECTOS GENERALES

Misión

Establecer objetivos y recomendaciones orientadas a minimizar los riesgos y daños asociados a la atención de la salud.

Visión

Este documento pretende ser un elemento de referencia para la mejora de la seguridad del paciente en el sistema de salud a través del desarrollo de nueve líneas de acción, teniendo en cuenta la evidencia disponible, las recomendaciones internacionales y la factibilidad de su implementación.

Objetivo general

Mejorar la seguridad del paciente en todos los niveles y ámbitos del sistema de salud.

Alcance del documento

Todas las personas que reciban atención sanitaria en el sistema de salud, líderes políticos, directivos de instituciones sanitarias, profesionales y personal de la salud, organizaciones y proveedores de asistencia sanitaria y todas aquellas entidades académicas y agentes involucrados en la atención de pacientes en Argentina.

LINEAS DE ACCIÓN PARA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN SANITARIA

- 1. CULTURA DE SEGURIDAD**
- 2. PRÁCTICAS PARA EL USO SEGURO DE MEDICAMENTOS**
- 3. PRÁCTICAS SEGURAS PARA PREVENIR Y CONTROLAR LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ASISTENCIA SANITARIA**
- 4. PRÁCTICAS SEGURAS EN CIRUGÍA**
- 5. PRÁCTICAS SEGURAS EN LOS CUIDADOS DE LOS PACIENTES. CUIDADOS ADECUADOS A CADA PACIENTE**
- 6. PRÁCTICAS PARA LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LOS PACIENTES**
- 7. PRÁCTICAS PARA LA COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE PROFESIONALES**
- 8. PRÁCTICAS PARA EL ABORDAJE DE EVENTOS ADVERSOS**
- 9. EL ROL DEL PACIENTE EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

1. CULTURA DE SEGURIDAD

Introducción

El término “cultura de seguridad” comenzó a utilizarse masivamente luego del desastre nuclear de Chernobyl en 1988. Desde entonces, el concepto ha sido adoptado por numerosas industrias para mejorar su seguridad, sobre todo por aquellas de alto riesgo que requieren de una extrema confiabilidad, como la aviación y la energía atómica. En estas industrias, la seguridad es la prioridad número uno, aún a expensas de la producción o la eficiencia. El sector salud comenzó a poner foco sobre este tipo de cultura a partir del hito que marcó la publicación del informe “Error es Humano” del Institute of Medicine en 1999¹. Desde esa fecha hasta la actualidad se ha venido trabajando a nivel mundial en fomentar la seguridad del paciente. Sin embargo, representa un desafío importante llevar adelante acciones para el fortalecimiento de la cultura de seguridad de los pacientes en el sistema de salud de Argentina.

Si bien existe una considerable variación en el uso de términos y definiciones de este concepto, una de las definiciones de cultura de seguridad más aceptada por el sector salud es la siguiente⁶:

“El producto de valores, actitudes, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el compromiso con la adecuada ejecución de los programas de seguridad de la organización.”

A pesar de no haber un acuerdo absoluto acerca de lo que constituye una cultura de seguridad efectiva, existen ciertos componentes que resultan claves para su desarrollo^{7,8,9}:

- ✓ El reconocimiento de que existen daños a los pacientes generados por el cuidado de la salud.
- ✓ El convencimiento de que dichos eventos y daños pueden evitarse mejorando el sistema de atención y sus procesos.
- ✓ La construcción de un ambiente no punitivo en donde los individuos se sientan libres para reportar errores, accidentes o problemas de seguridad sin temor a represalias.
- ✓ El fortalecimiento del trabajo en equipo mediante la colaboración entre distintos rangos y disciplinas en la búsqueda de soluciones a problemas de seguridad del paciente.
- ✓ La promoción de mayor participación de los pacientes y sus familias.
- ✓ La valoración de la seguridad de los pacientes como la principal prioridad.
- ✓ El compromiso de los líderes con la seguridad. Asignación de recursos con tiempo protegido para dichas tareas.
- ✓ Valoración del aprendizaje organizacional, focalizando las mejoras en el sistema, más que en aprendizajes individuales.

James Reason, autor de la “Teoría del Queso Suizo” en la causalidad de accidentes, afirma que los errores o accidentes son multicausales, y suceden cuando “se alinean las rupturas de las barreras que existen en un sistema en forma consecutiva, como un queso suizo”. Asume la falibilidad del humano y la inevitabilidad de los errores¹⁰:

1. *Una cultura de la información:* la organización recolecta y analiza datos relevantes, y difunde la información de seguridad de manera activa.
2. *Una cultura del reporte:* se cultiva una atmósfera en donde las personas se sienten libres para notificar problemas de seguridad sin temor a represalias y sabiendo que se actuará y mejorará sobre lo reportado.
3. *Una cultura del aprendizaje:* la organización es capaz de aprender de sus errores y realizar cambios.
4. *Una cultura justa:* en la cual los errores y actos inseguros no son castigados si el error no es intencional.
5. *Una cultura flexible:* la organización y las personas que la componen son capaces de adaptarse efectivamente a la necesidad de cambio.

Objetivo general:

Mejorar la cultura de seguridad.

Objetivos específicos:

1. Informar y capacitar a las personas involucradas en la atención sanitaria en la seguridad del paciente.
2. Fomentar el liderazgo en seguridad.
3. Impulsar que los centros sanitarios dispongan de un plan de seguridad, propio o institucional que sea conocido por todas las personas involucradas en la atención sanitaria.

Recomendaciones:

- Desarrollar e implementar periódicamente la evaluación del clima de seguridad en las instituciones sanitarias, y la difusión de sus resultados como ayuda a la implementación de prácticas seguras.
- Capacitar e involucrar a los directivos en seguridad de atención al paciente, y establecerla como valor central de las instituciones sanitarias.
- Fomentar el liderazgo en seguridad y el compromiso de los líderes con el cumplimiento de los objetivos del plan de seguridad del paciente.
- Fomentar la capacitación en seguridad del paciente de todas las personas involucradas en la atención sanitaria, acorde a las necesidades de cada función.
- Establecer en los centros sanitarios planes de acción en seguridad del paciente con objetivos anuales, evaluación y plan de difusión de resultados, que incluya a todas las personas involucradas en la atención sanitaria.
- Identificar y difundir de forma periódica las recomendaciones de buenas prácticas, información y experiencias en seguridad de atención de pacientes.

- Establecer acuerdos entre las autoridades de las instituciones sanitarias y los responsables del área jurídica con el fin de promover un abordaje no punitivo del error no intencional.

Para avanzar hacia una cultura de seguridad resulta necesario conocer desde qué cultura se parte y comprender el impacto de dicha cultura sobre la seguridad de los pacientes. La construcción de una cultura de seguridad suele llevar tiempo, y resulta importante saber en qué etapa se encuentra la institución o el servicio que se evalúa. Los métodos disponibles para evaluar la cultura de seguridad incluyen, entre otros, grupos focales, entrevistas estructuradas al personal y encuestas anónimas realizadas con formularios. Estas encuestas generalmente evalúan más “clima” que “cultura” de seguridad. La evaluación de esta última requiere de una observación mucho más detallada y longitudinal. Sin embargo, los términos suelen utilizarse indistintamente.

Las encuestas empleadas para evaluación utilizan en su mayoría cuestionarios cuantitativos basados en una combinación de preguntas sobre los distintos componentes que definen la cultura: expectativas y sus acciones para promover prácticas seguras, trabajo en equipo, aprendizaje organizacional, devolución constructiva (*feedback*) y comunicación luego de los errores, carga de trabajo, respuesta no punitiva, pases de pacientes, número de eventos reportados etc. En los cuestionarios se solicita a los trabajadores que den su opinión ante distintas afirmaciones que se les presentan, dentro de una escala predefinida a las que se les asigna un puntaje. Existen muchos modelos de cuestionarios, y si bien algunos reguladores y acreditadores de otros países han adoptado y promovido el uso de estas herramientas, otros investigadores advierten acerca de la falta de evidencias sólidas acerca del valor psicométrico de muchas de ellas¹¹. Para elegir el mejor modelo de encuesta, se recomienda considerar aquellas que, con las limitaciones descritas, se encuentran validadas. Una de ellas es la encuesta de cultura desarrollada por la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud de los EE.UU, que es también la más utilizada en nuestro país, a partir de una adaptación realizada en 2005 por el Centro de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina¹².

2. PRÁCTICAS PARA EL USO SEGURO DE MEDICAMENTOS

Introducción

Los postulados principales de los estándares internacionales de la seguridad del paciente en la gestión y uso de medicamentos se basan en las siguientes premisas:

- ✓ Debe disponerse de un adecuado proceso de selección de medicamentos.
- ✓ Los medicamentos deben estar claramente identificados: debe leerse el nombre genérico y comercial, lote, vencimiento y laboratorio.
- ✓ La prescripción y administración de medicamentos se debe realizar bajo normas y procedimientos estandarizados.
- ✓ Los medicamentos se deben almacenar, dispensar, preparar y administrar en un entorno seguro y limpio.
- ✓ Se debe identificar a los pacientes antes de administrar la medicación.
- ✓ Se deben controlar los efectos de la medicación en el paciente.

En distintos estudios se ha podido evidenciar que los efectos adversos por errores de medicación representan entre un 11 y un 56% del total de los efectos adversos detectados¹³. Estudios sobre morbilidad asociada a errores de medicación muestran que en países como Estados Unidos se producen 7000 muertes al año por estos eventos tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorios¹⁴. Los acontecimientos adversos causados por medicamentos (AAM), que incluyen errores y efectos adversos, resultan en daños importantes a la salud y en un importante incremento en los ingresos hospitalarios motivados por eventos adversos. Un trabajo efectuado en España por Otero y col¹⁵ estudió la incidencia de los AAM durante seis meses en pacientes hospitalizados de un hospital universitario, identificando aquellos eventos potencialmente prevenibles. Debe destacarse que se detectaron AAM en 191 (7,2%) pacientes de los 2.643 ingresados. Estos eventos prevenibles representaron casi el 80% de los ingresos por causa directa atribuida a la medicación.

Los estudios sobre AAM se dirigen fundamentalmente al análisis de estos acontecimientos, a conocer sus causas y a distinguir los tipos de errores que se desarrollan a lo largo de la cadena terapéutica. Estos estudios pretenden contribuir a la implementación de medidas que puedan prevenir los fallos del sistema.

Cabe mencionar que en 2017 la OMS lanza el tercer reto por la seguridad del paciente¹⁶: “Medicación sin daños” y está focalizado en el fortalecimiento de los sistemas destinados a reducir los errores de medicación y el daño evitable asociado. Tiene como objetivo en los próximos cinco años reducir a la mitad la carga mundial de efectos nocivos y evitables causados por los medicamentos.

Objetivo general:

Promover el uso seguro de medicamentos

Objetivos específicos:

- 1- Describir estrategias que permitan el manejo seguro de los medicamentos de alto riesgo.
- 2- Garantizar la conciliación de medicación en los diferentes puntos de traspaso asistencial a través de procesos estandarizados.

Manejo de medicamentos de alto riesgo

Las consecuencias clínicas de los errores de medicación en el ámbito hospitalario son más importantes que en el medio ambulatorio, debido a la complejidad y a la agresividad de los procedimientos terapéuticos en los hospitales. Este hecho ha sido constatado en el estudio ENEAS¹⁷, cuyos hallazgos indican que un 37,4% de los acontecimientos adversos detectados en pacientes ingresados están causados por medicamentos.

El Institute for Safe Medication Practices (ISMP) llevó a cabo en los años 1995 y 1996 un estudio en 161 hospitales de EEUU para conocer los fármacos que eran más proclives a causar acontecimientos adversos a los pacientes. Se llegó a la conclusión de que estos medicamentos eran un número limitado, por lo que era posible y muy conveniente centrar en ellos las intervenciones de mejora. A partir de esta investigación y de los casos notificados en todo el mundo, el ISMP estableció una lista de los medicamentos considerados de alto riesgo en los hospitales, que constituye la lista de referencia utilizada mundialmente. Esta lista se ha actualizado conforme se han comercializado nuevos medicamentos y se ha generado nueva información sobre errores de medicación graves. La lista contiene en líneas generales los siguientes grupos farmacoterapéuticos: medicamentos oncológicos, electrolitos concentrados, heparinas y anticoagulantes orales, inotrópicos, insulinas y opioides¹⁸.

Recomendaciones:

- Utilizar y dar a conocer una lista de medicamentos de alto riesgo de cada institución, según las orientaciones del Instituto del Uso Seguro de Medicamentos (ISMP) de España¹⁹. Esto permite la delimitación de procesos controlados y diferenciados para estos medicamentos.
- Conformar comités interdisciplinarios de farmacoterapéutica, para definir el formulario terapéutico de la institución según criterios de eficacia, seguridad y costo basados en la mejor evidencia científica, normas de utilización de medicamentos e información útil para asegurar su uso seguro. Por ejemplo: tablas de dosificaciones especiales para pacientes con insuficiencia renal, obesos, neonatos; equivalencias entre opiáceos; etc.
- Utilizar identificadores de alerta en los rótulos de su envase o reenvase.
- Utilizar sitios de almacenamiento claramente diferenciados, que su acceso sea restringido, de modo que la reducción de su circulación limite también los errores en su manejo por inadvertencia o desconocimiento²⁰.
- Utilizar sistemas de prescripción electrónica²¹. En caso de que no sea posible el acceso a estos sistemas, se recomienda utilizar formularios para la prescripción de drogas pre-impresos, lo que es particularmente útil para el caso de las quimioterapias. En caso de prescripción manual, ésta debe ser perfectamente legible, con letra clara y evitar abreviaturas. Se debe especificar la dosificación y la forma farmacéutica.
- Evitar las prescripciones verbales. Establecer procedimientos de verificación para las situaciones de emergencia, u otras en las que no sea posible la prescripción escrita.

- Promover la participación activa del farmacéutico en el pase de sala o ronda médica¹⁴, ya que esto asegura una prescripción adecuada, los ajustes de dosis, la detección temprana de reacciones medicamentosas (RAM) o de EM y evita la posibilidad de interacciones, entre otros beneficios.
- Realizar doble chequeo a la hora de administrar drogas de alto riesgo como los citostáticos y utilizar siempre bombas de infusión.
- Implementar un programa de trazabilidad de los medicamentos de alto riesgo hasta la administración al paciente.
- Utilizar protocolos especiales para drogas intratecales, por ejemplo: que estas se indiquen y administren en días diferentes de las de administración endovenosa, o en horarios diferentes, no en forma secuencial. Se recomienda dispensarlas en momentos diferentes de las dosis de administración endovenosa, para evitar errores de vía de administración. También se recomienda identificar con etiquetas o colores adicionales que alerten al operador “para uso intratecal”.
- Centralizar el manejo de medicamentos en la farmacia y evitar que las preparaciones se realicen en los sitios asistenciales, ya que estos últimos son más susceptibles a presentar climas de trabajo inseguros, con múltiples distracciones e interrupciones.
- Estandarizar las dosis/diluciones: es recomendable que las drogas tengan una dosis estandarizada que se utilice en todos los sitios de atención de la institución. Por ejemplo, las diluciones de la morfina deberían ser consensuadas y utilizadas por igual en los diferentes sectores.
- Realizar capacitación constante del equipo de salud, pacientes y cuidadores, para lograr un manejo más seguro de estas drogas.

Conciliación de medicación

Se estima que un paciente hospitalizado es susceptible de padecer en promedio más de un error de medicación por día, siendo el manejo de medicamentos, la segunda causa más frecuente de daño a los pacientes²². Más de la mitad de estos errores ocurrirán en las “interfaces” del cuidado, es decir en los momentos de traspaso de un paciente de un área a otra en el hospital, estos errores producirán hasta un 20% de eventos adversos¹⁴. La conciliación de medicación es el proceso formal donde el equipo de salud trabaja con el paciente y la familia para crear una lista de toda la medicación que el paciente está recibiendo, lo más completa y precisa posible, para poder comparar la misma con las indicaciones médicas en el momento de la admisión, transferencias entre sectores en el hospital y al alta, con el objetivo de proveer de la medicación correcta al paciente en todos los puntos de transición en el hospital²³. Se considera una práctica de seguridad fundamental, ya que permite disminuir los errores de medicación y la morbilidad derivada²⁴.

Recomendaciones^{25,26}:

- Elaborar un protocolo estandarizado para proceso de conciliación de medicación durante las transiciones asistenciales, que describa los pasos a realizar en cada etapa y las responsabilidades de los actores implicados (profesionales responsables del paciente, paciente/cuidador, farmacéutico, etc.).
- Colocar el listado de la medicación habitual del paciente de manera visible en la historia clínica, prestando especial atención a todos los datos necesarios, como dosis, vía de administración, frecuencia de administración, y procurar mecanismos para mantenerlo actualizado.
- Adoptar un modelo impreso estandarizado para realizar la conciliación de la medicación, que incluya la medicación domiciliaria y la situación de la conciliación. Algunas instituciones utilizan casilleros en los listados de medicación habitual donde el médico prescriptor explicita si cada uno de los medicamentos del paciente continuará durante la internación o si serán suspendidos o modificados.
- Asignar la responsabilidad de obtener la historia de medicación y de resolver las diferencias en las órdenes de tratamiento a profesionales con suficiente experiencia en el manejo de la medicación. En caso de detectar discrepancias entre los listados de medicación nueva y las indicaciones previas del paciente, se recomienda dar aviso al médico tratante para resolver la misma y para poder identificar si esta discrepancia fue intencional o no.
- Realizar capacitación constante a todos los profesionales sanitarios sobre el proceso de conciliación de medicación y uso seguro de medicamentos.
- Desarrollar acciones para informar y formar a pacientes y cuidadores, especialmente a los pacientes polimedcados que reciben medicamentos de alto riesgo, en todos los niveles asistenciales.

Los programas de conciliación de medicamentos están fuertemente recomendados por las agencias de mejora de la calidad en el mundo y por acreditadoras de hospitales como la Joint Commission y Acreditación Canadá. El Institute for Healthcare Improvement (IHI) de Estados Unidos ha implementado programas de conciliación de medicamentos en sus campañas “Salvando 100.000 vidas y salvando 5 millones de vidas” como una de las intervenciones para mejorar la seguridad de pacientes más efectivas²⁷. El Instituto del Uso Seguro de Medicamentos (ISMP) de España, y la campaña Safer Healthcare Now! de Canadá, facilitan herramientas para la implementación de este tipo de programas [https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Topic/Pages/medication-reconciliation-\(med-rec\).aspx](https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Topic/Pages/medication-reconciliation-(med-rec).aspx)

La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ha promovido la investigación y ha publicado herramientas para facilitar la implementación de estas prácticas en los hospitales²⁸. Incluso los sistemas de salud de ciertas regiones de España, como Andalucía, han publicado guías para facilitar la aplicación de la conciliación de medicamentos en los hospitales locales.

Manejo de medicación en pacientes crónicos y/o con polifarmacia

La polimedcación de los pacientes ha aumentado de manera dramática y es la resultante de varios factores: las personas viven más años con distintas enfermedades crónicas, entre otras

cosas gracias a las nuevas tecnologías (fármacos, estudios diagnósticos, etc); la complejidad creciente de los pacientes a partir de las condiciones crónicas; y la fragmentación de la atención. Los pacientes crónicos tienen mayor demanda de atención sanitaria y, en consecuencia, están expuestos a un mayor riesgo de eventos adversos relacionados con la atención de la salud. La polifarmacia aumenta la probabilidad de eventos adversos, de deterioro de la función física y cognitiva, y de ingreso hospitalario, haciendo más difícil la adherencia al tratamiento¹⁶.

Recomendaciones

- Revisar de forma sistemática la medicación en los pacientes crónicos polimedcados para detectar o prevenir eventos adversos, garantizar la adecuación y mejorar la adherencia al tratamiento.
- Incentivar la interrupción de la prescripción de medicamentos en base a una atención integral, continua y coordinada de los pacientes²⁹.

Manejo de medicamentos de aspecto o nombre similares

Otra causa frecuente de errores en la medicación se produce por la similitud ortográfica, fonética o visual que existe entre algunos medicamentos, fenómeno conocido a nivel mundial por su denominación en inglés “Look-Alike, Sound-Alike” (LASA)³⁰.

La confusión entre los nombres de los medicamentos ocurre fundamentalmente por la similitud existente entre nombres comerciales (p.ej. Losacor y Sotacor, Aerotina y Aeroxina), entre nombres genéricos (p.ej. dopamina y dobutamina, valaciclovir y valganciclovir) o entre nombres comerciales y genéricos (p.ej. Cefalex VL o Cefalex Max y cefalexina). Los errores por esta causa pueden ocurrir en cualquier etapa del circuito de utilización de los medicamentos, desde la prescripción a la administración, pasando por el almacenamiento o la dispensación. Existen diversos factores que aumentan el riesgo de confusión entre los nombres de los medicamentos, como son una prescripción manuscrita poco legible, la coincidencia en la forma farmacéutica, dosis y/o intervalo de administración, la similitud en la apariencia del etiquetado y/o envasado, el desconocimiento del nombre del medicamento, en particular de medicamentos de reciente comercialización o poco habituales, etc.³¹

Recomendaciones

- Revisar periódicamente los nombres de los medicamentos que se utilizan en la institución que se presten a confusión, elaborar una lista reducida con los nombres de medicamentos que tienen mayor riesgo de ocasionar daño a los pacientes si se confunden, y difundirla a todos los profesionales involucrados en el uso de los medicamentos.
- Ante la inclusión de un nuevo medicamento en la guía farmacoterapéutica, evaluar el posible riesgo de confusión con los nombres de los medicamentos ya disponibles. Evitar, siempre que sea posible, la coexistencia de aquellos medicamentos cuyos nombres puedan ocasionar confusiones.

- Facilitar la diferenciación entre los medicamentos con nombres similares en todos los lugares del sistema de utilización de medicamentos. Una técnica propuesta es la utilización de “letras mayúsculas resaltadas” (tall man lettering), que consiste en destacar en mayúsculas las letras de los nombres que son distintas, con el fin de acentuar sus diferencias (p.ej. DOBUTamina, DOPamina).
- Evitar el almacenamiento de los medicamentos con riesgo elevado de confusión en lugares próximos.

3. PRÁCTICAS SEGURAS PARA PREVENIR Y CONTROLAR LAS INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD

Introducción

Las infecciones intrahospitalarias o asociadas al cuidado de la salud (IACS) son aquellas que ocurren en los pacientes en el hospital, a causa de intervenciones realizadas para su cuidado y que se ponen de manifiesto luego de las 48 horas de su estadía. Estas enfermedades ocasionan una importante morbimortalidad, aumento en los días de internación, requerimiento del uso de asociaciones de antibióticos y pedido de exámenes complementarios, deteriorando la calidad de vida del paciente y su familia. El porcentaje de IACS varía del 5 al 10% (5 a 10 infecciones por cada 100 días paciente) en los países desarrollados y alcanza un 25% o más en aquellos en vías de desarrollo. Cerca de dos millones de pacientes por año adquieren una infección relacionada con el hospital, de los cuales cerca de 90 mil mueren, según estimaciones del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE.UU.

Esto constituye a las IACS como un severo problema mundial de salud pública. Diariamente 1,4 millones de pacientes adquieren una IACS. Aproximadamente 1 de cada 20 pacientes internados en un hospital de agudos padecerá una IACS. Esta estimación se supone que afectará unos 4,1 millones de pacientes al año en la Unión Europea y 2 millones en los Estados Unidos, causará entre 37.000 y 90.000 muertes anuales, y se estima un costo de entre USD 4,5 y 5,7 billones, respectivamente.^{17,32}

En Argentina, el Estudio Nacional de Diagnóstico Institucional y Prevalencia de IACS (2016) reveló que en áreas no críticas, el 10,80 % de los 5490 pacientes adultos estudiados presentó una IACS. De estas infecciones, las cuatro primeras causas corresponden a infecciones del tracto urinario (23%), infecciones del sitio quirúrgico (18%), neumonías (16,5%), infecciones de la piel y partes blandas (10%) y bacteriemias asociadas a catéter (10%). En áreas críticas, de los 744 pacientes adultos, el 32% presentó una IACS. De éstas, las cuatro primeras causas corresponden a neumonía (48%), infección primaria de la sangre (13%), infección del tracto urinario (12,4%), infección del sitio quirúrgico (9%) e infecciones de la piel y partes blandas (4,22%)³².

Esta situación nos obliga a consolidar acciones tendientes a conocer el problema de las IACS y programar acciones tendientes a una gestión adecuada.

Objetivo general:

Promover prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas al cuidado de la salud.

Objetivos específicos:

- 1- Conocer la magnitud de la ocurrencia de IACS en cada organización.
- 2- Gestionar el compromiso de todos los trabajadores de la institución con las IACS.
- 3- Aprender el uso de herramientas simples que favorezcan procesos asistenciales seguros.
- 4- Comprometer a todo el personal de salud de la organización en la notificación de incidentes en relación con la adherencia a prácticas de seguridad.

Recomendaciones³³:

- Fomentar y mantener el desarrollo de programas de higiene de manos en todos los centros asistenciales.
- Mantener y promover el desarrollo de programas de prevención y control de IACS.
- Implementar paquetes de medidas para disminuir las IACS.

Higiene de manos

Se demostró que es la principal medida costo-efectiva para prevenir las infecciones, fácil de realizar y económica. Su adherencia se asocia con la disminución de la transmisión cruzada y reducción de los porcentajes de infección. La apropiada higiene de manos se considera el principal factor para reducir la transmisión de los patógenos asociados al cuidado de la salud.

Los antisépticos son activos contra la flora que ocupa las capas profundas de la piel y contra la adquirida por contacto con el medio ambiente, tanto por acción mecánica como por acción química. La antisepsia se logra con la higiene de manos con alcohol en gel o con agua y jabón. Cuando se evalúan los productos para la higiene de manos en el contexto hospitalario, sus características principales son: eficacia contra los patógenos, rapidez de acción, aceptación o tolerancia por los trabajadores del centro, costo y accesibilidad del producto. Las manos se deben lavar con agua y jabón cuando estén visiblemente sucias³⁴.

La higiene de manos se debe realizar en cinco momentos:

- ✓ Antes de tocar al paciente
- ✓ Antes de un procedimiento limpio
- ✓ Luego de exposición a fluidos
- ✓ Luego de tocar al paciente
- ✓ Luego del contacto con el entorno del paciente

Recomendaciones:

- Implementar el programa de higiene de manos en todos los niveles de atención de salud, incluyendo a los familiares y/o cuidadores.
- Contar con la solución antiséptica y/o un área de lavado de manos, lo más próximo posible al contacto con el paciente.
- Utilizar guantes para todo contacto con sangre, fluidos corporales y superficies corporales húmedas.
- Remover guantes luego del cuidado del paciente.
- Cambiar los guantes cuando se examina un sitio contaminado y luego uno limpio en el mismo paciente.
- Realizar lavado de manos antes de colocarse los guantes y luego de remover los mismos.

Programas prevención y control de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria

La implementación de un programa de prevención y control de infecciones es indispensable para disminuir el riesgo de transmisión de infecciones, prevenir brotes epidémicos y prepararse por si estos se presentan³⁵.

En nuestro país, en 2018, por la RM 690/2018, disponible en <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=32372&word=>³⁶, se aprueba el Consenso Nacional

para la implementación de programas de prevención y control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud en los establecimientos de salud, que define los componentes de los programas de prevención y control de las IACS, incorporándolo al Programa Nacional de Garantía de Calidad en la Atención Médica. En el documento se recomienda que las acciones programáticas se desarrollen en base a los componentes propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que son: organización de los programas de prevención y control de infecciones, desarrollo de guías, educación en prevención y control, vigilancia, uso de estrategias multimodales para implementar medidas de prevención y control, equipamiento y medio ambiente hospitalario, programa de monitoreo y evaluación, relación personal-paciente (*staffing*), carga de trabajo y ocupación de camas.

Un programa de prevención y control de infecciones efectivo:

- ✓ Reduce aproximadamente la tasa de IACS en un 32%.
- ✓ Impacta sustancial y positivamente sobre los costos de salud.
- ✓ Disminuye la morbilidad asociada a las IACS.

La vigilancia de IACS es un componente fundamental para el desarrollo de un programa eficaz. Existe una clara conexión entre el funcionamiento de programas de vigilancia y la reducción de las tasas de infección nosocomial. El sistema de vigilancia también aporta a las autoridades sanitarias datos generales, elementos fundamentales para un adecuado análisis de situación y diseño de políticas sanitarias eficaces.

Recomendaciones:

- Implementar un programa de vigilancia epidemiológica hospitalaria que incluya:
 - ✓ La observación sistemática de la ocurrencia y distribución de eventos específicos relacionados con la atención de los pacientes.
 - ✓ La recolección sistemática de datos, su análisis, procesamiento estadístico y posterior devolución con el propósito de evaluar, reforzar y establecer estrategias para el control de infecciones.
 - ✓ La identificación de los eventos a vigilar.
 - ✓ La definición de criterios estandarizados que los definan y la aceptación universal de dichos criterios.
 - ✓ La selección de una modalidad efectiva de registro.
 - ✓ El funcionamiento de un grupo entrenado de trabajo.

Los programas de vigilancia de IACS generan reportes de patógenos responsables de las IACS y de sus patrones de susceptibilidad, los cuales resultan claves para comprender el alcance y magnitud de las infecciones por microorganismos multirresistentes. Su análisis permite conocer la prevalencia de resistencia antimicrobiana en determinadas áreas y, con ello, prevenir infecciones, definir cobertura antibiótica empírica y diseñar políticas para prevenir la transmisión de cepas resistentes.

La información aportada por la vigilancia epidemiológica constituye también una herramienta fundamental para: elaborar tasas de infección endémicas basales, identificar epidemias, aportar datos sobre la ocurrencia de IACS, evaluar la eficacia de las medidas de control de infecciones y reforzar prácticas adecuadas de prevención y cuidado de pacientes.

Argentina cuenta con el Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias (VIHDA) del Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara” (INE), dependiente de la Secretaría de Gobierno de Salud. La adhesión al Programa VIHDA le permite a los efectores contar con información para realizar las comparaciones de sus tasas de infección, realizar evaluaciones comparativas entre los equipos involucrados en la vigilancia, dirigir la toma de decisiones y disponer de las estadísticas nacionales y locales referidas a las IACS (<http://www.vihda.gov.ar/>).

Paquete de medidas para disminuir las IACS

Se llama paquete de medidas al conjunto de prácticas necesarias para cuidar en forma segura y eficiente a los pacientes sometidos a un tratamiento particular que conlleva distintos factores de riesgo. Los resultados de los cuidados de los pacientes mejoran significativamente cuando se reúnen y combinan varias intervenciones.

Recomendaciones:

- Implementar un paquete de medidas para prevenir la infección relacionada a catéteres venosos centrales.

Las bacteriemias relacionadas con los catéteres vasculares (BRCV) se encuentran entre las infecciones adquiridas en el hospital de mayor frecuencia. En la actualidad se calcula que entre el 15 y el 30% de todas las bacteriemias nosocomiales se relacionan con el uso de catéteres vasculares.

Las medidas para prevenir la infección relacionada a catéter incluyen:

- ✓ Educar y capacitar al personal de salud para la inserción y el cuidado de los catéteres centrales.
- ✓ Utilizar adecuadamente las barreras de precaución como guantes, barbijo, camisolín, para prevenir infecciones tempranas.
- ✓ Registrar en la historia clínica del paciente la fecha de colocación del mismo.
- ✓ No exceder el tiempo de infusión para lípidos a más de 24 horas y la realizar las transfusiones en no más de cuatro horas.
- ✓ Tener claro que el reemplazo de rutina de los catéteres intravasculares no previene las infecciones asociadas a catéter³⁷.
- ✓ Considerar que los signos clínicos y síntomas tienen pobre sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de las infecciones relacionadas a catéter.
- ✓ Reemplazar aquellos catéteres colocados en situaciones de emergencia, con pobres técnicas de asepsia, una vez que las condiciones hemodinámicas del paciente se hayan estabilizado.
- ✓ Evaluar a diario la necesidad de mantener el catéter venoso central.
- ✓ Chequear la apropiada fijación del catéter.
- ✓ Mantener los conectores (puertos) limpios y cerrados.
- ✓ Realizar la curación de los catéteres con las máximas medidas de antisepsia.
- ✓ Aplicar un parche sobre el catéter insertado (es importante que el sitio de inserción se vea sin necesidad de retirar la curación).
- ✓ Colocar la fecha en la cual se efectuó la curación y que la misma se encuentre bien aplicada (sin dobleces).

- ✓ Considerar la frecuencia de recambio de la curación según los materiales empleados (deberá ser diaria si es con gasas sobre el catéter por la falta de visualización del mismo, o bien cada siete días si se trata de un parche de clorhexidina adecuadamente aplicado, o de tres días si se trata de un parche transparente común).
- Implementar un paquete de medidas para prevenir la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVVM)³⁸.

La neumonía es la segunda complicación infecciosa en frecuencia en el medio hospitalario, y ocupa el primer lugar en los servicios de medicina intensiva, cuyo riesgo está aumentado más de veinte veces por la presencia de la vía aérea artificial. El 80% de los episodios de neumonía nosocomial se produce en pacientes con vía aérea artificial y se denomina NAVVM.

La NAVVM afecta hasta un 50% de los pacientes, según la patología de ingreso a la unidad de cuidados intensivos; la densidad de incidencia varía entre 10 y 20 episodios por cada mil días de ventilación mecánica, con un riesgo diario de entre 1 y 3%.

La prevención se basa principalmente en reducir la colonización orofaríngea, el inóculo bacteriano o ambas. Entre las medidas específicas, figura la reducción de la colonización orofaríngea o del inóculo que llegará al tracto respiratorio inferior a través del lavado de la cavidad oral del paciente con clorhexidina y la descontaminación digestiva intestinal. La mayoría de las prácticas preventivas van encaminadas a la reducción del volumen de secreciones orofaríngeas que llegarán al tracto respiratorio inferior.

Se han elaborado diferentes guías para la prevención de la NAVVM, y las discrepancias en las recomendaciones pueden deberse fundamentalmente a los estudios elegidos y al desacuerdo con la interpretación de los resultados de los estudios.

Las medidas que cuentan con mayor nivel de evidencia para reducir el riesgo de neumonía asociada a ventilación mecánica son³⁸:

- ✓ Higiene de manos, utilización de guantes y camisolín.
- ✓ Cuidado oral: uso de antisépticos del tipo de la clorhexidina 0,12% solución oral, 15 ml, dos veces por día hasta 24 horas luego de la extubación.
- ✓ Posición del paciente: semisentado a 30°.
- ✓ En caso de que el estado clínico lo permita, interrumpir la sedación durante un período de tiempo diario.
- ✓ En caso de que el estado clínico del paciente lo permita, realizar diariamente una prueba de ventilación espontánea (PVE), que permita interrumpir la ventilación mecánica.
- ✓ Valoración diaria de la presión de insuflación del balón del tubo orotraqueal o de la cánula de traqueostomía para mantenerla entre 20 y 30 cm H₂O.
- ✓ Prevención de úlceras de estrés.
- ✓ Prevención de trombosis venosa profunda.
- Implementar un paquete de medidas para prevenir las infecciones asociadas a catéteres urinarios³⁹.

La infección relacionada a catéter urinario es el tipo más común de infección adquirida en el hospital. Al año la padecen más de 900 mil pacientes y representan el 40% del total de las infecciones anuales en los EE.UU. En el 30% de los casos la colocación inicial de los catéteres

urinarios puede considerarse injustificada, al igual que la cantidad de días de su utilización. La mayoría de los catéteres urinarios son colocados en las centrales de emergencia, sin una orden documentada.

Entre el 16% y el 24% de los pacientes hospitalizados tienen colocado un catéter urinario. El porcentaje diario de adquisición de bacteriuria entre dichos pacientes es del 3% al 10%. Entre el 10% y el 25% de los pacientes con bacteriuria desarrollará síntomas de infección urinaria. De los pacientes con infección urinaria asociada a catéter sintomática, el 1-4% desarrollará bacteriemia. De ellos, entre un 13% y un 30% podrán morir.

Las principales medidas para reducir las infecciones asociadas a catéteres urinarios son:

- ✓ Reducción del uso inapropiado de catéteres urinarios.
- ✓ Uso de un sistema de drenaje cerrado.
- ✓ Remoción temprana del catéter, lo más pronto posible.
- ✓ El uso de dispositivos seguros de fijación para prevenir los desplazamientos del catéter.
- ✓ Orden automática de retiro de catéter en pacientes quirúrgicos si no se indica lo contrario.
- ✓ Incorporación del manejo de catéteres urinarios como parte del programa de seguridad del paciente.
- ✓ Asegurar la bolsa colectora de orina de manera tal que nunca esté sobre el suelo, así como tampoco por arriba del nivel del catéter urinario.

4. PRÁCTICAS SEGURAS EN CIRUGÍA

Introducción

Tradicionalmente, la seguridad del paciente quirúrgico se basó en la responsabilidad individual de los profesionales intervinientes (cirujanos, anestesiólogos, instrumentadoras). Se asumía que profesionales diligentes, prudentes y con un adecuado desarrollo de sus competencias (mayormente técnicas), garantizaban una práctica exenta de daños evitables. Los que se producían, eran atribuidos a las complicaciones propias de cualquier procedimiento invasivo o eventualmente a las condiciones que presentaba el paciente.

Sin embargo, la experiencia ha demostrado que no alcanza con el esfuerzo individual. En todo el mundo siguen produciéndose eventos adversos que pudieron haber sido evitados con medidas muy simples y de bajo costo: errores de sitio quirúrgico, procedimiento o paciente; gasas e instrumental retenido durante el procedimiento, muertes en el post-operatorio inmediato por un inadecuado control, daños por un mal manejo de la vía aérea, etc.

La cirugía de nuestros días ha adquirido una enorme complejidad, y las mismas características del trabajo diario generan riesgos: la naturaleza cambiante de la condición del paciente, la necesidad de transmitir rápidamente información crítica, la rapidez en la toma de decisiones, el probable desconocimiento de los miembros del equipo o el desconocimiento de algún miembro del equipo de las necesidades propias del paciente o del procedimiento. En sistemas tan complejos, las relaciones entre las partes son más importantes que las partes mismas y la incertidumbre suele ser inherente al sistema.

La seguridad en la cirugía pasó a ocupar el centro de la escena cuando en 2008 la OMS lanzó el segundo reto mundial por la seguridad del paciente bajo el lema “Cirugía Segura Salva Vidas”⁴⁰. En el marco de este proyecto, la OMS reunió a un grupo de expertos y recabó la opinión de cirujanos, anestesiólogos, instrumentadores, enfermeros, otros profesionales y pacientes de diferentes partes del mundo. Este grupo determinó que los principales problemas de la seguridad quirúrgica eran tres:

- ✓ La falta de reconocimiento de la seguridad quirúrgica como un problema de salud pública.
- ✓ La carencia de datos de las cirugías y sus resultados.
- ✓ El fracaso para utilizar los conocimientos técnicos existentes para la seguridad.

El grupo planteó su estrategia y objetivos y elaboró una herramienta que permitiera alcanzarlos. Este instrumento es la “Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía”.

La lista obliga a chequear una serie de puntos en tres momentos: antes de la inducción de la anestesia (entrada), antes de la incisión cutánea (pausa) y antes de que el paciente salga del quirófano. La lista de verificación de la OMS está pensada como herramienta para los profesionales asistenciales interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.

En el 2012, por resolución 28/2012 del Ministerio de Salud de la Nación, la Argentina aprobó el Listado de Verificación para la Cirugía Segura y su Manual de Uso e Instrucciones, en el marco del Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención médica, es de uso público, libre y gratuito y se encuentra disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud>⁴¹

Objetivo general:

Promover la implantación de prácticas seguras en cirugía.

Objetivos específicos:

- 1- Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos en todas las instituciones sanitarias.
- 2- Promover la implementación y el uso correcto del Listado de Verificación de la Cirugía.

Recomendaciones:

- Desarrollar acciones para la implementación, adaptación, uso adecuado y evaluación de la utilización del Listado de Verificación para la Cirugía Segura.
- Desarrollar acciones que comprometan al equipo quirúrgico en lo siguiente:
 - ✓ Desarrollar métodos para prevenir daños causados por la administración de anestésicos, a través del monitoreo continuo del paciente durante la cirugía.
 - ✓ Prepararse para reconocer y reaccionar con eficacia frente a desplazamiento o pérdida del dispositivo de control de vía aérea o alteraciones de la función respiratoria que podrían ser letales.
 - ✓ Prepararse para reconocer con eficacia el riesgo de elevado volumen de pérdida de sangre.
 - ✓ Prevenir reacciones adversas o una interacción negativa entre drogas en casos en los cuales se sabe que el paciente tiene alto riesgo de estos eventos.
 - ✓ Utilizar constantemente los métodos conocidos para reducir al mínimo el riesgo de infección del sitio quirúrgico.
 - ✓ Prevenir la retención inadvertida de instrumentos o de esponjas en heridas quirúrgicas.
 - ✓ Identificar y almacenar correctamente todas las muestras quirúrgicas.
 - ✓ Comunicarse e intercambiar con eficacia la información crítica para la conducta segura de la operación.
 - ✓ Comunicarse e intercambiar con eficacia la información crítica en la transferencia del paciente desde el quirófano hacia otros sectores de la institución.
 - ✓ Establecer un sistema de vigilancia rutinaria de la capacidad, del volumen y de los resultados quirúrgicos en los hospitales y sistemas de la salud.
 - ✓ Asegurar la documentación y descarte de las drogas anestésicas utilizadas durante la cirugía.

El Listado de Verificación para la Cirugía Segura promueve la adherencia a prácticas de seguridad establecidas y requiere de recursos mínimos para su aplicación. Como todo *checklist*, tiene un enorme potencial para reducir los errores originados en “fugas”; recuerda los pasos mínimos necesarios de manera explícita e instila una disciplina de alto rendimiento. Aborda de manera sistemática, redundante y en distintas etapas los principales problemas:

- Paciente, operación y sitio correcto: Obligando a verificar en las distintas etapas la identidad del paciente, el sitio quirúrgico, el procedimiento y el consentimiento.

- Anestesia y resucitación segura: Verificando que se complete el control de la seguridad anestésica, que el oxímetro de pulso funcione y esté colocado, que se cuente con el instrumental adecuado para abordar una vía aérea difícil y que se hayan revisado los problemas y necesidades específicas del paciente.
- Riesgo de infecciones del sitio quirúrgico: Confirmando antes de incidir piel el viraje de los testigos de esterilización del instrumental y la profilaxis antibiótica.
- Comunicación y trabajo en equipo eficaz: Confirmando que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función, y revisando en equipo los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente.

Si bien se refiere a cirugías, es adaptable a distintos tipos de procedimientos invasivos que impliquen riesgos. La herramienta es personalizable y puede ajustarse a las necesidades locales.

La lista de chequeo fue probada en un estudio internacional multicéntrico realizado en ciudades de ocho países de ingresos altos, medianos y bajos: Ifakara (Tanzania), Manila (Filipinas), Londres (R.U), Seattle (EE.UU), Toronto (Canadá), Auckland (N.Zelanda), Nueva Delhi (India) y Ammán (Jordania). Tomaron como línea de base 3.733 cirugías realizadas sin chequeo y las compararon con 3.955 en donde se realizó el mismo, luego de entrenar a los equipos. Los centros participantes disminuyeron su morbilidad en valores cercanos al 30%⁴². Estudios posteriores no consiguieron los mismos resultados⁴³. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que el éxito del listado de verificación es dependiente del contexto en el cual se lo ponga en práctica. No debe verse como una herramienta técnica, sino como una herramienta de cambio social^{44,45}.

5. PRÁCTICAS SEGURAS EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES. CUIDADOS ADECUADOS A CADA PACIENTE

Detección del paciente crítico

En el año 2004 Donald Berwick, del *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), llevó a cabo en más de tres mil hospitales de los Estados Unidos, una exitosa campaña con el objetivo de salvar 100.000 vidas⁴⁶. El foco fue puesto en seis prácticas seguras para el cuidado de los pacientes. Una de las medidas adoptadas fue la creación de *equipos de respuesta rápida* para asistir precozmente a los pacientes que cambian su situación clínica, poniéndose en riesgo de sufrir un cuadro de shock y muerte.

Los equipos de respuesta rápida salvan vidas al detectar cambios clínicos en los pacientes que, de no ser detectados, podrían ocasionar paros cardiorrespiratorios y mortalidad hospitalaria. La implementación de esta estrategia requiere de equipos de profesionales que den respuesta y soporte clínico inmediato en la unidad donde se encuentra el paciente, cuando se activen códigos de alerta según el estado hemodinámico del mismo. La reducción de la mortalidad con la utilización de los equipos de rápida respuesta ha sido estimada en el 13% (RR: 0.87, 95 % CI 0.81–0.95)⁴⁷ para la población adulta y del 18% en pediatría (RR: 0.82 95 % CI 0.76–0.89).

Objetivo específico:

Reducir la mortalidad intrahospitalaria en pacientes adultos y pediátricos.

Recomendaciones:

- Implementar en los establecimientos de salud un procedimiento o programa de detección precoz del deterioro agudo de la condición clínica de los pacientes internados a través de acciones de un equipo de rápida respuesta.
- Utilizar herramientas estandarizadas para la detección de los pacientes que cambian de situación clínica. Se recomienda que éstas sean de uso libre, preferentemente validadas en Argentina y con las que el usuario esté familiarizado.

Existen escalas validadas y herramientas para la detección de los pacientes que cambian de situación clínica. Una de las más conocidas es el *score News* (National Early Warning Score)^{48,49} del Sistema Nacional de Salud Británico, para pacientes mayores de 16 años y el *score PEWS*⁵⁰, que es la adaptación para pediatría. La escala contempla la valoración y medición de seis parámetros fisiológicos (frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, temperatura, tensión arterial, saturación de oxígeno y nivel de conciencia) y la presencia o no de requerimiento de oxígeno suplementario. La herramienta permite la categorización en pacientes de bajo, moderado y alto riesgo, siendo estos últimos los que necesitan ser asistidos por un equipo de respuesta rápida.

Prevención de caídas:

Los pacientes internados se encuentran sometidos a distintos procesos en los cuales se ven afectadas sus condiciones físicas y fisiológicas, lo que incrementa el riesgo de sufrir caídas^{51,52}. Teniendo en cuenta el contexto en el que se realiza la atención médico-sanitaria, cada institución debe realizar una evaluación del riesgo de sus pacientes a sufrir caídas y las posibles lesiones asociadas a estas. La evaluación debería poder identificar de manera eficiente los pacientes que tienen alto riesgo a sufrir caídas y tratar de neutralizar los daños.

Objetivo específico:

Reducir el daño asociado a caídas en los pacientes internados.

Recomendaciones:

- Implementar un procedimiento de valoración del riesgo de caídas de los pacientes internados a través de la utilización de escalas validadas. Según el criterio de cada institución se pueden definir sectores o grupos de pacientes que pueden ser considerados como pertenecientes al grupo de alto riesgo de caídas, como por ejemplo los pacientes internados en áreas de cuidados críticos o en hemodiálisis.
- Consignar el riesgo en la historia clínica del paciente y, de ser posible, visualmente sobre el paciente, usando algún tipo de recurso como una pulsera o prendedor, para que todos los miembros del equipo sanitario puedan conocer el riesgo del paciente.
- Estandarizar los cuidados universales de prevención de caídas y aquellos ajustados al riesgo de cada paciente. Se recomienda que cada institución cuente con procedimientos preventivos para minimizar el riesgo, con acciones que permitan evitar las caídas. Las mismas deberían centrarse en los recaudos que se deben tomar para la correcta movilización del paciente, la necesidad o no de permanencia de familiares o cuidadores y el correcto estado del equipamiento e instalaciones para disminuir la tasa de caídas.
- Llevar un registro indicador de las caídas, medido como tasa de caídas cada 1000 pacientes día, una estimación de la frecuencia del cumplimiento de las medidas de prevención y contar con un protocolo de cuidado post caída para evaluar y asistir al paciente en caso de que ocurra la misma. El uso de indicadores nos permite planificar las acciones correctivas y hacer los ajustes en los procedimientos para mejorar la prevención y la ocurrencia de daños asociados a las caídas.

Prevención de úlceras por presión

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones localizadas en la piel, generalmente en relación con una prominencia ósea, producidas por presión, fricción, cizallamiento, o una combinación de estos factores, que generan inflamación y anoxia tisular en el sitio afectado. La misma resulta en ulceración, necrosis y muerte tisular^{53,54}.

En ocasiones, estas lesiones también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos. La OMS considera la presencia de UPP como un indicador negativo de la calidad asistencial. Este tipo de lesiones repercute en el nivel de salud y la calidad de vida del paciente y su entorno. Esta patología representa una causa frecuente de prolongación de la estadía hospitalaria; adicionalmente, debido a los gastos que genera su tratamiento, impacta negativamente en los costos de los servicios de salud. Puede considerarse que el 95% de las UPP que se producen son prevenibles, por lo que existe una gran oportunidad de mejora.

Objetivo específico:

Disminuir la aparición de úlceras por presión (UPP), detectarlas precozmente y reducir el daño asociado a las UPP en los pacientes internados.

Recomendaciones:

- Implementar un procedimiento de evaluación del riesgo de UPP de los pacientes internados y la estandarización de los cuidados de prevención universales y de aquellos ajustados al riesgo de cada paciente.
- Evaluar el riesgo de los pacientes de desarrollar UPP al momento de la evaluación inicial, al comienzo de la internación. Se sugiere la reevaluación periódica del riesgo, considerando el estado del paciente y los cambios en su situación clínica (después de una cirugía, frente al empeoramiento de una afección subyacente o con un cambio en la movilidad). Existen varias escalas adecuadas para los distintos grupos etarios orientadas a evaluar el riesgo a desarrollar UPP. Se recomienda la utilización de escalas validadas, con las que el usuario esté familiarizado.
- Evaluar la piel al menos una vez por día en los pacientes de bajo riesgo y cada ocho horas en los de alto riesgo, buscando evidencias de lesiones incipientes. Se recomienda que los pacientes que presentan un riesgo elevado de desarrollar lesiones reciban un cuidado personalizado de la piel.

Paquete de medidas estándar para pacientes de alto riesgo:

- ✓ Cuidados de la piel.
- ✓ Hidratación de la piel con cremas con vitamina A.
- ✓ Protección de la piel frente a la humedad y el roce utilizando cremas con vitamina A y vaselina.
- ✓ En el paciente crítico, utilizar ácidos grasos hiperoxigenados.
- ✓ Planificación de cambios de posición cada dos horas en horario diurno y cada cuatro horas en horario nocturno.
- ✓ Utilización de superficies especiales para aliviar presión (sobre-colchón de aire y almohadas para redistribución de presión).
- ✓ Uso adecuado de productos médicos para tratamiento o diagnóstico.
- ✓ Educación al paciente y su familia.

6. PRÁCTICAS PARA LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LOS PACIENTES

Introducción

Es necesario garantizar la identificación inequívoca de todos los pacientes mediante métodos apropiados, dado que cualquier falla en este proceso supone riesgos que pueden derivar en diagnósticos erróneos o en la realización de pruebas, intervenciones quirúrgicas, o administración de tratamientos al paciente equivocado. Los errores en la identificación de los pacientes ocurren prácticamente en todos los aspectos del diagnóstico y tratamiento, están presentes durante todos los tipos de cuidado y resultan de una multiplicidad de factores⁵⁵.

Los pacientes pueden tener nombres similares o iguales, estar sedados, desorientados, no plenamente despiertos o en estado comatoso. También puede suceder que cambien de camas, de habitaciones o ubicación dentro del hospital. Incluso puede haber pacientes con discapacidades sensoriales que no recuerden su identidad, o sujetos a otras situaciones que predispongan a identificarlos incorrectamente. Por lo tanto, es necesario identificarlos mediante procedimientos estandarizados.

La identificación errónea del paciente puede tener implicancias de distinta gravedad: desde no causar daño (por ejemplo, si un paciente casi recibe la medicación de otro paciente, pero el error fue detectado antes de administrar el medicamento) a tener consecuencias muy graves (el paciente equivocado fue llevado al quirófano y la cirugía comenzó).

Objetivo general:

Promover la identificación correcta del paciente

Objetivos específicos:

- 1- Identificar correctamente a todos los pacientes a los que se le realice un procedimiento, diagnóstico o tratamiento
- 2- Identificar correctamente las muestras biológicas e imágenes que sean obtenidas para el diagnóstico.

Recomendaciones^{56,57}:

- Se recomienda que los servicios de salud tengan procedimientos estandarizados para la identificación correcta de los pacientes, para distinguir la identidad de aquellos con el mismo nombre, y desarrollen y utilicen estrategias no orales para identificar pacientes comatosos o confundidos.
- Se recomienda el uso de al menos dos identificadores (por ejemplo nombre y apellido, y fecha de nacimiento) para verificar la identidad de un paciente. Ninguno de estos identificadores debe ser el número de habitación del paciente, dado que podría haber sido necesario cambiarlo de lugar y/o sector, y quien está ahora en esa habitación ya no es el mismo paciente.

Una de las herramientas más utilizadas para la identificación de los pacientes son las pulseras de identificación. Como iniciativa básica, pueden utilizarse pulseras de identificación blancas sobre

las que se escribe información específica (por ejemplo nombre y fecha de nacimiento). Existen otras tecnologías que pueden mejorar la identificación del paciente como los códigos de barras o QR, o las pulseras con chip de radiofrecuencia y algunas de ellas han demostrado ser económicas. Independientemente de esto, se recomienda que cada institución busque las soluciones tecnológicas teniendo en cuenta la realidad de los entornos de atención clínica. Más allá de la tecnología o del enfoque empleado para identificar a los pacientes con exactitud, la planificación cuidadosa y sistemática de esta práctica en los procesos de atención asegurará la debida identificación del paciente antes de cualquier intervención médica, y proporcionará una atención más segura, con considerablemente menos errores.

- Se recomienda que los procedimientos de identificación incluyan:
 - ✓ Quién es responsable de la preparación y colocación de las pulseras de identificación del paciente.
 - ✓ Cuándo, cómo y quién debe verificar la identificación del paciente.
 - ✓ Qué sucede si el sistema informático (en caso de tenerlo) no está disponible o no funciona.
 - ✓ Pasos seguir si la pulsera de identificación se cae, se retira o se vuelve ilegible.
 - ✓ Otros procesos de identificación del paciente.
 - ✓ Evaluación y seguimiento del cumplimiento de la medida en el tiempo para monitorear su eficacia, a través de indicadores y la medición correspondiente.

- Se recomienda el uso de pulseras de identificación del paciente en los siguientes casos:
 - ✓ Pacientes hospitalizados.
 - ✓ Pacientes que ingresaron al hospital de día.
 - ✓ Pacientes que ingresan para realizarse una cirugía de día o pacientes ambulatorios, y/o que requieran anestesia, general o local con o sin cirugía.
 - ✓ Pacientes que requieren transfusión de sangre o derivados.
 - ✓ Pacientes que están recibiendo cualquier tipo de terapia de medicación, incluidos los pacientes no admitidos en el servicio de urgencias.
 - ✓ Pacientes que están recibiendo cualquier terapia donde se requiere consentimiento específico (ejemplo: quimioterapia).
 - ✓ Pacientes que se someten a cualquier otro tratamiento o procedimiento que les pueda causar un impacto negativo en su estado de salud.

- Se recomienda que el chequeo de la identidad del paciente no sólo tenga lugar al comienzo de la atención, sino que continúe en cada intervención para mantener su seguridad. Este proceso debe incluir las siguientes acciones:
 - ✓ Pedir al paciente/cuidador que indique su nombre completo y fecha de nacimiento (o los dos identificadores que la institución considere).
 - ✓ Siempre comprobar esto con la pulsera de identificación del paciente, que debe decir exactamente lo mismo.
 - ✓ No realizar preguntas dirigidas, por ejemplo: "Es usted, señor Pérez?" (el

paciente puede haber escuchado mal y estar equivocadamente de acuerdo).

- ✓ Nunca asumir que el paciente está en la cama correcta o que, en caso de tenerla, la etiqueta de nombre por encima de la cama o al ingreso a la habitación, sea la correcta.
- Se recomienda fomentar la participación de los pacientes y/o cuidadores en todas las etapas del proceso de atención e informarlos sobre la importancia y relevancia de su correcta identificación, como así también acerca de los riesgos relacionados con la identificación incorrecta. Se recomienda solicitar a los pacientes o a sus familiares que verifiquen la información de identificación para confirmar que sea correcta e involucrarlos de manera activa para que se identifiquen antes de recibir cualquier medicamento y previo a cada diagnóstico o intervención terapéutica.
- Se recomienda incorporar la capacitación sobre procedimientos de control y verificación de la identidad de los pacientes dentro del desarrollo profesional permanente de los trabajadores de la salud. Se recomienda poner énfasis en la responsabilidad de los profesionales de la salud en verificar la identidad de los pacientes y hacer coincidir los pacientes correctos con la atención correcta (por ejemplo, resultados de análisis de laboratorio, muestras, procedimientos, medicamentos) antes de brindar la atención.
- Se recomienda realizar una evaluación y seguimiento del proceso de identificación de los pacientes en el tiempo para monitorear su eficacia; a través de indicadores y la medición correspondiente.

Consideraciones específicas:

- Se recomienda que los pacientes incapaces de comunicarse por sí mismos cuenten con pulsera de identificación, y hacer todos los intentos razonables para confirmar su identidad antes de realizar cualquier procedimiento, confirmando la información con un acompañante, con otra identificación, o a través de un intérprete (cuando sea necesario).
- Se recomienda definir como “NN” o “Desconocido” al paciente en quien no se pueda certificar su identidad debido a su estado de salud física, neurológica o psicológica. Se recomienda disponer de un procedimiento alternativo, para cumplir con el criterio de los dos datos identificatorios. Posteriormente, luego de la emergencia, deben ser modificados a partir del conocimiento certero de los datos reales del paciente.
- Se recomienda que en el caso en que el paciente presente alguna anomalía (amputación, quemaduras, malformaciones, etc.) que no permita la correcta colocación de la pulsera en los miembros superiores, el equipo interviniente decida en forma conjunta la ubicación de las mismas, y que dicha información sea indicada por médicos y enfermeras en la historia clínica y comunicada en cada pase de sala.
- Se recomienda que cada institución defina la estrategia de identificación del binomio madre-hijo según la legislación y normativas específicas vigentes en el ámbito de

atención^{58,59, 60}.

Muestras biológicas e imágenes⁶¹

- Se recomienda desarrollar y utilizar métodos preferentemente automatizados para correcta identificación de muestras biológicas e imágenes.
- Se recomienda identificar las muestras biológicas e imágenes en el mismo momento de su obtención.
- Se recomienda el uso de al menos dos identificadores del paciente (por ejemplo nombre y fecha de nacimiento) para la identificación de la muestra o imagen.
- Se recomienda desarrollar acciones que permitan la trazabilidad de las muestras biológicas.

7. PRÁCTICAS PARA LA COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE PROFESIONALES

Introducción

La comunicación efectiva entre profesionales de la salud es un aspecto esencial de la atención, dado que es uno de los factores centrales que sustenta la seguridad y la calidad en la atención sanitaria. La OMS establece en el 2007, dentro de las soluciones para la seguridad del paciente, la comunicación entre los profesionales, como una de sus prioridades^{57,62,63}.

El traspaso de información clínica sobre los pacientes, especialmente durante la transición asistencial, es un proceso crítico ya que las fallas en el mismo pueden conducir a errores de diagnóstico o de tratamiento. En efecto, estas fallas constituyen uno de los factores más frecuentemente involucrados en la producción de eventos centinela⁶⁴.

Es por esto que es necesario asegurar que la comunicación entre profesionales se realice de manera efectiva. Para esto, la misma debe ser oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por el receptor. Puede llevarse a cabo de manera electrónica, verbal o escrita.

Las circunstancias que se pueden ver impactadas negativamente por una comunicación deficiente, incluyen:

- ✓ El traspaso de información del paciente entre profesionales durante la transición asistencial, ya sea en los cambios de turno o de área de atención.
- ✓ Órdenes verbales o telefónicas.
- ✓ Comunicación verbal o telefónica de resultados críticos de pruebas diagnósticas.

Las pruebas diagnósticas incluyen, pero no están limitadas a análisis de laboratorio, exámenes de radiología, exámenes de radiología nuclear, procedimientos por ultrasonido, imágenes de resonancia magnética y diagnósticos cardíacos, tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorios. Los resultados fuera del rango normal pueden indicar un riesgo elevado para la vida del paciente y requieren una intervención.

La estandarización de los contenidos comunicacionales entre los diferentes miembros del personal, o con el paciente, su familia y/o cuidadores, permite mejorar los resultados clínicos y la experiencia del paciente, reduciendo los mensajes contradictorios y errores en los tratamientos.

Un sistema formal de traspaso de la información, que identifique claramente la forma en la que se comunican los resultados graves minimiza los riesgos para los pacientes.

Objetivo general:

Promover la comunicación efectiva entre los profesionales

Objetivo específico:

Desarrollar e implementar procedimientos estandarizados destinados a disminuir los errores de comunicación.

Recomendaciones:

- Se recomienda que para la transferencia de información de pacientes durante la transición asistencial, ya sea por cambios de turno o cambios de sector, se utilicen instrumentos estandarizados⁵⁵.
- Se recomienda que los mismos contengan datos relativos a la identificación del paciente, situación actual, evolución, puntos claves a observar y plan de contingencia ante cambios específicos detectados.
- Se recomienda que el traspaso de información se realice antes o durante la transferencia asistencial o del traslado del paciente.
- Se recomienda que todas las comunicaciones entre el personal (profesionales y técnicos), que involucren instrucciones o resultados críticos referidos a pacientes tengan un proceso de *feedback* o confirmación de parte del receptor de la información.

Transferencia de pacientes entre áreas de internación o cambios transitorios de responsabilidad (cuando en un mismo sector cambia el profesional a cargo, o el paciente cambia de un sector de cuidado a otro).

- Se recomienda utilizar herramientas de estandarización de la comunicación, como por ejemplo SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation)⁶⁵ o ISAER (Identificación, Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación en español), o I-PASS (identificación de la severidad del paciente, paciente, motivo de internación, acciones, situación y síntesis)⁶⁶.
- Se recomienda que el traspaso de responsabilidad tanto de enfermería como del personal médico se efectúe antes del traslado del paciente y que la documentación forme parte de la historia clínica para que quede registro escrito de la asignación de responsabilidad.

Transferencia de pacientes a áreas de estudios diagnósticos y/o tratamiento:

- Se recomienda utilizar formularios estandarizados de traslado donde consten los datos clínicos que reflejen la situación del paciente antes del mismo. Este será firmado por el personal receptor para confirmar la situación del paciente a la llegada a su área y viceversa.

La comunicación de resultados o valores críticos desde las áreas de diagnóstico.

- Se recomienda aplicar en la comunicación verbal, el proceso de "*feedback*" o confirmación a fin de asegurar que la información recibida es correcta y comprendida; de ser posible se recomienda que el receptor escriba la misma al momento de recibirla. Esta sistemática implica que el emisor que transmite el resultado al receptor, primero identifique al paciente de acuerdo con el procedimiento de identificación de pacientes que defina cada institución. Por su parte el receptor, escribe toda la información recibida y luego relea la misma. Por último, el emisor original debe confirmar los datos releídos. Cuando no sea posible la escritura (por ejemplo durante una emergencia o procedimientos asépticos) se recomienda que el emisor diga el resultado crítico en voz

clara y estableciendo contacto visual con el receptor. Éste último debe simplemente repetir lo comunicado y recibir la palabra “confirmado” por parte del emisor⁶⁷.

- Se recomienda que las áreas diagnósticas establezcan un listado de valores o resultados críticos que ameriten la comunicación inmediata al médico tratante, métodos de comunicación estandarizados de dichos valores y su escritura en la historia clínica, y la asignación de un emisor y receptor específicos en cada caso.
- Se recomienda que cada disciplina diagnóstica determine cuáles son los resultados críticos que deben informarse al médico solicitante y/o al paciente en forma inmediata para que puedan tomar conductas específicas.
- En caso de hallarse presente el paciente o el hallazgo se efectúe cuando se efectúe la prueba diagnóstica y el centro asistencia lo permita, se recomienda derivar al paciente al servicio correspondiente o la guardia para su tratamiento inmediato.

Documentación de la comunicación:

- Se recomienda que, una vez confirmada la información recibida, quede documentada por escrito en la historia clínica, especialmente aquellos resultados que generen un cambio en la conducta en el tratamiento del paciente. Asimismo los profesionales de enfermería deberán escribir en la historia clínica los cuidados realizados a partir de la comunicación efectuada por un médico.

8. PRÁCTICAS PARA EL ABORDAJE DE EVENTOS ADVERSOS

Introducción

Los eventos adversos (EAs) se definen como las consecuencias indeseables que las fallas en los procesos asistenciales pueden afectar a los pacientes, y que no están relacionadas con la o las patologías que lo condujeron a someterse a atención. La prevención y disminución de la gravedad de los mismos son la razón de ser de lo que conocemos como seguridad del paciente. La teoría de la gestión de riesgos establece que el primer paso para la prevención de EAs es su identificación, para luego poder diseñar intervenciones que reduzcan su frecuencia e impacto⁶⁸. Existen herramientas de gran utilidad, entre ellas el análisis de causa raíz, que permiten analizar en profundidad los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, especialmente los más graves (eventos centinela), con el objetivo de evitar su repetición.

El evento adverso es la consecuencia final de una falla del sistema asistencial. Existen siempre hechos previos de gravedad creciente que llevan a su aparición. Esta cadena se inicia por los *incidentes de seguridad*, sigue por los *casi-errores* para culminar con el *evento adverso*. En el presente documento, debe entenderse que el término “*evento adverso*” alude a la totalidad de las tipologías mencionadas.

Objetivo general:

Promover el diseño y desarrollo de estrategias para el abordaje de eventos adversos.

Objetivos específicos:

- 1- Diseñar sistemas y procedimientos para la detección efectiva de incidentes en seguridad.
- 2- Establecer pautas para su análisis causal.
- 3- Desarrollar líneas de acción capaces de su resolución y/o prevención.
- 4- Desarrollar mejoras que permitan disminuir el impacto sobre el paciente.

Recomendaciones

- Integrar el abordaje de los EAs al plan estratégico organizacional.
- Crear un área de gestión de EAs, constituida por el número mínimo de integrantes que asegure su eficacia.
- Capacitar a los integrantes del área en la utilización de herramientas específicas para la detección y/o notificación de EAs.
- Diseñar los procedimientos a implementar.
- Desarrollar herramientas de gestión (asignación de responsabilidades, procedimientos, formularios, etc.).
- Definir las líneas de acción y relación inter-áreas para la comunicación de los EAs detectados y seguimiento de las acciones de solución y prevención adoptadas.
- Gestionar un mecanismo de evaluación de resultados a través de la definición de indicadores, objetivos y metas.
- Establecer un sistema de comunicación de resultados.

Si bien son varias las modalidades de detección de incidentes de seguridad, hay dos que cuentan con amplio consenso y evidencia acerca de su eficacia:

- ✓ El sistema de reporte voluntario, efectuada por los propios trabajadores de la salud⁶⁹.
- ✓ La metodología Global Trigger Tools (GTT)^{70,71}, desarrollada por el Institute of Healthcare Improvement (IHI), de los Estados Unidos de América.

Se sugiere utilizar estas dos metodologías de manera complementaria, ya que se ha demostrado que ninguna de ellas individualmente es capaz de detectar la totalidad de los eventos adversos que se presentan en los establecimientos sanitarios. Es por ello que su implementación conjunta permitirá disponer de un más amplio campo de información, sumando los aportes de cada una de ellas.

Respecto de los sistemas de reporte voluntarios de incidentes de seguridad del paciente (SRVISP), sus limitaciones han sido bien documentadas. Los informes de eventos están sujetos a sesgo de selección debido a su carácter voluntario, capturan sólo una fracción de los acontecimientos y pueden no identificar de forma fiable los acontecimientos graves. Del mismo modo, el espectro de los hechos reportados es limitado. Un análisis de situaciones relatadas por los profesionales de enfermería refiere que solamente se reporta el 25% de los errores que se cometen. La experiencia regional también sugiere que los SRVISP no son útiles para realizar una gestión estratégica global de los incidentes. Por todo lo antedicho, no deben utilizarse los SRVISP suponiendo que a partir de ellos abordaremos el universo de los problemas de seguridad reales de una institución⁷².

Sin embargo, la utilidad de los sistemas voluntarios radica en:

1. Recopilar información relativa a los problemas de seguridad del paciente que el personal percibe o identifica. Ello está limitado no sólo a la voluntad de reportar sino también a la posibilidad o capacidad para identificar una circunstancia de la práctica como un incidente.
2. Permitir a las organizaciones utilizar esta información para crear mejoras en los procesos, actitudes y estructuras a fin de reducir la probabilidad de la repetición del mismo tipo de error.
3. Estimular una cultura de apertura hacia el tratamiento de los errores de manera adulta y no punitiva.
4. Aprender de los errores cometidos y diseminar lecciones aprendidas a fin de crear una cultura proactiva hacia la identificación y detención de otros errores y facilitar la adopción de estrategias de seguridad establecidas.

De allí que puede concluirse que el beneficio más marcado que generan los SRVISP es el cambio de cultura, llevando a las unidades e instituciones que lo implementan a niveles de proactividad sorprendentes respecto en la detección de incidentes y el compromiso con el cambio y las mejoras implementadas.

Las GTT, por su parte, se basan en la búsqueda activa de elementos (disparadores o “triggers”), capaces de guiarnos en la detección de eventos adversos no explícitamente consignados, a partir de la información contenida en muestras mensuales de historias clínicas de pacientes egresados.

Tanto para las GTT como para los SRVISP debe existir una instancia de coordinación, que comunica cada hecho detectado a las áreas responsables de su análisis (servicios asistenciales, grupos de intervención, comités, etc.) y del diseño e implementación de medidas correctivas y de prevención.

Cabe destacar, que dado que la enorme mayoría de estas situaciones provienen de fallas sistémicas y no de acciones voluntarias por parte de los integrantes de los equipos sanitarios, ninguna de las metodologías mencionadas debe ser encarada con criterio punitivo. En este sentido es necesario desarrollar previa y paralelamente a su implementación, actividades de inducción y capacitación dirigidas a todos los niveles, de modo que la no punibilidad se transforme en el pilar básico que garantice los resultados esperados en términos de la mejora continua. Si intentamos diferenciar la porción de incidentes que cada herramienta captura, podremos decir que los SRVISP evidencian con mayor precisión los errores, casi errores y errores sin daño; mientras que los GTT se enfocan en la detección de eventos adversos como foco primario. La implementación conjunta y las mejoras resultantes de ello, aumenta la probabilidad de generar entornos más seguros.

Existen acciones que son comunes para la puesta en marcha de ambas metodologías y otras que son particulares para cada una de ellas. Si bien pueden ser iniciadas simultáneamente, no existe inconveniente alguno para hacerlo de manera secuencial. Cada establecimiento deberá seleccionar qué modalidad de implementación es la más adecuada a sus posibilidades.

1. GTT:

- a. Definición de
 - i. Tamaño muestral de registros clínicos a analizar.
 - ii. Áreas alcanzadas (todo el establecimiento, áreas incluidas o excluidas especialmente, etc.).
- b. Categorización de EAs detectados y priorización de acuerdo a su nivel de riesgo.
- c. Mecanismos para la adecuación de los “gatillos” a utilizar, de acuerdo a la incidencia y prevalencia local de los fenómenos.

2. Sistema de notificación voluntaria de EAs:

- a. Diseño del sistema de notificación (por ejemplo, a través de la utilización de buzones o de notificación electrónica).
- b. Definición de la modalidad de notificación (anónima o no).
- c. Capacitación del personal, haciendo hincapié en la que el sistema no persigue fines punitivos.
- d. Retroalimentación a los notificantes, individual o general, que permite que la notificación se sostenga en el tiempo.

9. EL ROL DEL PACIENTE EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Introducción

El historiador médico Edward Shorter en su libro *Bedside manners*, argumentaba que la calidad de la relación médico-paciente era dependiente de los niveles de ciencia y tecnología. Antes de 1880, cuando el médico tenía poco poder diagnóstico y terapéutico, el paciente tenía más participación y con frecuencia pedía una segunda opinión; mientras que a medida que la medicina ganó poder diagnóstico y posteriormente terapéutico, el aura de ciencia que rodeaba a los médicos hizo que los pacientes confiaran en ellos como nunca antes. En 1969, el neurólogo holandés Jan Hendrik van den Berg publicó el libro “Poder médico y ética”, donde llama la atención acerca de la poca o nula información que los médicos brindaban a sus pacientes. Al mismo tiempo, propone incorporar a los pacientes en la toma de decisiones acerca de su salud, y permitirles leer libremente su propia historia clínica. Fue sin duda un pionero del empoderamiento del paciente en la historia reciente⁷³.

En la actualidad sabemos que las personas tienen derecho a tomar decisiones acerca de las cuestiones que hacen a la atención de su salud y pueden contribuir enormemente a reducir los eventos adversos y los incidentes relacionados con la asistencia sanitaria. El compromiso del paciente en su seguridad significa que tiene la oportunidad de evaluar la atención que recibe, con la expectativa de que otros utilicen esta información de modo constructivo para mejorar su cuidado. Los pacientes sólo pueden tomar un rol activo, si cuentan con la información suficiente, entienden cómo utilizarla y están convencidos de que tienen la oportunidad y el derecho de participar en la seguridad de su cuidado, sin menoscabar la responsabilidad del equipo de salud interviniente. Los pacientes son los individuos destinatarios de la atención sanitaria y los que eventualmente sufren las consecuencias de los incidentes que pudieran producirse. Por lo tanto, estos deberían ser los principales interesados en prevenir incidentes, y en muchos casos podrían colaborar a detectarlos fácilmente (medicación errónea, estudio erróneo, no lavado de manos, etc.)^{74,75}.

Objetivo general:

Promover la participación de los pacientes y sus cuidadores en la seguridad del paciente.

Objetivos específicos:

Promover un cambio cultural en los establecimientos de salud fomentando una relación profesional-paciente basada en la toma de decisiones compartida y en el empoderamiento de los pacientes y/o cuidadores en pos de la seguridad en la atención.

Recomendaciones:

- Incentivar en los establecimientos sanitarios los cambios culturales necesarios para que la participación de los pacientes sea un valor deseado y promovido dentro de las organizaciones.
- Sensibilizar a los directivos de los centros de salud acerca de la importancia y de los beneficios del empoderamiento de pacientes.
- Desarrollar acciones que estimulen la participación activa de los pacientes/cuidadores en actividades relacionadas con la seguridad asistencial.

- Capacitar a los equipos de salud para que incorporen activamente a los pacientes en las acciones destinadas a promover la seguridad en la atención.
- Entrenar al equipo de salud para desarrollar estas acciones entendiendo la cultura local en cuanto a la relación equipo de salud/paciente.
- Elaborar procedimientos y materiales que proporcionen información a los pacientes en temas de calidad y seguridad asistencial, fomentando la transparencia de la información.
- Capacitar al personal de salud en el uso de herramientas de comunicación con los pacientes y sus familias.
- Proveer información a los pacientes en un lenguaje comprensible y verificar que ha sido entendida.
- Llevar a cabo instancias de medición de resultados de los programas de seguridad del paciente, identificando potenciales mejoras y objetivos relevantes para los pacientes (por ejemplo, a través de encuestas para conocer la experiencia de los pacientes y/o la confianza en la institución).

Programa “Pacientes en defensa de su seguridad”⁶⁶

- Se recomienda seguir iniciativas para promover la participación de los pacientes en actividades vinculadas con su seguridad, como las impulsadas por la OMS. En el año 2005 creó la “Alianza mundial para la seguridad del paciente”, con el objetivo de mejorar la seguridad en todos los ámbitos de la atención sanitaria mundial, fomentando la participación de los pacientes. Asimismo, The Joint Commission, lanzó en 2002 la campaña llamada *Speak Up*, en la cual urge a los pacientes a tomar un rol activo en la prevención de los errores emanados del cuidado de su salud, involucrándose en éste y estando informados.

Programas de higiene de manos⁷⁶

- Se recomienda adherir a la iniciativa implementada en el mundo de invitar a los pacientes a preguntarle al personal si se lavó las manos (mediante cartelera o portando pines en sus guardapolvos que le recuerdan al paciente que debe preguntar). La presencia de dispensadores de alcohol gel dentro de la habitación permite además que el paciente verifique el lavado de manos.

Participación activa por una cirugía segura⁴⁰

- Se recomienda la participación activa del paciente en la implementación del listado de verificación quirúrgica, herramienta que verifica con el paciente su identidad, medicación, alergias, entre otros antecedentes. Asimismo, se sugiere que el cirujano marque el sitio de la cirugía sobre el paciente con la participación del mismo.

Medicación sin daño⁷⁷

- Se recomienda el uso de la herramienta “5 momentos para la seguridad de los medicamentos”, lanzado por la OMS en el 2017. El objetivo de esta propuesta es que los pacientes, familiares y profesionales de la salud verifiquen que todos los pasos del ciclo de la medicación sean correctos.

El equipo de salud debe brindarles al paciente y su familia la información y educación necesarias para cumplir con esta acción mediante información clara, escrita en lenguaje simple, adecuado a su educación y necesidades. Legible y, si es posible, con ayuda visual, dibujos o fotos, para conocer el nombre de sus medicamentos, la dosis y frecuencia, la duración del tratamiento, la vía de administración, los posibles efectos adversos e interacciones (farmacológicas y alimentarias), y el motivo por el cual se le indica la droga, cómo almacenar y organizar sus medicamentos. Asimismo, debe preguntársele siempre si tiene dudas acerca de su medicación.

También se recomienda que los pacientes y cuidadores lleven consigo un listado actualizado, escrito, de cada medicamento, suplemento y medicamento alternativo y sus dosis. El paciente y el equipo de salud (médicos, enfermeros, farmacéuticos, nutricionistas y demás personal involucrado) deben verificar este listado en cada nivel de atención y brindar educación y/o corregirlo cuando sea pertinente (interacciones drogas-alimentos, modificación de la dosis, otros).

El paciente debe verificar junto con el médico o enfermero cada vez que se le administra medicación: nombre del paciente, droga, dosis, horario, vía de administración.

GLOSARIO^{78,79}

Acontecimientos adversos por medicamentos (AAM): cualquier daño grave o leve causado por el uso terapéutico (o falta de uso) de un medicamento. Los acontecimientos adversos se pueden clasificar en dos tipos según sus posibilidades de prevención: - AAM prevenibles: son aquellos AAM causados por errores de medicación. Suponen por lo tanto daño y error. - AAM no prevenibles: son aquellos AAM que se producen a pesar del uso apropiado de los medicamentos (daño sin error) y se corresponden con las denominadas reacciones adversas a medicamentos (RAM).

Error de medicación (EM): cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Esto puede estar relacionado con las prácticas profesionales, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas, e incluyen los fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización de los medicamentos. Esta definición expresa el carácter prevenible de los errores y el hecho de que suponen cualquier fallo que se produce en cualquiera de los procesos del sistema de utilización de los medicamentos.

Casi error: incidente en el proceso asistencial que no alcanza al paciente.

Error: es la falla para completar una acción tal como fue planeada o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo; no siempre provoca un daño o lesión. Por acción: resultante de “hacer lo que no había que hacer”. Por omisión: causado por “no hacer lo que había que hacer”.

Evento adverso: incidente que provoca injuria o daño al paciente, no intencional, consecuencia del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma.

Evento centinela: incidencia imprevista en la que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca. Una lesión grave comprende específicamente la pérdida de una extremidad o una función. La frase “o el riesgo de que se produzca” comprende toda variación del proceso cuya repetición conllevaría una probabilidad importante de un resultado adverso grave. Esos eventos se denominan “centinelas” porque avisan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediatas.

Incidente de seguridad: evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

Reacción adversa a medicamentos (RAM): todo efecto perjudicial y no deseado que se presenta después de la administración de un medicamento a las dosis normalmente utilizadas en el hombre para la profilaxis, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o con objeto de modificar su función biológica. Se considera que las RAM no suponen un mal uso de los medicamentos, es decir, que no se producen por un error.

REFERENCIAS

1. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS editors. *To Err is Human: Building a Safer Health System* - PubMed - NCBI. National Academies Press (US); 2000.
2. James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf.* 2013. doi:10.1097/PTS.0b013e3182948a69
3. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. *The Economics of Patient Safety: Strengthening a Value-Based Approach to Reducing Patient Harm at a National Level.*; 2017.
4. Ministerio de Sanidad y Política Social de España, Organización Mundial de la Salud. *Estudio IBEAS: Prevalencia de Efectos Adversos En Hospitales de Latinoamérica.*; 2010. [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME GLOBAL IBEAS.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf).
5. Organización Mundial de la Salud. Noticias de la Asamblea Mundial de la Salud, 25 de mayo de 2019. <https://www.who.int/es/news-room/detail/25-05-2019-world-health-assembly-update>. Published 2019.
6. Mazdorf Z. Organizational Culture and Safety Performance. *Occup Hazards.* 1999;61(5):109-112.
7. Agency of Healthcare Research and Quality. Culture of Safety. <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5/safety-culture>. Published 2019.
8. International Health Improvement. *Develop a Culture of Safety.* Boston; 2004. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/DevelopaCultureofSafety.aspx>.
9. Agency of Healthcare Research and Quality. Patient Safety Network. <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5/safety-culture>.
10. Reason J. Achieving a safe culture: Theory and practice. *Work Stress.* 1998. doi:10.1080/02678379808256868
11. Fleming M. Patient safety culture measurement and improvement: a "how to" guide. *Healthc Q.* 2005.
12. Flin R. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Saf Sci.* 2007. doi:10.1016/j.ssci.2007.04.003
13. MJ OM, T B, AM M, SEFH G de TT de la. Análisis de la implantación de prácticas seguras en los sistemas automatizados de dispensación de medicamentos. *Farm Hosp.* 2013;37:469-81.
14. Bates DW, Boyle DL, Vliet MBV, Schneider J, Leape L. Relationship between medication errors and adverse drug events. *J Gen Intern Med.* 1995. doi:10.1007/BF02600255
15. López Y, Otero M, Alonso P. Estudio prospectivo de los acontecimientos adversos por medicamentos (AAM) en pacientes hospitalizados. *Rev Clin Esp.* 2000;200.
16. L.J. D, E. T. K, N D-K, M. P. K, A S. Medication without harm: WHO's third global patient safety challenge. *The Lancet.* 2017;389(10080):1680-1681.
17. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. 2006. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>.
18. Cohen M. Preventing medication errors related to prescribing. In: *Medication Errors. Causes, Prevention, and Risk Management.* Washington, D.C.: : American Pharmaceutical Association; 1999.
19. Otero MJ, Martín R, Dominguez Gil A. Instituto para el uso seguro de medicamentos. In: *Errores de Medicación: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento.* Barcelona: EASO SL; 2001:95-102.
20. Manasse HR. Medication use in an imperfect world: drug misadventuring as an issue of public policy, Part 2. *Am J Hosp Pharm.* 1989.
21. Johnson A, Guirguis E, Grace Y. Preventing medication errors in transitions of care: A patient case approach. *J Am Pharm Assoc.* 2015. doi:10.1331/JAPhA.2015.15509

22. General US, Office A. Adverse Drug Events: The Magnitude of Health Risk Is Uncertain Because of Limited Incidence Data: HEHS-00-21. *GAO Reports*. 2000.
23. Meisel S, Sershon L, White D. Reducing adverse drug events and medication errors using rapid cycle improvement. *Qual Manag Health Care*. 1998. doi:10.1097/00019514-199806040-00002
24. Gamundi Planas C, Sabin Urkía P. *Documento de Consenso En Terminología y Clasificación En Conciliación de La Medicación*. Madrid; 2009. http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/conciliacion/Libro_consenso_terminologia_conciliacion.
25. Barnsteiner JH. Chapter 38. Medication Reconciliation. *Patient Saf Qual An Evidence-Based Handb Nurses*. 2008.
26. Mueller SK, Kripalani S. A Toolkit to Disseminate Best Practices in Inpatient Medication Reconciliation: Multi-Center Medication Reconciliation Quality Improvement Study (MARQUIS). *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2013;39(8):371-381.
27. R R, Claire E. *Medication Reconciliation Review*. s.l.: Institute for Healthcare Improvement.; 2004.
28. Mueller SK, Kripalani S, Stein J, et al. A toolkit to disseminate best practices in inpatient medication reconciliation: Multi-center medication reconciliation quality improvement study (MARQUIS). *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2013.
29. F. J. C., Ribera. Desprescripción: cuándo, cómo y por qué.). In: *III Jornada Nacional Rising Stars*. ; 2019.
30. M. CG, L. B, G. C, et al. Detección, análisis y prevención en el uso de medicamentos con similitud fonética, ortográfica o de envasado en Argentina. *Rev argent salud publica*. 2010;1(3):30-35.
31. SMP-España. Recomendaciones para prevenir los errores causados por confusión en los nombres de los medicamentos. http://www.ismp-espana.org/ficheros/Recomendaciones_nombres_ISMP-Espana.pdf. Published 2011.
32. Ministerio de Salud de la Nación. *Estudio Nacional de Diagnóstico Institucional y Prevalencia de IACS (2016)*. Mar del Plata: Ministerio de Salud de la Nación.; 2016.
33. Beatman S, Edmond W. *A Guide to Infection Control in the Hospital*. *International Society of Infectious Diseases Fifth Edition*. 2014. International Society of Infectious Diseases; 2014.
34. Acosta-gnass SI. *Acosta-Gnass SI. Manual de Control de Infecciones y Epidemiología Hospitalaria*. (Salud OP de la, ed.). Washington, D. C; 2011.
35. Improvement I for H. Measures to Prevent Healthcare-Associated Infections. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Measures/MeasurestoPreventHAIs.aspx>.
36. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. *Consenso Nacional Para La Implementación de Programas de Prevención y Control de Las Infecciones Asociadas Al Cuidado de La Salud En Los Establecimientos de Salud*. Argentina: Boletín oficial del 10 de diciembre de 2018; 2018. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resolución-690-2018-317302>.
37. O'Grady NP, Alexander M, Dellinger EP, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Am J Infect Control*. 2002. doi:10.1067/mic.2002.129427
38. Pileggi C, Bianco A, Flotta D, Nobile CGA, Pavia M. Prevention of ventilator-associated pneumonia, mortality and all intensive care unit acquired infections by topically applied antimicrobial or antiseptic agents: A meta-analysis of randomized controlled trials in intensive care units. *Crit Care*. 2011. doi:10.1186/cc10285
39. Crnich CJ, Drinka PJ. Does the Composition of Urinary Catheters Influence Clinical Outcomes and the Results of Research Studies? *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2007. doi:10.1086/510875

40. Organización Mundial de la Salud. *La Cirugía Segura Salva Vidas*. Ginebra; 2008. https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf.
41. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. *Listado de Verificación Para La Cirugía Segura y Su Manual de Uso e Instrucciones*. Argentina: Boletín oficial del 27 de enero del 2012; 2012.
42. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009. doi:10.1056/NEJMsa0810119
43. Urbach DR, Govindarajan A, Saskin R, Wilton AS, Baxter NN. Introduction of surgical safety checklists in Ontario, Canada. *N Engl J Med*. 2014. doi:10.1056/NEJMsa1308261
44. Bergs J, Lambrechts F, Simons P, et al. Barriers and facilitators related to the implementation of surgical safety checklists: A systematic review of the qualitative evidence. *BMJ Qual Saf*. 2015. doi:10.1136/bmjqs-2015-004021
45. Leape LL. The checklist conundrum. *N Engl J Med*. 2014. doi:10.1056/NEJMe1315851
46. Berwick DM. Overview of the 100,000 Lives Campaign. *J American Med Association*. 2006.
47. Ritesh M, Raffaele I, Wendon J. Rapid response systems: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care*. 2015;19(254).
48. Smith GB, Prytherch DR, Meredith P, Schmidt PE, Featherstone PI. The ability of the National Early Warning Score (NEWS) to discriminate patients at risk of early cardiac arrest, unanticipated intensive care unit admission, and death. *Resuscitation*. 2013. doi:10.1016/j.resuscitation.2012.12.016
49. Green M, Lander H, Snyder A, Hudson P, Churpek M, Edelson D. Comparison of the Between the Flags calling criteria to the MEWS, NEWS and the electronic Cardiac Arrest Risk Triage (eCART) score for the identification of deteriorating ward patients. *Resuscitation*. 2018. doi:10.1016/j.resuscitation.2017.10.028
50. National PEWS Steering Group. *PEWS National Clinical Guidelines*; 2017. <https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2017/02/NCG-12-PEWS-full-report-V21.pdf>.
51. Hou WH, Kang CM, Ho MH, Kuo JMC, Chen HL, Chang WY. Evaluation of an inpatient fall risk screening tool to identify the most critical fall risk factors in inpatients. *J Clin Nurs*. 2017. doi:10.1111/jocn.13510
52. Baek S, Piao J, Jin Y, Lee SM. Validity of the Morse fall scale implemented in an electronic medical record system. *J Clin Nurs*. 2014. doi:10.1111/jocn.12359
53. IECS. Foro Latinoamericano Colaborativo En calidad y Seguridad en Salud. Evitando UPP reporte de la primera fase de la colaborativa 2016. 2016.
54. National Pressure Ulcer Advisory Panel; European Pressure Ulcer Advisory; Pan Pacific Pressure Injury Alliance. *6. Prevención y Tratamiento de Las Úlceras Por Presión: Guía de Consulta Rápida*; 2014. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jconhyd.2006.01.001
55. Joint Commission International. *Estándares de Acreditación Para Hospitales de Joint Commission International*; 2014. <http://www.jcrinc.com>.
56. Organización Mundial de la Salud. Patient safety Solutions. Solution 2: patient identification. 2007. <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf?ua=1>.
57. Agrawal A. *Patient Safety*. New York: Springer New York; 2014. doi:doi:10.1007/978-1-4614-7419
58. LEY N° 1226/03. https://www.buenosaires.gob.ar/areas/leg_tecnica/sin/normapop09.php?id=51613&qu=c&ft=0&cp=&rl=1&rf=0&im=&ui=0&printi=&pelikan=1&sezion=&primera=0&mot_toda=&mot_frase=&mot_alguna=. Accessed August 22, 2019.
59. Honorable Congreso de la Nación Argentina. *Régimen de Identificación de Los Recién Nacidos*. Argentina; 1995. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=47539>.

60. Honorable Congreso de la Nación Argentina. *Ley de Identificación de Recién Nacidos. Ley 24884.*; 1997.
61. López J, Castillo F, Salavert M. Técnicas de identificación. *Microbiol Apl.* 2007. doi:10.1007/BF02643862
62. The Joint Commission. Hospital National Patient Safety Goals. In: *Hospital National Patient Safety Goals 2016.* ; 2016. doi:10.1136/bjophthalmol-2014-305816
63. Chassin MR, Becher EC. The wrong patient. *Ann Intern Med.* 2002. doi:10.7326/0003-4819-136-11-200206040-00012
64. World Health Organization. The nine Patient Safety Solutions: Preamble. *Communication.* 2007.
65. NHS improvement. SBAR communication tool –situation, background, assessment, recommendation. <https://improvement.nhs.uk/documents/2162/sbar-communication-tool.pdf>.
66. Junta de Andalucía. *ISAER (Identificación, Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación En Español.*
http://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/practicas_seguras/SBAR_Costa_Sol.pdf.
67. Pennsylvania Patient Safety Authority. Improving the Safety of Telephone or Verbal Disponible en internet: Orders. *Patient Saf Advis.* 2006;3(2).
68. Leape LL. Reporting of adverse events. *N Engl J Med.* 2002. doi:10.1056/NEJMNEJMhpr011493
69. Milch CE, Salem DN, Pauker SG, Lundquist TG, Kumar S, Chen J. Voluntary electronic reporting of medical errors and adverse events: An analysis of 92,547 reports from 26 acute care hospitals. *J Gen Intern Med.* 2006. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00322.x
70. Classen DC, Resar R, Griffin F, et al. “Global trigger tool” shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Aff.* 2011. doi:10.1377/hlthaff.2011.0190
71. Doupi P. Using EHR data for Monitoring and Promoting Patient Safety: Reviewing the Evidence on Trigger Tools. In: Mantas y col., ed. *Quality of Life through Quality of Information.* ; 2012. doi:doi:10.3233/978-1-61499-101-4-786.
72. Tosta de Carvalho V, Cassiani Bortoli SH. Errores en la administración de medicamentos: análisis de situaciones relatadas por los profesionales de enfermería. *Investig y Educ en Enferm.* 2001;XIX. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218301002>. ISSN 0120-5307.
73. Davis RE, Jacklin R, Sevdalis N, Vincent CA. Patient involvement in patient safety: What factors influence patient participation and engagement? *Heal Expect.* 2007. doi:10.1111/j.1369-7625.2007.00450.x
74. Weingart S. Patient engagement and Patient safety. AHRQ Patient Safety Network.
75. The Joint Commission. Speak Up initiatives. <https://www.jointcommission.org/speakup.aspx>.
76. Pittet D, Panesar SS, Wilson K, et al. Involving the patient to ask about hospital hand hygiene: A National Patient Safety Agency feasibility study. *J Hosp Infect.* 2011. doi:10.1016/j.jhin.2010.10.013
77. World Health Organization. 5 Moments for medication safety. <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/5moments/en/>.
78. Paz VS, Panattieri ND, Godio FC, Ratto ME, Arpi L, Dackiewicz N. Seguridad del paciente: glosario. *Arch Argent Pediatr.* 2015. doi:10.5546/aap.2015.469
79. Organización Mundial de la Salud. *Marco Conceptual de La Clasificación Internacional Para La Seguridad Del Paciente Versión 1.1.*; 2009. https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.



argentina.gob.ar/salud



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2019 - Año de la Exportación

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: anexo Seguridad del paciente -EX-2019-84558686- -APN-DNCSSYRS#MSYDS

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 52 pagina/s.