

MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESOL-2023-248-APN-MS



Ministerio de Salud
Argentina



MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Julio de 2022

Equipo de trabajo

Coordinadores

Ezequiel Monteverde
Roberto Klappenbach
Joaquín Baliña

Revisor

Jorge Neira

Consultores especialistas

Nora Dackiewicz
Nilda Vidal
Gustavo Jaluff

Referentes ministeriales

Sandra Rosa
Claudio Ortiz

Índice

Introducción	5
Línea 1: cultura de seguridad	7
1.1. La seguridad del paciente está mencionada como valor central dentro del plan estratégico institucional	7
1.2. Desarrolla un plan de acción en seguridad del paciente	8
1.3. Fomenta el liderazgo y el compromiso de los líderes con el cumplimiento de los objetivos del plan de acción en seguridad del paciente	9
1.4. Existe un equipo de trabajo que desarrolla acciones para la calidad y seguridad de los pacientes	11
1.5. Realiza evaluaciones periódicas del clima de seguridad en la institución a través de encuestas	12
1.6. Capacita a todo el personal en seguridad de la atención al paciente	13
Referencias bibliográficas	14
Línea de Acción 2: Prácticas para el Uso Seguro de Medicamentos	15
Introducción	15
2.1 Estrategia para el manejo seguro de los medicamentos de alto riesgo	16
2.2 Lista de medicamentos de alto riesgo	18
2.2.1 Lista de MAR difundida y accesible para el personal de salud	19
2.3 Utiliza identificadores de alerta en la rotulación de MAR / 2.4 Utiliza sitios de almacenamiento claramente diferenciados para los MAR	20
2.5 Utiliza formularios preimpresos para la prescripción de MAR	22
2.6 Utiliza sistemas de prescripción electrónica	23
2.7 Realiza doble chequeo a la hora de administrar drogas de alto riesgo	25
2.8 Existe la figura del farmacéutico clínico en la institución	26
2.9 Promueve la participación activa del farmacéutico en el pase de sala/ronda médica	27
2.10 El manejo de medicamentos está centralizado en la farmacia	28
2.11 Existen diluciones estandarizadas para los MAR	30
2.12 Establece procesos estandarizados para la conciliación de medicación en los diferentes puntos de traspaso asistencial	31
2.13 Desarrolla acciones para informar y educar a los pacientes sobre su rol activo en el proceso de uso seguro de medicamentos y de conciliación de medicación	33
Referencias bibliográficas	34
Línea de acción 3: Prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS)	36
Introducción	36
3.1. Programa institucional de vigilancia, prevención y control de IACS	36
3.2. Proceso de recolección de datos, análisis y procesamiento estadístico con el propósito de evaluar y establecer estrategias para el control de infecciones	39
3.3. Capacitación y participación de todo el personal en la prevención de IACS	41
3.4. Programa institucional de higiene de manos	2
3.5. Paquetes de medidas para la prevención de IACS	5
Referencias bibliográficas	9
Línea de acción 4: Prácticas seguras en cirugía	10
4.1. Dispone de un listado de verificación para la cirugía segura	10

4.2. Desarrolla acciones para su implementación y uso adecuado	12
4.3. Existe una instancia de monitoreo de la utilización del LVCS	13
4.4. Existe una instancia de monitoreo de la utilización del LVCS y se toman de decisiones según sus resultados	15
4.5. Desarrolla acciones para minimizar el riesgo de infecciones en el sitio quirúrgico	16
4.6 Utiliza los resultados del monitoreo de acciones para minimizar el riesgo de infecciones del sitio quirúrgico para implementar acciones de mejora	19
Referencias bibliográficas	22
Anexo línea 4	24
Línea 5: prácticas seguras en el cuidado de los pacientes	26
5.1. Implementa un procedimiento/programa de detección precoz del deterioro agudo de la condición clínica de pacientes internados a través de un equipo de rápida respuesta	26
5.2. Utiliza herramientas estandarizadas para la detección de los pacientes que cambian de situación clínica	29
5.3. Implementa un procedimiento de valoración del riesgo de caídas de los pacientes internados a través de la utilización de escalas validadas	32
5.4. Consigna la valoración del riesgo de caída en la historia clínica del paciente y, de ser posible, visualmente sobre el paciente, usando algún tipo de recurso como, por ejemplo, una pulsera o cartelería, para que todos los miembros del equipo sanitario puedan reconocer rápidamente el riesgo del paciente	36
5.5. Estandariza los cuidados universales de prevención de caídas y aquellos ajustados al riesgo de cada paciente	37
5.6. Existe una instancia de monitoreo periódico del cumplimiento de las medidas de prevención	39
5.7. Existe un registro indicador de caídas cuyos resultados se analizan periódicamente y se utilizan para la mejora	40
5.8. Implementa un procedimiento estandarizado de evaluación del riesgo de úlceras por presión (UPP) de los pacientes internados	41
5.9 Existe un registro de las UPP cuyos resultados se analizan periódicamente y se utilizan para la mejora	43
5.10. Estandariza los cuidados de prevención universales para UPP y un paquete de medidas estándar para pacientes de alto riesgo de UPP	44
Referencias bibliográficas	47
Línea de Acción 6: Prácticas para la Identificación Correcta de los Pacientes	49
Introducción	49
6.1 Utiliza un método estandarizado para la identificación correcta de los pacientes	49
6.2 Utiliza al menos dos identificadores (por ejemplo, nombre y fecha de nacimiento) para la identificación de los pacientes	53
6.3 Recomienda que el chequeo de la identidad del paciente se realice en cada intervención, traspaso, traslado o tratamiento	54
6.4 Capacita al personal de salud sobre procedimientos de control y verificación de la identidad de los pacientes	56
6.5 Utiliza un método estandarizado de identificación de las muestras biológicas e imágenes	57
6.6 Utiliza al menos dos identificadores (por ejemplo nombre y fecha de nacimiento del paciente) para la identificación de la muestra o imagen	58
6.7 Informa de manera sistemática a los pacientes, familiares y/o cuidadores sobre la importancia de su correcta identificación	59
6.8 Realiza evaluaciones periódicas del proceso de identificación de los pacientes y monitorea su eficacia a través de indicadores	60

6.9 Realiza evaluaciones periódicas del proceso de identificación de muestras e imágenes y monitorea su eficacia a través de indicadores	60
Referencias bibliográficas	61
Línea de acción 7: Prácticas para la comunicación efectiva entre profesionales	63
7.1. Desarrolla acciones que promuevan la comunicación efectiva entre el personal de salud	63
7.2. Capacita al personal de salud en la utilización de herramientas estandarizadas para una comunicación efectiva	64
7.3. Utiliza herramientas estandarizadas de comunicación durante la transferencia de pacientes en los cambios de turnos, en el mismo sector	64
7.4. Utiliza herramientas estandarizadas de la comunicación durante la transferencia de pacientes entre diferentes sectores	66
7.5. Utiliza formularios estandarizados de traslado entre diferentes sectores de la institución, donde consten los datos clínicos que reflejen la situación del paciente	68
7.6 Desarrolla acciones para la comunicación efectiva y a tiempo de valores críticos de pruebas diagnósticas que puedan poner en peligro la vida del paciente	69
Anexo línea 7	72
Línea de acción 8: Prácticas para el abordaje de eventos adversos	77
Introducción	77
8.1. El abordaje de los EA está contemplado en el plan estratégico institucional	77
8.2. Utiliza una modalidad de detección de incidentes de seguridad	79
8.3. Utiliza un sistema de notificación de incidentes de seguridad	80
8.4. Promueve una cultura no punitiva para el abordaje de los eventos adversos	85
8.5. Promueve la participación activa del personal de salud en el reporte de incidentes de seguridad	86
8.6. Existe una instancia de análisis causa-raíz de los incidentes reportados que permita diseñar acciones para su prevención	87
8.7. Existe una categorización de los EA basada, por ejemplo, en el nivel de impacto que son capaces de producir sobre el paciente	89
Referencias bibliográficas	90
Línea 9: El rol del paciente en la seguridad del paciente	92
Introducción	92
Acciones para el involucramiento de pacientes en la seguridad de atención	94
Referencias bibliográficas	98

Introducción

El manual de mejora de la seguridad del paciente se inscribe en una línea de continuidad iniciada en 2019 con el documento **Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria**, actualizado en 2021,¹ y continuada con la **Herramienta para la autoevaluación de buenas prácticas para la mejora de la calidad en los servicios de salud**, de 2021.² En este sentido, el manual tiene una intención práctica, que pretende brindar un mayor detalle al momento de implementar una estrategia organizacional de seguridad del paciente, sugiriendo estrategias y acciones concretas, una propuesta de indicadores para evaluar la evolución del programa y referencias para expandir el conocimiento en caso necesario.

Distinguimos un enfoque **práctico**, en línea con el cual se brinda una guía para los usuarios de los establecimientos de salud, que una vez definidas las líneas de acción priorizadas de acuerdo con la visión institucional (*Acciones*) y efectuado el diagnóstico de situación (*Herramienta*) puedan encontrar en este documento las acciones para llevar a cabo y la estrategia para monitorear su impacto. Desde el punto de vista **conceptual**, el enfoque tuvo en cuenta puntos de vista técnicos, bioéticos y económicos.

Por un lado, el mensaje real para cualquier enfoque de seguridad es: “la seguridad primero”, asumiéndolo como un valor innegociable de todo establecimiento que se dedique al cuidado de la salud. Una vez incorporado este concepto dentro de la cultura organizativa, es fundamental plantear un modelo de arriba hacia abajo. La cultura de la seguridad tiene que ser fomentada por los directores y administradores, en la medida que ellos sirven como ejemplo para los miembros del equipo, de cuáles acciones serán premiadas, toleradas o penalizadas. La piedra fundamental de una cultura organizativa de seguridad del paciente inicia con preguntas como ¿qué tan importante es la seguridad? ¿La seguridad es importante todo el tiempo o sólo de a ratos? ¿Está bien enfocarnos en este problema aún con un costo alto?³

Por otro lado, dado que la seguridad del paciente se basa en principios éticos y que su derivación natural es la responsabilidad de los profesionales de la salud de cuidar y proteger a los pacientes, el compromiso con la seguridad es una responsabilidad ética profesional. La ética, la seguridad y la calidad son conceptos muy ligados. Los motivadores más fuertes en calidad y seguridad se basan en la responsabilidad ética y la motivación del equipo de salud para tratar a los pacientes.⁴ El modelo paternalista tradicional de la medicina, en el cual el paciente tenía mínima intervención en las decisiones sobre su tratamiento ha ido evolucionando hacia un modelo en el cual los pacientes y profesionales de la salud trabajan en asociación para concretar el objetivo de la mejora de la salud. Como fuera planteado previamente, esa visión sobre el tratamiento debe respetar las preferencias, necesidades y valores de los pacientes y asegurar que esos valores estén incluidos en todas las decisiones clínicas.^{5,6}

Por último, la evidencia sugiere que 15% del gasto hospitalario total en los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) puede atribuirse a fallas en la seguridad, aunque esta es una estimación asumida como conservadora. Dado que el verdadero impacto proviene de los costos indirectos, que pueden representar el doble o triple de los directos, el monto agregado podría llegar a trillones de dólares por año. En otro orden, desde el punto de vista político, el costo de las fallas en la

seguridad incluye pérdida de confianza en los sistemas de salud, en los gobiernos y en las instituciones.⁷

Considerando lo antes mencionado, se espera que a través de la implementación de las diversas líneas de acción de mejora de la seguridad del paciente -facilitadas operativamente por medio de este documento- los establecimientos de salud de todo el país puedan revisar sus procesos asistenciales y administrativos e implementar acciones correctivas, con la finalidad de mejorar la seguridad de los pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria - Reedición febrero 2021. Published online 2021. Accessed October 6, 2021. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/acciones-para-la-seguridad-de-los-pacientes-en-el-ambito-de-la-atencion-sanitaria-reedicion>
2. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Herramienta para la evaluación y mejora de la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria. Published online 2020. Accessed October 6, 2021. http://www.legislaud.gob.ar/pdf/msres2801_2020anexo.pdf
3. Biggs HC, Dingsdag DP, Roos CR. A Practical Guide to Safety Leadership. Implementing A Construction Safety Competency Framework. Publicado online en 2008. Disponible en: https://eprints.qut.edu.au/27620/1/PGSL_Book.pdf
4. Agrawal A (ed.). Patient Safety. A case-based comprehensive guide. New York: Springer Science+Business Media, 2014.
5. Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm : a New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
6. Patient Engagement and Safety. AHRQ, PSNet 2019. Disponible en: <https://psnet.ahrq.gov/primer/patient-engagement-and-safety>
7. Slawomirski L, Auraen A, Klazinga N. The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD Health Working Papers (OECD Publishing, Paris). 2017:96. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5a9858cd-en.pdf?expires=1638451908&id=id&accname=guest&checksum=2BFFDFBD937604F4A6BC0036FC29D8F2>

Línea 1: cultura de seguridad

Línea 1 | Productos

1. Seguridad del paciente como valor del plan estratégico
2. Plan de acción de seguridad del paciente
3. Liderazgo y compromiso con los objetivos del plan de acción
4. Equipo de trabajo de calidad y seguridad de pacientes
5. Evaluaciones de clima de seguridad
6. Capacitación en seguridad de la atención del paciente

1.1. La seguridad del paciente está mencionada como valor central dentro del plan estratégico institucional

Como se menciona en el documento “Acciones”, una cultura de seguridad en salud es “*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*” (pág. 6). Una cultura de seguridad del paciente en las instituciones sanitarias es un requisito indispensable para prevenir y minimizar incidentes relacionados con la seguridad del paciente y poder aprender de los errores para reducir la probabilidad de que se vuelvan a producir.¹ Por lo tanto, esta cultura debe formar parte del plan estratégico institucional y ser transversal a todas las áreas de un centro de salud. La seguridad debe convertirse en parte de sus valores y acciones cotidianas, y no debe verse como una “tarea adicional”. El mensaje real para cualquier enfoque de valores de seguridad es: “**la seguridad primero**” (safety first)².

El histórico enfoque punitivo de los incidentes de seguridad ha mostrado consecuencias negativas, como la reticencia del reporte o el ocultamiento de estos eventos y la aparición o agravamiento del fenómeno de “segundas víctimas” en el personal de salud. Actualmente, se recomienda adoptar el enfoque de **cultura justa**, que aborda los incidentes de seguridad desde una visión sistémica, reconociendo que la gran mayoría de los errores son involuntarios y buscando identificar las condiciones que lo generaron, para entenderlos e intentar prevenirlos en un futuro. Esto implica que se promueva e incentive el reporte de los incidentes por el personal de salud, sin asignar culpa y con una postura de responsabilidad, compasión y preocupación hacia el personal involucrado. La cultura justa no implica una postura *laissez faire*, sino que por el contrario incluye el reconocimiento de las infrecuentes conductas de riesgo imprudentes, es decir aquellas conscientes, irrazonables y muchas veces repetitivas, y el establecimiento de las sanciones correspondientes cuando se considere necesario.

Línea 1.1 | Paso a paso

Producto esperado: seguridad del paciente como valor del plan estratégico institucional

1. **Primer paso:** verificar que la seguridad del paciente esté mencionada como valor dentro del plan estratégico institucional. Adicionalmente, se recomienda evaluar su pertinencia y actualización.
2. **Segundo paso:** en caso de que la seguridad del paciente no esté mencionada en el plan estratégico institucional, evaluar su incorporación junto con las áreas pertinentes a través de las recomendaciones contenidas en este manual.

1.2. Desarrolla un plan de acción en seguridad del paciente

Los centros sanitarios deben desarrollar planes de acción en seguridad del paciente con objetivos anuales, evaluación y plan de difusión de resultados. El plan de acción debe estar desarrollado de acuerdo con las características, necesidades y recursos de cada institución. Para elaborar el plan de acción se recomienda tomar en cuenta las líneas de acción priorizadas por el Ministerio de Salud en el documento “*Acciones*”³ y su evaluación mediante la “*Herramienta*”⁴. Como se menciona en este último documento, luego de evaluar el grado de cumplimiento de las líneas, se deben priorizar las áreas de mejora teniendo en cuenta el impacto en la prevención de eventos adversos, los recursos necesarios para la implementación, la factibilidad de implementación y las oportunidades de mejora frente al desempeño actual.⁴

Luego de priorizar las líneas de acción, se debe desarrollar e implementar un plan de mejora, para lo cual puede utilizarse el presente manual como insumo. Como también menciona la “*Herramienta*”, el plan de mejora debe establecer al menos los siguientes aspectos:

- Descripción del proceso, incluyendo etapas, personal y otros involucrados.
- Áreas y mecanismos de mejora a implementar en cada una.
- Responsables del diseño y de la implementación.
- Fecha estimada de implementación.
- Indicadores de seguimiento y control de efectividad de las mejoras.
- Metas a alcanzar (indicador de referencia al que se pretende llegar y lapso en el que se espera alcanzarlo).

Una vez implementado el plan de mejora se recomienda realizar un monitoreo de los resultados obtenidos y repetir la evaluación de manera periódica a fin de verificar si el plan de mejora logró el efecto deseado y se sostiene en el tiempo.

Línea 1.2 | Paso a paso

Producto esperado: plan de acción de seguridad del paciente

1. **Primer paso:** verificar la existencia de planes de acción en seguridad del paciente referenciados en el plan estratégico institucional u otros documentos de gestión ejecutiva de la institución.
2. **Segundo paso:** en caso de que no exista ningún plan de acción, se recomienda llevar a cabo el proceso de diseño y redacción de un plan de acción adaptado a las necesidades y características de la institución, pudiendo tomarse como referencia el presente manual. Para aquellas instituciones que sí cuenten con un plan de acción, se recomienda revisar su contenido y evaluar la eventual necesidad de actualizarlo o incorporar puntos adicionales, pudiendo tomarse como referencia el presente manual
3. **Tercer paso:** una vez revisado o redactado el plan de acción, se recomienda su difusión entre las áreas y departamentos involucrados en los procesos de seguridad del paciente

1.3. Fomenta el liderazgo y el compromiso de los líderes con el cumplimiento de los objetivos del plan de acción en seguridad del paciente

Las instituciones deben reconocer e involucrar a los líderes y referentes hospitalarios en el cumplimiento del plan de acción en seguridad e incorporarlos dentro de la estructura formal de la institución. Estos líderes deberían formar parte o estar involucrados con el comité o servicio de calidad y seguridad, y, teniendo en cuenta las características organizativas, debe considerarse la posibilidad de reconocer y proteger el tiempo de dedicación de los líderes, para garantizar la estabilidad y continuidad al proyecto de mejora. Existen numerosas aproximaciones sobre las aptitudes para un liderazgo efectivo; a continuación, se exponen las propuestas por Lucas y Nacer, que no necesariamente deben presentarse todas en una persona, equipo o incluso organización, si no que sirven como guía de lo ideal.⁵

Tabla 1.1 | Aptitudes de liderazgo según Lucas y Nacer

Pensamiento sistemático	<ul style="list-style-type: none"> • Síntesis • Disposición para el cambio • Establecimiento de conexiones
Aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamiento crítico • Resolución de problemas • Abordaje reflexivo
Influencia	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitación • Escucha dirigida • Visión de conflictos como oportunidades
Creatividad	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de teoría de juegos • Generación de ideas • Abordaje en equipo
Adaptación	<ul style="list-style-type: none"> • Ponderación de riesgos • Abordaje de la incertidumbre • Optimismo crítico

Fuente: elaboración propia en base a Lucas & Nacer (2021)

Además de otras tareas que involucran la implementación de las líneas de acción propuestas, se sugiere que los líderes realicen “recorridos ejecutivos de seguridad” (leadership walkrounds). Estas recorridas, que han mostrado mejorar el clima de seguridad, tienen la finalidad de escuchar a los trabajadores de las distintas áreas de atención de los pacientes con el objetivo de captar fallas del sistema e identificar dónde asignar recursos para mejorar la seguridad, la calidad y la eficiencia.^{6,7} Las formas de implementación de estas recorridas son múltiples, pero algunas recomendaciones son que: deben hacerlas líderes y/o directivos (médicos y no médicos) en conjunto con alguien que tome nota, con una frecuencia regular (ej. mensual), programadas con los jefes de unidad con anticipación, que involucren a la mayoría del personal del área (médicos, enfermeros, técnicos, administrativos, limpieza, etc.), incentivando su participación que no debe ser obligatoria.

Línea 1.3 | Paso a paso

Producto esperado: liderazgo y compromiso con los objetivos del plan de acción

1. **Primer paso:** verificar la existencia de comités o espacios de trabajo abocados a la seguridad del paciente, donde pudieran detectarse líderes y referentes en la temática dentro de la institución.
1. **Segundo paso:** en caso de que no existan espacios de esta naturaleza, o bien existieran pero no se encontraran personas interesadas en asumir un rol de liderazgo en la temática, se recomienda llevar a cabo una revisión interna de perfiles de profesionales interesados/as en la temática y en liderar los procesos de seguridad del paciente dentro de la institución. En caso de que existan estos espacios o bien personas que ya ocupen roles de liderazgo, involucrarlos en los comité o servicios de calidad o seguridad de la institución para que coordinen y promuevan las actividades del plan de acción.

1.4. Existe un equipo de trabajo que desarrolla acciones para la calidad y seguridad de los pacientes

Se recomienda la existencia de un equipo de trabajo (comité institucional o servicio) integrado por líderes en calidad y seguridad de atención de los pacientes, de tal manera que trabajen de manera transversal a todos los servicios de atención y que ayuden a diseñar, implementar y monitorear los planes de acción. Este equipo de trabajo requiere de un reconocimiento formal (estructura institucional, capacitación) e informal (cualidades del liderazgo citadas más arriba). Se sugiere que este equipo sea multidisciplinario y representativo de los servicios y profesionales de la salud. Asimismo, debe considerarse la inclusión de personal que asesore a las autoridades del Comité/Servicio con habilidades en el manejo de datos, gestión de personal, legales, informática, administrativos, limpieza, etc. Es fundamental que los proyectos que se generen desde este equipo de trabajo sean difundidos a nivel institucional y tengan apoyo de los directivos, así como la asignación de recursos necesarios para desarrollar el plan de mejora.

Línea 1.4 | Paso a paso

Producto esperado: equipo de trabajo de calidad y seguridad de pacientes.

1. **Primer paso:** Verificar la existencia de equipos de trabajo o comités, abocados a la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.
2. **Segundo paso:** en caso de que no exista un espacio de trabajo de estas características, constituir uno considerando, en la medida de las posibilidades, la diversidad de perfiles antes mencionada.
3. **Tercer paso:** a los fines de garantizar la legitimidad del grupo de trabajo, se recomienda su difusión y el aval de la dirección de la institución.

1.5. Realiza evaluaciones periódicas del clima de seguridad en la institución a través de encuestas

La cultura de seguridad de una institución se puede evaluar mediante encuestas. En caso de no haberse hecho previamente, se recomienda que se haga una medición basal y mediciones de seguimiento anuales. La encuesta más frecuentemente utilizada es la desarrollada por la Agencia de Investigación en Calidad y Salud de Estados Unidos (AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality), que ha sido traducida al español y utilizada en Argentina.^{8,9} Esta encuesta incluye 42 preguntas que evalúan 3 dominios:

- Cultura de seguridad
 - percepción de seguridad
 - frecuencia de eventos notificados
- Cultura de seguridad a nivel de servicio/unidad
 - Expectativas y acciones que favorecen la seguridad
 - Aprendizaje organizativo/mejora continua
 - Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio
 - Franqueza en la comunicación
 - Feedback y comunicación sobre errores
 - Respuesta no punitiva a los errores
 - Dotación de personal
 - Apoyo de la dirección del hospital en la seguridad del paciente
- Cultura de seguridad en todo el hospital
 - Trabajo en equipo entre los servicios
 - Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades

La aplicación de las encuestas debe hacerse con el objetivo de recabar la mejor información posible. Para ello se debe evaluar cómo se realizará el muestreo, la administración de la encuesta, la recolección y análisis de los datos, y la difusión de los resultados. Cada uno de

estos aspectos deben definirse según las características de la institución y los recursos disponibles.¹⁰¹ Por ejemplo, el muestreo puede ser:

- Un censo (todos los trabajadores del hospital), que es ideal pero dificultoso de realizar;
- Algunos trabajadores (ej. enfermeros) de todas las unidades del hospital (más representativo);
- Todos los trabajadores de algunas unidades;
- Algunos trabajadores de algunas unidades (menos representativo).

Línea 1.5 | Paso a paso

Producto esperado: evaluaciones de clima de seguridad.

1. **Primer paso:** verificar la existencia de evaluaciones de calidad realizadas con anterioridad.
1. **Segundo paso:** en caso de que no se hayan realizado instancias previas de evaluación, diseñar un instrumento de evaluación considerando las recomendaciones antes mencionadas para esta línea. En caso de que sí se hayan realizado instancias previas de evaluación, se recomienda evaluar su diseño, contenido y aplicación en búsqueda de posibles oportunidades de mejora, considerando las recomendaciones antes mencionadas para esta línea.

1.6. Capacita a todo el personal en seguridad de la atención al paciente

La capacitación es una de las herramientas esenciales para la mejora de la calidad. Los temas y la modalidad de capacitación serán definidos en cada institución. Las líneas de acción priorizadas son un insumo para la generación de conocimiento y capacitación. Por ello se propone el abordaje a través de múltiples aspectos, como ser las generalidades de la seguridad, técnicas en implementación de mejoras de la seguridad, prácticas seguras, indicadores, etc. Asimismo, el público debe ser amplio, incluyendo al personal jerárquico, médico, no médico, técnico, administrativo, etc.

Línea 1.6 | Paso a paso

Producto esperado: capacitación en seguridad de la atención del paciente

1. **Primer paso:** verificar la existencia de capacitaciones en seguridad del paciente realizadas con anterioridad o bien programadas para el corto plazo.
1. **Segundo paso:** en caso de que no se hayan realizado instancias de capacitación en seguridad del paciente, se recomienda realizar un diagnóstico de situación de las necesidades de formación para el personal y desarrollar un plan de capacitación en seguridad del paciente acorde a las necesidades. En caso de que sí se hayan realizado instancias de capacitación en seguridad del paciente, se recomienda evaluar su alcance entre los/as profesionales y determinar si es necesario realizar cursos adicionales.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Accessed November 24, 2021. <https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20de%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=21>
2. Biggs HC, Dingsdag DP, Roos CR. A Practical Guide to Safety Leadership. Implementing A Construction Safety Competency Framework. Published online 2008. Accessed November 24, 2021. https://eprints.qut.edu.au/27620/1/PGSL_Book.pdf
3. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria - Reedición febrero 2021. Published online 2021. Accessed October 6, 2021. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/acciones-para-la-seguridad-de-los-pacientes-en-el-ambito-de-la-atencion-sanitaria-reedicion>
4. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Herramienta para la evaluación y mejora de la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria. Published online 2020. Accessed October 6, 2021. http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres2801_2020anexo.pdf
5. Bill Lucas, Hadjer Nacer. The habits of an improver. Accessed December 3, 2021. <https://www.health.org.uk/publications/the-habits-of-an-improver>
6. Thomas EJ, Sexton JB, Neilands TB, Frankel A, Helmreich RL. The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: a randomized trial of clinical units[ISRCTN85147255] [corrected]. BMC Health Serv Res. 2005;5(1):28. doi:10.1186/1472-6963-5-28
7. Frankel A, Grillo SP, Baker EG, et al. Patient Safety Leadership WalkRounds™ at Partners HealthCare: Learning from Implementation. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2005;31(8):423-437. doi:10.1016/S1553-7250(05)31056-7
8. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0 Spanish. Published online 2019. Accessed November 24, 2021. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/SOPS-Hospital-Survey-2-0-Spanish-5-26-2021.pdf>
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Published online 2005. Accessed November 24, 2021. <https://seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2007/CuestionarioSeguridadPacientes.pdf>

Línea de Acción 2: Prácticas para el Uso Seguro de Medicamentos

Línea 2 | Productos

1. Estrategias de medicamentos de alto riesgo (MAR)
2. Comité interdisciplinario de farmacoterapéutica
3. Listado actualizado y accesible de MAR
4. Métodos de clasificación y reconocimiento de MAR
5. Sector de MAR
6. Formularios pre-impresos de prescripción de MAR
7. Sistema de prescripción electrónica
8. Protocolo de administración de MAR
9. Farmacéutico clínico con criterios de participación
10. Manejo centralizado de MAR
11. Estandarización de diluciones para MAR
12. Protocolo de conciliación de medicación
13. Criterios de información para pacientes

Introducción

El fin de este documento es brindar una guía para la aplicación de los conceptos incluidos en el Tercer Reto para la Seguridad del Paciente lanzado por la OMS, conocido como “Medicación sin daños” cuya meta es la reducción del daño grave y evitable relacionado con la medicación en 50% en 5 años, a través del fortalecimiento de los sistemas de reducción de los errores de medicación y el daño asociado.¹

Las medidas a aplicar están basadas en el concepto de factores humanos y sus características centrales son (1) reducir la complejidad, al estandarizar los procesos y eliminar la redundancia, (2) incorporar restricciones a los desvíos del proceso estandarizado y (3) mejorar el proceso de información.²

Los principios generales son:

- Reducir la posibilidad de que los errores ocurran
- Visibilizar los errores
- Minimizar las consecuencias de los errores

Y los objetivos apuntan a los 5 “correctos” en el manejo de los medicamentos:

1. Medicamento Correcto
2. Dosis Correcta
3. Paciente Correcto

4. Hora Correcta
5. Vía De Administración Correcta

2.1 Estrategia para el manejo seguro de los medicamentos de alto riesgo

El establecimiento desarrolla una estrategia que contempla procesos de trabajo estandarizados para el manejo seguro de medicamentos de alto riesgo (MAR). Esto incluye la elaboración de un documento que describa las acciones para su trazabilidad mediante:

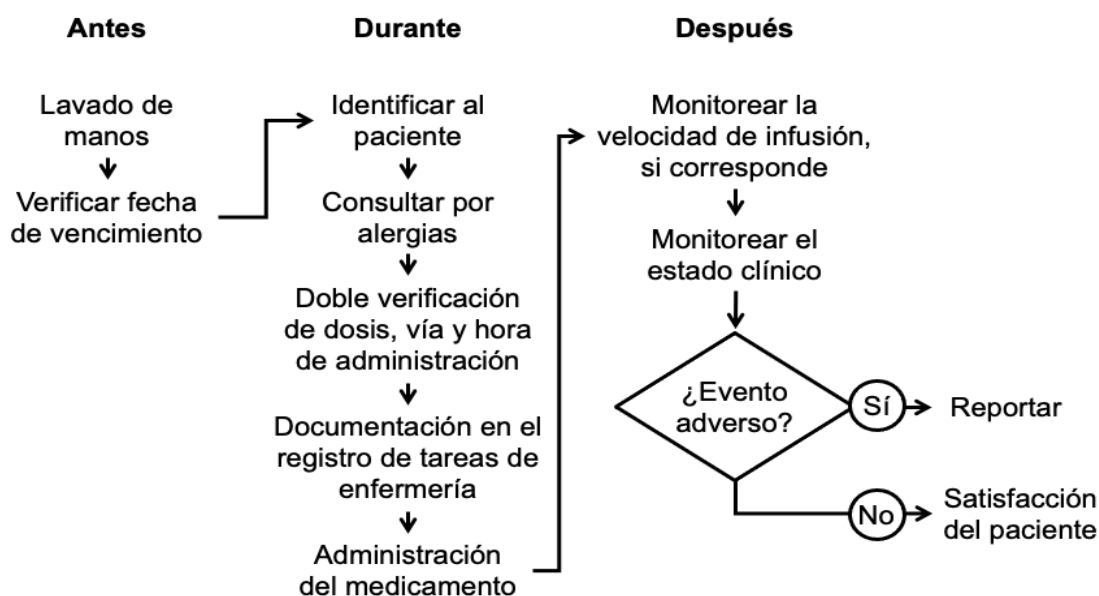
- Identificación
- Almacenamiento
- Dispensación
- Distribución
- Administración

El documento tiene que incluir fecha de vigencia y responsables de las actividades que desarrolla, así como también ser revisado y actualizado periódicamente. Se propone la creación dentro de la institución de un comité interdisciplinario de farmacoterapéutica en relación con el comité de Seguridad del Paciente y la Dirección Médica. Este grupo tendrá como tareas:

- Capacitar a los profesionales en el manejo de MAR
- Difundir información sobre nuevos MAR incorporados a la lista
- Monitorear la identificación de los MAR (etiquetado, almacenamiento)
- Definir la disponibilidad de MAR por sectores del hospital
- Proponer proyectos de estandarización de la prescripción, almacenamiento, preparación, dispensación y administración de los MAR
- Asesorar a la Dirección sobre las características deseadas de los sistemas de prescripción electrónica
- Controlar los productos comerciales incluidos en la lista de MAR con la finalidad de reducir la variabilidad (concentración, composición, forma de presentación, etc.)
- Analizar el subgrupo de EA relacionados con MAR, proveer estrategias para la prevención y difundir entre los miembros de la comunidad hospitalaria la evolución de los indicadores relacionados

La estrategia puede resumirse en el siguiente diagrama:

Figura 2.1 | Diagrama para estrategias de MAR:

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social (2014)³

Línea 2.1 | Paso a paso

Productos esperados: estrategias de MAR; comité interdisciplinario de farmacoterapéutica

1. **Primer paso:** verificar la existencia de un comité interdisciplinario de farmacoterapéutica y de documentos o estrategias de MAR.
2. **Segundo paso:** en caso de contar con documentos o estrategias de MAR, evaluar su contenido en base a las recomendaciones antes mencionadas en la línea de acción. En caso de no contar con documentos o estrategias de MAR, desarrollar y redactar un documento en base a las recomendaciones antes mencionadas en la línea de acción.
3. **Tercer paso:** en caso de contar con un comité interdisciplinario de farmacoterapéutica, se recomienda verificar que las tareas y líneas de trabajo del comité estén en línea con las recomendadas. En caso de que el comité no existiera, constituir el comité interdisciplinario de farmacoterapéutica en relación con el comité de Seguridad del Paciente y la Dirección Médica, siguiendo las recomendaciones antes mencionadas

2.2 Lista de medicamentos de alto riesgo

Se definen como medicamentos de alto riesgo (MAR) a aquellos que presentan un riesgo muy elevado de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el proceso de utilización. Esta definición no significa que los errores asociados a estos medicamentos sean más frecuentes, sino que, en caso de producirse, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves.⁴

El listado de MAR deberá ser evaluado dentro de cada institución, de acuerdo con las características que tenga. El listado de referencia es el del Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos de España (ISMP), que incluye 23 grupos terapéuticos y 12 medicamentos específicos.⁵

En la Argentina, el Hospital Garrahan se encuentra en proceso de definición de un listado de MAR para pacientes pediátricos que puede usarse como referencia para otros establecimientos. El listado definido hasta el momento se presenta a continuación:

- Grupos Terapéuticos:
 - Anticoagulantes orales: acenocumarol, warfarina
 - Heparinas: sódica, enoxaparina
 - Opiáceos: codeína, fentanilo, metadona, morfina nalbufina, naltrexona, oxicodona
 - Tranquilizantes: clonazepam, clorpromazina, haloperidol, levomepromazina, lorazepam, midazolam, risperidona
- Medicamentos específicos:
 - Insulinas EV y subcutánea
 - Fosfato de potasio
 - Fosfato de sodio
 - Gluconato de calcio
 - Cloruro de potasio
 - Cloruro de sodio hipertónico
 - Metotrexato oral (uso no oncológico)
 - Solución de analgesia epidural
 - Sulfato de magnesio EV

Una lista más extensa puede encontrarse en el listado preparado por el grupo de trabajo del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.⁶

El listado institucional de MAR debe incluir:

- Las estrategias definidas para su manejo
- Los mecanismos de estandarización de su prescripción, almacenamiento, preparación y administración
- El establecimiento de dosis máximas
- Reducción de la variedad de presentaciones y concentraciones disponibles en la institución
- Procesos de doble chequeo durante la preparación, y
- Administración de este tipo de medicamentos

Línea 2.2 | Paso a paso

Producto esperado: listado actualizado y accesible de MAR

1. **Primer paso:** verificar y actualizar el listado institucional de MAR, de acuerdo con las pautas antes mencionadas.
2. **Segundo paso:** compartir el listado de MAR a través de un canal institucional de libre y fácil acceso para todos/as los/as profesionales.

2.2.1 Lista de MAR difundida y accesible para el personal de salud

El efector debería garantizar la difusión de la lista de MAR a través de medios adecuados a todo el personal, permanente o eventual, así como a ingresantes recientes. El listado debería estar disponible 24 horas todos los días con el fin de facilitar la consulta, revisión y actualización periódica. Estas condiciones permiten asegurar procesos controlados y diferenciados para los MAR.

Si bien el listado del ISPR puede servir de referencia, cada establecimiento debería seleccionar los MAR más apropiados, agregándole las características propias (forma farmacéutica, concentración, incompatibilidades). Las formas de difusión adoptan una multiplicidad de variantes, de acuerdo con los recursos organizacionales:

- Comunicación a través de cartelería en sitios clave
- Copia impresa del documento actualizado en poder de jefes/as de cada servicio
- Envío periódico de altas, bajas y modificaciones sobre el listado a través de e-mail a todo el personal asistencial del establecimiento
- Acceso al documento actualizado (como documento pdf) en el sitio web del establecimiento
- Acceso a este documento y otros a través de una aplicación específica del establecimiento asistencial

A modo de contextualizar y dirigir mejor la comunicación sobre MAR, se plantea la posibilidad de confeccionar carteles con listados específicos para determinadas áreas, como citostáticos en el Hospital de Día Oncológico, agentes de contraste endovenosos en el sector de Diagnóstico por Imágenes o drogas vasoactivas, antiarrítmicos y sedantes en la Unidad de Cuidados Intensivos.

2.3 Utiliza identificadores de alerta en la rotulación de MAR / 2.4 Utiliza sitios de almacenamiento claramente diferenciados para los MAR

Las sub-líneas 3 y 4 se tratarán juntas, dado que apuntan a lo mismo: identificar sobre cada envase (sub-línea 3) o sobre un conjunto (sub-línea 4) aquellos medicamentos que se encuentran en el listado de MAR. Adicionalmente, otra de las características que pueden generar problemas es cuando dos o más medicamentos (tanto en su formulación comercial como en su forma genérica) tienen nombres similares (“suena como” o “se ve como”, que en inglés se conocen como “LASA”: *looks alike sounds alike*). Algunos ejemplos son difenhidramina y difenilhidantoína o hidralazina e hidroxicina.

De acuerdo con el documento de “*Acciones*” la DNCSSyRS recomienda en la sub-línea 3 que los MAR sean identificados a través de alguna característica fácilmente reconocible, como etiquetas llamativas que hacen referencia a su clasificación, utilización de letras MAYÚSCULAS, o colores previamente estandarizados.

En cuanto a la sub-línea 4, la recomendación para el establecimiento es que los MAR sean clasificados y almacenados de manera diferencial en un sector específico para este fin. Estos sitios deben estar claramente diferenciados en un lugar con acceso restringido, de modo que la menor circulación limite también los errores por inadvertencia o desconocimiento.

Una secuencia propuesta por el Centro Colaborativo para Soluciones para la Seguridad del Paciente (OMS, Joint Commission) incluye los siguientes pasos:⁷ el establecimiento hace un trabajo activo para identificar los riesgos asociados con los MAR y los LASA a través de:

- Revisión anual del listado de MAR y medicamentos LASA que se usan en el establecimiento
- Implementación de protocolos para:
 - Minimizar la utilización de órdenes verbales y telefónicas
 - Enfatizar la necesidad de leer con detenimiento la etiqueta del medicamento al momento de tomar contacto con el mismo y, nuevamente antes de su administración, en lugar de basarse en el reconocimiento visual, la ubicación u otras claves inespecíficas.
 - Transmitir la importancia de controlar el motivo de la prescripción y asegurar, antes de la administración, que exista un diagnóstico que coincida con el tratamiento indicado.
 - Incluir los nombres comercial y genérico en la prescripción, con el nombre genérico con un tamaño de letra más grande.
- Desarrollo de estrategias para evitar la confusión provocada por prescripciones ilegibles, incluyendo:
 - El requerimiento de impresión de los nombres de las drogas y las dosis
 - El énfasis en las diferencias entre nombres de las drogas usando métodos como "mayúsculas resaltadas" ("tall man" lettering del inglés)
- Guardar los MAR o medicamentos LASA en lugares separados o en un orden no alfabético, como podría ser por el número de serie, en diferentes estantes o a través de un sistema de dispensación automático.
- Usar técnicas como marcar con "negrita" o con colores diferentes los medicamentos según su categoría en las etiquetas, los sectores de almacenamiento y los estantes,

las pantallas de las computadoras, los servicios de dispensación automática y los registros de administración de medicamentos.

- Desarrollo de estrategias para involucrar a los pacientes y sus cuidadores en la reducción de riesgos (ver punto 2.13).
- Asegurarse de que todos los pasos en la gestión del proceso de medicación se lleven a cabo sólo por individuos calificados.

Línea 2.3 | Paso a paso

Producto esperado: métodos de clasificación y reconocimiento de MAR

1. **Primer paso:** verificar la existencia de métodos de clasificación y reconocimiento de MAR.
2. **Segundo paso:** en caso de contar con métodos existentes, evaluar su y la eventual necesidad de implementar mejoras de criterios de clasificación y alerta, según las recomendaciones antes mencionadas. En caso de no contar con métodos de clasificación y reconocimiento, implementar los que se consideren adecuados de acuerdo con las características de la institución y las recomendaciones antes mencionadas

Línea 2.4 | Paso a paso

Producto esperado: sector de MAR

1. **Primer paso:** verificar la existencia de un sector específico dedicado a la clasificación y almacenamiento de MAR.
2. **Segundo paso:** en caso de contar con un sector, evaluar sus condiciones y criterios de clasificación de MAR, según las recomendaciones antes mencionadas. En caso de no contar con un sector específico, designar un espacio para tal fin de acuerdo con las características de la institución y las recomendaciones antes mencionadas

2.5 Utiliza formularios preimpresos para la prescripción de MAR

Se recomienda que los establecimientos dispongan de formularios preimpresos para la prescripción de MAR. Sus beneficios son: favorecen la estandarización del proceso, evitan el uso de abreviaturas, pre-lleñan las dosis y vías de administración, incluyen un control de interacciones con otros medicamentos y advierten sobre posibles alergias.

Componentes a tener en cuenta para la estructura del formulario de prescripción genérico:

- Encabezado
 - Identificación del paciente (nombre y apellido, cama, número de historia clínica)
 - Fecha y hora de la prescripción
 - Peso del paciente
 - Diagnóstico y motivo de internación
 - Alergias conocidas
- Línea por cada prescripción
 - Medicamento prescripto (nombre genérico)
 - Vía o ruta de administración (oral, SNG, EV periférica, EV central, IM, intratecal)
 - Dosis total (mg)
 - Dilución: volumen (ml) y solvente (NaCl 0.9%, AD, D5%)
 - Dosis por hora (si corresponde): mg/h y ml/h
 - Firma y sello del prescriptor
 - Firma y sello del enfermero con hora real de inicio de la administración

Componentes a tener en cuenta en la estructura del formulario para prescripción de MAR:

- Encabezado
 - Identificación del paciente (nombre y apellido, fecha de nacimiento, DNI, cama, número de historia clínica)
 - Peso del paciente
 - Diagnóstico y motivo de internación
 - Alergias conocidas
- Línea por cada prescripción
 - Fecha y hora de prescripción
 - Medicamento prescripto (nombre genérico)
 - Vía o ruta de administración (oral, SNG, EV periférica, EV central, IM, intratecal)
 - Dosis total (mg)
 - Dilución: volumen (ml) y solvente (NaCl 0.9%, AD, D5%)
 - Dosis por hora (si corresponde): mg/h y ml/h
 - Firma y sello del prescriptor
 - Firma y sello del farmacéutico
 - Firma y sello del enfermero con hora real de inicio de la administración

Con respecto a una estrategia de mejora de la seguridad relacionada con la vía de administración de medicamentos, relatamos la experiencia del Hospital Nacional Prof. A. Posadas, de acuerdo con la cual cada lumen de cada catéter venoso central se etiqueta siguiendo los colores del semáforo para los diferentes grupos de drogas según riesgo:

- Rojo (MAR)
 - Drogas vasoactivas
- Amarillo (riesgo medio)
 - Bicarbonato, potasio, albúmina, sedantes, analgésicos, furosemida
- Verde (riesgo bajo)
 - Hidratación parenteral, expansiones, antibióticos

De esta manera, se reduce el riesgo de infundir un MAR por una vía destinada a otro grupo, o bien el de acelerar la infusión de un MAR por la administración en "push" de una droga de bajo riesgo a través del mismo lumen.⁸ Más allá de esta semaforización para las drogas, se recomienda la doble rotulación de los prolongadores de vías (del lado del paciente y del lado de la bomba de infusión) en infusiones específicas, como intraarterial, intratecal o peridural.

En el caso de contar con una computadora e impresora en el servicio, esta planilla puede armarse en una hoja de cálculo tipo MS-Excel® o Google Sheets®, facilitando la incorporación de controles de dosis máximas en la misma y monitoreo de interacciones. Para el armado de estas planillas se sugiere consultar los formularios farmacoterapéuticos de referencia locales.⁹

Línea 2.5 | Paso a paso

Producto esperado: formularios pre-impresos de prescripción de MAR

1. **Primer paso:** verificar la existencia de formularios diseñados para la pre-impresión de prescripciones de MAR.
2. **Segundo paso:** en caso de contar con un formulario previo, evaluar su diseño, campos de llenado y criterios de clasificación, según las recomendaciones antes mencionadas. En caso de no contar con uno, diseñar un formulario de acuerdo con las recomendaciones desarrolladas en esta línea.
3. Una vez definido e implementado el formulario, se recomienda su comunicación entre las áreas involucradas

2.6 Utiliza sistemas de prescripción electrónica

Se recomienda que el establecimiento cuente con un sistema de prescripción electrónica para facilitar la estandarización del contenido de la indicación, orientar sobre la información imprescindible y relevante que debe incorporarse en la misma, y contar con mecanismos de

seguridad para resguardar la información confidencial contenida referida a la atención de los pacientes.

Los sistemas de prescripción electrónica pueden ayudar en múltiples aspectos a prevenir acontecimientos adversos relacionados con los medicamentos en virtud de que integran información sobre el paciente (de la historia clínica), sobre productos comerciales (en base a la información que provee regularmente la ANMAT y que recogen y ordenan múltiples vademécums), sobre monodrogas (en base a formularios farmacoterapéuticos, como los mencionados previamente) y a lenguajes controlados (como SNOMED CT®) que permiten cruzar condiciones clínicas con intervenciones terapéuticas. Dado que estas cuatro fuentes se integran en un único lugar los profesionales pueden hacer uso de las alarmas y alertas por sobredosificación, interacciones, incompatibilidades, contraindicaciones y alergias.

Si bien es frecuente encontrar implementaciones parciales de este tipo de herramientas (por ejemplo, sólo en áreas críticas) el esfuerzo de los establecimientos debería dirigirse a la aplicación generalizada con la finalidad de que la base de información incluida en el sistema de prescripción pueda nutrirse de situaciones experimentadas previamente por el paciente en otros ámbitos, como reacciones idiosincrásicas o alergias.

En ausencia de un marco local para la definición de las características esenciales, deseables y opcionales (en orden decreciente de requerimiento) que un sistema de prescripción electrónica debería tener, se recomienda recurrir a las definiciones de la Agencia para la Investigación y Calidad Sanitaria (AHRQ).¹⁰

Línea 2.6 | Paso a paso

Producto esperado: sistema de prescripción electrónica

1. **Primer paso:** verificar la existencia de sistemas de prescripción electrónica, ya sean institucionales o que correspondan a un área o departamento específicos.
2. **Segundo paso:** en caso de contar con sistemas de prescripción electrónica en uso, evaluar su diseño, los campos que contienen, los criterios de clasificación de la información y la integración entre áreas/departamentos, según las recomendaciones antes mencionadas en esta línea, a los fines de detectar oportunidades de mejora. En caso de no contar con uno, diseñar un sistema de prescripción electrónica en articulación con las áreas y departamentos involucrados en la seguridad del paciente, de acuerdo con las recomendaciones antes mencionadas en esta línea.
3. Para garantizar el uso efectivo del sistema de prescripción electrónica, se recomienda que el proceso de diseño o revisión sea realizada de forma consensuada y que su implementación abarque la mayor cantidad de áreas/departamentos posible. Por otro lado, una vez definido el sistema se recomienda su comunicación institucional

2.7 Realiza doble chequeo a la hora de administrar drogas de alto riesgo

El manejo de MAR debería seguir un proceso seguro que incluya todas las etapas, desde la prescripción hasta la administración. Sin embargo, este proceso requiere de la participación de múltiples actores que, con frecuencia no están disponibles en todas las instituciones. A modo de sugerencia, se propone que el establecimiento defina una incorporación progresiva de grupos terapéuticos al esquema de doble control en base a la frecuencia de su uso.

El fraccionamiento de medicamentos, ya sea dentro o fuera de la institución, debe cumplir con condiciones como: área de acceso restringido, con aislamiento en cámara con flujo laminar y equipo de protección personal de calidad respiratoria. El etiquetado de las jeringas es fundamental y la etiqueta debería contener esta información:

- Datos de identificación del paciente
 - Nombre y apellido
 - Número de historia clínica
 - Fecha de nacimiento o DNI
- Medicamento
 - Nombre genérico
 - Dosis total (mg)
 - Volumen (ml)
 - Vía de administración
 - Velocidad de administración
 - Fecha de preparación
 - Fecha de vencimiento

De esta manera, la prescripción será controlada por el farmacéutico encargado de preparar la jeringa y luego, esta jeringa será controlada por el enfermero al momento de recibirla en el servicio. Al momento previo a la administración, se recomienda incluir un último control entre dos profesionales (dos enfermeros o un médico y un enfermero, dependiendo de la vía de administración) donde se chequeen la correcta identificación del paciente y la forma farmacéutica, dosis, velocidad y vía del medicamento.

Para drogas cuyo fraccionamiento y preparación se lleva a cabo en las mismas unidades asistenciales, como drogas vasoactivas, sedantes o narcóticos en las unidades de cuidados intensivos, si el hospital no cuenta con preparación de diluciones standard en farmacia, se recomienda un control por dos profesionales médicos, un tercer control por el farmacéutico clínico y un cuarto control por parte del personal de enfermería (dos operadores) al momento de la preparación y la administración.

Se recomienda que el establecimiento cuente con una norma escrita que describa la secuencia estandarizada en la cual se mencionen específicamente las instancias y los operadores a cargo del doble control independiente. Adicionalmente, se recomienda documentar la manera a través de la cual se difunde el protocolo entre todos los miembros del equipo de salud.¹¹

Línea 2.7 | Paso a paso

Producto esperado: protocolo de administración de MAR

1. **Primer paso:** verificar la existencia de procesos o protocolos de doble chequeo para la administración de MAR, ya sean para toda la institución o que correspondan a un área o departamento específicos.
2. **Segundo paso:** en caso de contar con procesos o protocolos, evaluar su implementación y distribución de tareas entre profesionales, según las recomendaciones antes mencionadas en esta línea, a los fines de detectar oportunidades de mejora. En caso de no contar con procesos o protocolos, diseñar un protocolo de doble chequeo de administración de MAR, según las recomendaciones antes mencionadas en esta línea.
3. Para garantizar su adhesión, se recomienda que el protocolo sea redactado e implementado por el comité que se considere pertinente a tal fin. Adicionalmente, una vez definido el protocolo, se recomienda su comunicación institucional así como la adopción de instancias de entrenamiento para los/as profesionales.

2.8 Existe la figura del farmacéutico clínico en la institución

El objetivo clave de contar con un farmacéutico clínico puede resumirse en “asegurar que los pacientes reciban el tratamiento farmacológico correcto (maximizando la eficiencia y minimizando la toxicidad) en el momento correcto a través de un sistema que apunta a la máxima eficiencia y economía”.¹² La figura del farmacéutico clínico existe desde la década del '60 en algunos países y hoy en día se la considera una figura esencial dentro del equipo asistencial que brinda atención a los pacientes en áreas de cuidados intensivos e intermedios. Las funciones del farmacéutico clínico incluyen dos dimensiones:¹³

- Funciones orientadas al medicamento
 - Adquisición, custodia, almacenamiento y conservación
- Funciones orientadas al paciente
 - Dispensación y formulación magistral
 - Consulta farmacéutica, guía en uso racional, farmacovigilancia
 - Seguimiento del tratamiento de pacientes

A su vez, dentro de estas últimas puede identificarse un grupo relacionado con el monitoreo de pacientes individuales y las recomendaciones para los pacientes en su conjunto. Ejemplos del primero son la revisión de las prescripciones en busca de interacciones, dosis sub o supraterapéuticas, contraindicaciones, ajuste de dosis ante situaciones clínicas específicas y búsqueda de alternativas terapéuticas de menor riesgo o menor costo.¹⁴ Con respecto al segundo grupo se encuentran su participación en los protocolos o guías de uso de medicamentos, su incorporación a los pases de sala, su función docente para otros miembros

del equipo de salud y la participación activa en el monitoreo y reporte de EA relacionados con medicamentos y dispositivos.

Se recomienda que el establecimiento cuente con un farmacéutico clínico con nombramiento formalizado y horas asignadas para tareas clínicas y de integración del comité de farmacoterapéutica con el objetivo de desarrollo y mantenimiento de un vademécum institucional.

Línea 2.8 | Paso a paso

Producto esperado: farmacéutico clínico

1. **Primer paso:** verificar la existencia de un/a farmacéutico/a clínico.
2. **Segundo paso:** en caso de contar con la figura de farmacéutico/a clínico, evaluar la adecuación de sus funciones y tareas, según las recomendaciones antes mencionadas en esta línea y en la siguiente línea 2.9, a los fines de detectar oportunidades de mejora. En caso de no contar con la figura de farmacéutico/a clínico, designar al mismo a través del acto administrativo correspondiente de la dirección ejecutiva y en articulación con el comité de farmacoterapéutica. Se recomienda que como parte de su designación se detallen las principales funciones y responsabilidades, según las recomendaciones antes mencionadas en esta línea y en la siguiente línea 2.9.
3. Para garantizar su adhesión, se recomienda que la designación de rol de farmacéutico/a clínico sea comunicada a las áreas y departamentos que correspondan.

2.9 Promueve la participación activa del farmacéutico en el pase de sala o ronda médica

El papel del farmacéutico en el control y validación de las prescripciones es insustituible, especialmente en ciertos grupos de pacientes (pediátricos, oncológicos) y áreas del hospital (áreas críticas). Existen dos modelos de actividad, el de *atención*, en el cual se le permite modificar indicaciones incorrectas realizadas por médicos, y el *proactivo*, donde puede sugerir modificaciones que se adecuen a las necesidades puntuales del paciente. Las actividades que conciernen a la validación de la prescripción son:¹⁵

- Verificación de la dosis/kg
- Recálculo de dosis individuales
- Elección formas farmacéuticas pediátricas para dispensar
- Identificación y difusión de alergias e interacciones medicamentosas.

- La presencia de los farmacéuticos en los pases médicos contribuye fuertemente al trabajo interdisciplinario, que enriquece la calidad de atención y mejora la seguridad en el proceso de medicación.

Se recomienda que, además de contar con un farmacéutico nombrado, el establecimiento asegure que una cantidad suficiente de horas de su actividad sean destinadas a la presencia regular y sistemática en las rondas clínicas o pases de sala.

Línea 2.9 | Paso a paso

Producto esperado: criterios de participación del farmacéutico clínico

1. **Primer paso:** una vez realizadas las acciones correspondientes a la línea 2.8, evaluar el grado de participación del/a farmacéutico/a clínico en los pases de sala o rondas médicas e implementar las modificaciones que se consideren necesarias a los fines de promover su involucramiento, según los criterios detallados en la línea. A los fines de mejorar los procesos de comunicación interna, se recomienda elaborar un breve documento donde se definan los criterios generales de participación del/a farmacéutico clínico, para que sirvan como hoja de ruta para su participación en los pases de sala o las rondas médicas.

2.10 El manejo de medicamentos está centralizado en la farmacia

La centralización de la preparación y dispensación de los MAR en la farmacia establece un nivel más alto de control y garantiza la seguridad desde el punto de vista biológico (evitar la contaminación) y procedimental (evitar errores). Dado que evita las distracciones e interrupciones propias de los ámbitos asistenciales, impacta en la reducción de errores. Si bien este tipo de proceso es norma en la mayor parte de los hospitales de alta complejidad, entendemos que su aplicación en establecimientos con menos recursos puede ser un desafío. A tal fin, se propone una incorporación progresiva de MAR a la lista de diluciones y fraccionamientos manejados en la farmacia que, dependiendo de las características de cada centro y de los medicamentos que usen más comúnmente, puede ser:

1. Citostáticos, parenterales y orales
2. Medicamentos para administración por vía epidural o intratecal
3. Bloqueantes neuromusculares EV
4. Anestésicos generales inhalados e EV
5. Opioides EV
6. Agentes de contraste EV
7. Trombolíticos

8. Agonistas adrenérgicos EV
9. Antagonistas adrenérgicos EV
10. Agentes inotrópicos EV
11. Antiarrítmicos EV
12. Heparina y otros anticoagulantes parenterales
13. Insulina EV y subcutánea
14. Antiagregantes plaquetarios EV
15. Medicamentos para sedación moderada EV
16. Medicamentos que tienen presentación convencional y en liposomas
17. Anticoagulantes orales
18. Antidiabéticos orales
19. Nutrición parenteral
20. Medicamentos orales para sedación moderada en niños
21. Opioides transdérmicos y orales
22. Soluciones cardiopléjicas
23. Soluciones de glucosa hipertónica ($\geq 20\%$)
24. Soluciones para diálisis (peritoneal y hemodiálisis)

Un paso que puede asociarse al manejo centralizado de MAR desde el lado de los procesos asistenciales es la “sectorización temporal” de ciertos procedimientos, como designar días u horarios específicos para la administración de drogas específicas o por vías específicas (intratecal, por ejemplo).

Una consideración especial con respecto al manejo centralizado de los MAR está representada por los sectores en los cuales se requiere una disponibilidad inmediata de ciertos productos, un ejemplo de lo cual son los carros de paro. En los establecimientos que cuentan con servicios informatizados de gestión de medicamentos esto puede hacerse a través de la implementación de bodegas específicas, que continúan monitoreadas centralmente pero cuya disponibilidad física se encuentra en la unidad asistencial.

Un nivel superior en la centralización del manejo de medicamentos lo constituye la implementación de un programa de trazabilidad de los MAR hasta la administración al paciente. El capítulo IV de la Ley de Trazabilidad (26906, artículos 12-15) se encarga específicamente de definir las responsabilidades del personal a cargo de los productos médicos activos (PMA) en los establecimientos de salud (servicio de tecnología biomédica)¹⁶, parte de las cuales son:

- Crear y mantener actualizado el registro de los PMA
- Comunicar a la autoridad sanitaria sobre cualquier situación relacionada con el uso de PMA que pueda implicar riesgo para pacientes, operadores o terceras personas
- Confeccionar las especificaciones técnicas y asesorar para la adquisición de los PMA;
- Especificar los requisitos para el correcto funcionamiento de los PMA
- Evaluar, seleccionar, aceptar, mantener y conservar los PMA
- Capacitar a los operadores de los PMA en uso correcto y riesgos
- Dictaminar sobre el alta y baja de los PMA

A modo de ejemplo, puede consultarse la experiencia del Hospital Alemán de Buenos Aries¹⁷, en la cual el proceso de dispensación de punta a punta estuvo garantizado por un código único de acuerdo con el standard GS1 e involucró:

- La recepción hospitalaria de medicamentos trazables
- Fraccionamiento en dosis únicas en la farmacia de pacientes internados con el código GTIN (número global de artículo comercial, vulgarmente conocido como “código de barras”) para datos estáticos y los datos dinámicos de los medicamentos impresos en cada dosis única
- Administración al paciente luego de que los enfermeros escanean el código de barras

Línea 2.10 | Paso a paso

Producto esperado: manejo centralizado de MAR

1. **Primer paso:** evaluar los circuitos de manejo de MAR.
2. **Segundo paso:** en función de las características del circuito de MAR, definir estrategias progresivas de mejora para centralizarlo a través de farmacia, según las recomendaciones de esta línea.

2.11 Existen diluciones estandarizadas para los MAR

Una derivación del punto previo (centralización del fraccionamiento y dilución de medicamentos) es la preparación de diluciones estandarizadas para drogas específicas, como bloqueantes neuromusculares, narcóticos, sedantes, drogas vasoactivas o electrolitos. La administración de MAR en diluciones estandarizadas se asocia a la reducción del riesgo de sobredosificación y su uso acompañado de nomogramas que relacionan la dosis con el peso corporal incrementa la seguridad de los pacientes. Uno de los aspectos clave de la centralización y estandarización es que brinda una dilución homogénea para toda la institución, independientemente del tipo de unidad, favoreciendo el aprendizaje del equipo de salud.

Línea 2.11 | Paso a paso

Producto esperado: estandarización de diluciones para MAR

1. **Primer paso:** verificar la existencia de criterios de estandarización de MAR para su administración.
2. **Segundo paso:** una vez realizada la verificación, y en función de si la institución cuenta o no con estandarizaciones, establecer criterios de estandarización de diluciones para MAR.

2.12 Establece procesos estandarizados para la conciliación de medicación en los diferentes puntos de traspaso asistencial

Se conoce que más de la mitad de los errores relacionados con la conciliación de la medicación ocurren en las instancias de traspaso de un paciente entre diferentes áreas de atención del hospital y que las consecuencias justificarían hasta al menos 20% de todos los EA.¹⁸ La conciliación es el proceso en el cual se revisa la medicación del paciente con respecto a documentación (historia clínica, resúmenes de evolución, recetas) y al relato del paciente o su familia. El objetivo es contar con un documento actualizado, completo y preciso que limite al mínimo posible la comisión de errores. Cuando se lleva a cabo en forma correcta, su implementación se corresponde con una significativa reducción de los errores en esta área y la morbilidad y mortalidad asociadas.¹⁹

El camino propuesto para el logro de este objetivo es que el establecimiento desarrolle un protocolo estandarizado para el proceso de conciliación de medicación durante las transiciones asistenciales, incluyendo los pasos y las responsabilidades de los actores involucrados. Las características del protocolo son:

- Incluye la definición de rol de los profesionales de la unidad que deriva al paciente que intervienen en el traspaso
- Describe el rol del profesional en el equipo receptor
- Incluye una consideración para los casos de egreso hospitalario, detallando el rol de la persona a cargo del paciente que se responsabilizará por la continuidad de cuidado
- Identifica el lugar en el que se realizará el traspaso de prescripciones
- Detalla las características del formulario estandarizado
 - Medicamentos que el paciente usaba previamente
 - Nuevos tratamientos
 - Dosis
 - Vía de administración
 - Presentación farmacéutica
 - Alergias conocidas
- Aclara la forma de provisión de los medicamentos

Un enfoque posible es el de la OMS y el Instituto Canadiense para la Seguridad del Paciente propone el modelo de "mejor historia clínica posible" para el ingreso de los pacientes, compuesto por tres etapas:²⁰

1. **Juntar toda la información posible.** Recurrir a la historia clínica del paciente: idealmente, electrónica y unificada; en su ausencia, recuperar la información disponible de reportes de otras unidades y de información de otras instituciones.
2. **Entrevistar al paciente o a un familiar o cuidador.** Usar un modelo sistemático para las preguntas, de manera tal de no pasar nada por alto. Preguntar por medicación actual pero también por antecedentes, con la idea de identificar intolerancias o alergias. Si la persona cuenta con los medicamentos físicamente en el lugar, se recomienda repasar cada uno con el entrevistado.
3. **Documentar toda la medicación en la historia clínica.** Incluir nombre, dosis, ruta y frecuencia de administración.

De acuerdo con las características del paciente (historia y estado actual), este proceso puede tardar hasta 24 horas, por lo cual es importante que en las primeras horas este proceso sea revisado por más de un profesional.

Para el traspaso interno entre servicios del hospital, el modelo planteado es:

- Revisar la medicación de base del paciente
- Revisar la medicación incorporada en la instancia previa (unidad que deriva)
- Evaluar si el paciente necesita nueva medicación

Uno de los problemas más comunes es centrarse en el tercer punto, lo que lleva a suspensiones involuntarias del tratamiento de base o a la continuidad innecesaria de algunos medicamentos (sobre todo cuando el paciente es trasladado a sectores de menor complejidad).

Las preguntas para guiar el proceso son:

- ¿Se requieren nuevas prescripciones?
- ¿Hay discrepancias entre las nuevas prescripciones y las previas?
- ¿Hay prescripciones del sector anterior que deberían reiniciarse?
- ¿Hay alguna medicación que el paciente toma habitualmente y que no figura en el resumen del sector previo?

El procedimiento al momento del egreso es similar al anterior, pero incluye un involucramiento más profundo del paciente o la familia, con quien/es se revisará la medicación previa al ingreso y se informará sobre las nuevas prescripciones, incluyendo forma farmacéutica, dosis, intervalo y vía de administración. Es importante en este traspaso coordinar cómo se realizará la provisión de los medicamentos entre el financiador (obra social), la farmacia local y la familia para evitar suspensiones involuntarias del tratamiento.

Tabla 2.1 | Modelo genérico para registro de datos

Datos generales					
Nombre y apellido del paciente:				Fecha y hora:	
Diagnóstico:					
Motivo de la internación:					
Tratamiento habitual (pre-ingreso)					
Droga:	Dosis:	Vía:	Intervalo:	Dilución:	Obs.:
Droga:	Dosis:	Vía:	Intervalo:	Dilución:	Obs.:
Tratamiento actual					
Droga:	Dosis:	Vía:	Intervalo:	Dilución:	Obs.:
Droga:	Dosis:	Vía:	Intervalo:	Dilución:	Obs.:
Droga:	Dosis:	Vía:	Intervalo:	Dilución:	Obs.:
Droga:	Dosis:	Vía:	Intervalo:	Dilución:	Obs.:

Fuente: elaboración propia

Línea 2.12 | Paso a paso

Producto esperado: protocolo de conciliación de medicación

1. **Primer paso:** verificar la existencia de protocolos o procesos de conciliación de medicación en la institución.
2. **Segundo paso:** en caso de contar con un protocolo previo, evaluar su pertinencia y grado de adhesión entre las áreas de la institución, a los fines de detectar oportunidades de mejora, según las recomendaciones detalladas en esta línea. En caso de no contar con protocolos previos, diseñar y redactar un protocolo de conciliación de medicación para garantizar el cumplimiento de los criterios de conciliación en el traspaso del paciente. Para ello, se recomienda que el protocolo sea discutido y definido en el comité de seguridad del paciente con la mayor participación posible de profesionales de las distintas áreas.
3. **Tercer paso:** una vez definido el protocolo, se recomienda su comunicación interna y la adopción de instancias de entrenamiento y ejercicio con profesionales

2.13 Desarrolla acciones para informar y educar a los pacientes sobre su rol activo en el proceso de uso seguro de medicamentos y de conciliación de medicación

La mejora de la seguridad del paciente en relación con el tratamiento farmacológico incluye la participación activa del equipo de salud en relación con los pacientes a través de:

- La provisión de información escrita sobre medicación, incluyendo la indicación, la prescripción con nombre genérico y comercial y los potenciales efectos adversos.
- El desarrollo de estrategias para adaptarse a los pacientes con algún impedimento cognitivo, desconocimiento del idioma o desconocimiento de su estado de salud.

- El control con el farmacéutico y el paciente de la lista de medicamentos dispensados, prestando atención a la prescripción y el aspecto esperado, especialmente cuando se incluye alguna droga que se identifica como con nombre problemático.⁷

Línea 2.13 | Paso a paso

Producto esperado: criterios de información para pacientes

1. **Primer paso:** verificar si existen instancias definidas (formal o informalmente) de comunicación con los/as pacientes durante las etapas de tratamiento farmacológico.
2. **Segundo paso:** en función de si existan o no instancias previas, se recomienda que la forma y el contenido de la comunicación cumpla con criterios relativamente estandarizados, a los fines de educar e informar a los/as pacientes durante el tratamiento.

Referencias bibliográficas

1. Donaldson LJ, Kelley ET, Dhingra-Kumar N, Kieny MP, Sheikh A. Medication Without Harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge. *Lancet*. 2017;389:1680-1681. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2817%2931047-4>
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Prácticas para Mejorar la Seguridad de los Medicamentos de Alto Riesgo. 2007. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Practicas%20para%20mejorar%20la%20seguridad%20de%20los%20medicamentos%20de%20alto%20riesgo.pdf>
3. Intervenciones de Enfermería para la Seguridad en la Administración de Medicamentos de Alto Riesgo en el Adulto. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2014. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/712GER.pdf>
4. Servicio de Promoción de la Calidad y la Bioética. Dirección General de Ordenación Profesional y Regulación Sanitaria. Departamento de Salud. Guía para el manejo de los medicamentos de alto riesgo. Documento para la seguridad de los pacientes. Barcelona, 2018. Disponible en: http://seguretatdelpacients.gencat.cat/web/.content/minisite/seguretatpacients/que_es_la_seguretat_de_pacients/actualitat/Guia-MAR-esp.pdf
5. Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos. Lista de Medicamentos de Alto Riesgo. 2012. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Medicamentos%20alto%20riesgo.pdf>
6. Cotrina Luque J, Guerrero Aznar MD, Alvarez del Vayo Benito C, et al. Lista modelo de medicamentos de alto riesgo [A model list of high risk drugs]. *An Pediatr (Barc)*. 2013;79:360-366. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1695403313002051>
7. Patient Safety Solutions: Look-alike, sound-alike medication names. Geneva: World Health Organization; 2007. Disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution1.pdf?ua=1>

8. [López M, Massa Alcántara M. Normativa para áreas de cuidados intensivos. Semaforización de medicamentos según su grado de riesgo. Hospital Nacional A Posadas. Jornadas Hospitalarias 2021.]
9. Hospital Garrahan. Formulario Farmacoterapéutico. Disponible en: <https://farmacia.garrahan.gov.ar/Vademecum/Busqueda>
10. AHRQ. Computerized Provider Order Entry. Disponible en: <https://digital.ahrq.gov/computerized-provider-order-entry-0#:~:text=AHRQ%2DFunded%20Projects%20%7C-.Background,verbal%2C%20telephone%2C%20and%20fax.>
11. Vitolo F. Seguridad en quimioterapia. Noble Seguros. 2013. Disponible en: http://www.noble-arp.com/src/img_up/30072013.3.pdf
12. Calvert RT. Clinical pharmacy--a hospital perspective. Br J Clin Pharmacol. 1999;47(3):231-238.
13. Manual del Farmacéutico Clínico de UCI. Herramientas teórico-prácticas para la mejora de la calidad y la seguridad en el monitoreo farmacológico del paciente crítico adulto. 25º Congreso Argentino de Terapia Intensiva, 2015. Disponible en: <http://afam.org.ar/textos/manualdelfarmaceuticoclinicoenuci.pdf>
14. Alors Chuecos M. Papel del farmacéutico clínico en hospitalización infantil. Facultad de Farmacia. Universidad de Sevilla. 2016. Disponible en: http://www.afam.org.ar/textos/05_04_19/rol_del_farmaceutico_clinico_en_la_hospitalizacion_infantil.pdf
15. Rousseau M. Seguridad en el Uso de los Medicamentos. MIP Medicina Interna Pediátrica. Año Sexto. Disponible en: https://www.garrahan.gov.ar/images/intranet/guias_atencion/consenso_sap/mip/seguridad%20en%20uso%20de%20medicamentos.pdf
16. Ley 26.906. Régimen de trazabilidad y verificación de aptitud técnica de los productos médicos activos de salud en uso. 2013. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/220000-224999/224109/norma.htm>
17. Wimmers H. Why is Drug Traceability Important in a Hospital? ICU Management & Practice 2015; 15. Disponible en: <https://healthmanagement.org/c/icu/issuearticle/why-is-drug-traceability-important-in-a-hospital>
18. Bates DW, Boyle DL, Vliet MBV, Schneider J, Leape L. Relationship between medication errors and adverse drug events. J Gen Intern Med. 1995.
19. 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
20. Institute for Safe Medication Practices Canada & The Canadian Patient Safety Institute. Medication Reconciliation in Acute Care. Getting started kit. Version 3.0. 2011. Disponible en: https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/Medrec_AC_English_GSK_V3.pdf

Línea de acción 3: Prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS)

Línea 3 | Productos

1. Programa de Prevención y Control de IACS (PPCI)
2. Comité de Control de Infecciones (CCI)
3. Planillas de registro y cuenta en Programa VIHDA
4. Capacitación del personal en IACS
5. Estrategia multimodal y herramientas para el lavado de manos
6. Equipo de trabajo de IACS y paquete de medidas

Introducción

Las prácticas seguras para la prevención y control de las IACS incluyen 5 líneas de acción, que se detallan en el texto que sigue.

3.1. Programa institucional de vigilancia, prevención y control de IACS

En este apartado se brindarán los pasos para cumplir con el punto 3.1 en caso de que la autoevaluación a través de la Herramienta haya arrojado resultados negativos.¹

El establecimiento iniciará la implementación del programa de prevención y control de IACS (PPCI) a través de la designación de un comité, que estará compuesto por personal especializado (ver 3.1.1), necesitará materiales (ver 3.1.2), estará formalizado dentro de la estructura de la organización (ver 3.1.3), tendrá tareas específicas (ver 3.1.4), cuyo funcionamiento será controlado directamente por la Dirección Médica a través de metas e indicadores (ver 3.1.5). A continuación se establecen algunas recomendaciones al respecto.

3.1.1 | Aspectos a considerar para cada rol:

- **Responsable de Programa:** profesional con capacitación formal en gestión, epidemiología y prevención y control de infecciones. Tendrá a su cargo liderar el PPCI y las acciones de vigilancia, prevención y control que se desarrollen como resultado de este espacio. Dependen de la Dirección de la institución y deben contar con el aval formal de las autoridades para desarrollar las tareas requeridas.
- **Personal médico:** profesional con capacitación formal en gestión, epidemiología y prevención y control de infecciones. La dedicación semanal es de 35 horas y debe contar

con reemplazo asignado ante licencias.

- *Personal de enfermería*: de acuerdo con recomendaciones internacionales (OMS, 2016) se aconseja no menos de 1 enfermera/o con capacitación formal en epidemiología, prevención y control de infecciones (ECI) por cada 100 camas (estimación teórica que deberá adecuarse en base a los objetivos y metas que se planeen para el PPCI). En Argentina, los/las ECI están certificados/as por la Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones (ADECI). Por último, deben tener dedicación exclusiva y reemplazo asignado ante licencias.

3.1.2 | Listado de materiales y recursos mínimos:

- Oficina para reuniones y discusión de estrategias;
- Conexión a internet para búsqueda de actualizaciones, incorporación de datos a programas nacionales y descarga de formularios;
- Acceso a revistas relacionadas con la temática;
- PC con mantenimiento asegurado (antivirus y protección);
- Impresora para impresión de formularios de recolección de datos e informes (asegurar la provisión de tóner o tinta);
- Material de librería básico;
- Acceso a sistemas de gestión de la información (VIHDA, SISA).

3.1.3 | Recomendaciones para la conformación del CCI:

- *Integrantes y roles*: presidente (representante de la dirección); coordinador (responsable del PCCI); representantes de los servicios de microbiología, farmacia, esterilización, capacitación, personal de limpieza, seguridad e higiene, alimentación, representante de otras áreas en función de los requerimientos de los proyectos (áreas de internación, áreas cerradas). De contar con un sector de comunicación institucional, se recomienda que esté representado también en el comité. Es necesario también que el CCI cuente con un secretario administrativo.
- *Dinámica de trabajo*: reunión mensual con fecha fija; libro de actas foliado donde se registre el resumen de las reuniones y la agenda para la siguiente; lugar previamente designado. A su vez, se recomienda realizar reuniones trimestrales o semestrales para el comité ampliado (con representantes de servicios clínicos).

3.1.5 | Tareas básicas recomendadas para los CCI:

- Analizar tendencias de las IACS
- Analizar la microflora
- Estudiar brotes
- Definir proyectos prioritarios: (1) estrategia de vigilancia; (2) guías; (3) protocolos (especialmente relevante tener en cuenta la necesidad de actualización del plan general y de los documentos específicos en base a los resultados. Se recomienda como mínimo una revisión anual para la evaluación crítica y consideración de actualizaciones); (4) capacitación del personal, pacientes y familiares.
- Emitir recomendaciones a la Dirección y Administración sobre acciones para cumplir los objetivos del PPCI.
- Brindar asesoramiento técnico de equipos asistenciales y de gestión

- Participar del Programa VIHDA para realizar las comparaciones con sus tasas de infección, realizar el benchmarking con los equipos involucrados en la vigilancia, dirigir la toma de decisiones y disponer de las estadísticas nacionales y locales referidas a las IACS.

3.1.5 | Recomendaciones para la elaboración de la Guía:

- Definir prioridades en la prevención y el control de las infecciones asociadas a dispositivos como sonda vesical (SV), catéter venoso central (CVC) y ventilación mecánica invasiva (VM) y su integración con las estrategias de vigilancia y control de los organismos multirresistentes y los programas para el uso racional de los antimicrobianos.
- La evaluación de resultados con respecto a las metas planificadas deberá incluir la evaluación crítica de aspectos estructurales y de los procesos de trabajo.

Línea 3.1 | Paso a paso

Productos esperados: Programa de Prevención y Control de IACS (PPCI); Comité de Control de Infecciones (CCI); Guía de trabajo del CCI

1. **Primer paso:** definir el personal médico y de enfermería a cargo de revisar y desarrollar la línea de acción 3 dentro del hospital; y seleccionar como Responsable del Programa a uno de los miembros del equipo, que tendrá a su cargo el liderazgo del PPCI.
2. **Segundo paso:** solicitar los materiales y recursos de trabajo necesarios para el correcto funcionamiento y desempeño del PPCI. Estos son fundamentales para garantizar el desarrollo de las tareas previstas dentro de esta línea de trabajo.
3. **Tercer paso:** constituir el CCI a través de designación/nota formal firmada por la autoridad máxima del Hospital. El CCI es el espacio formal donde se discuten y tratan aspectos relativos al funcionamiento del PPCI. Su conformación a través del instrumento formal que corresponda es fundamental para garantizar su legitimidad y continuidad en el tiempo
4. **Cuarto paso:** llevar a cabo la primera reunión del CCI, con participación de todos/as los/as integrantes designados. Posteriormente, se debe continuar con las reuniones mensuales de trabajo y las reuniones ad hoc que se consideren pertinentes. Si bien cada CCI puede y debe establecer su propia agenda de trabajo, a continuación, se detallan algunas tareas básicas recomendadas
5. **Quinto paso:** elaborar una Guía de trabajo del CCI que contenga (a) un listado de metas anuales, junto con los correspondientes indicadores de monitoreo; y (b) una Matriz de Riesgos, a los fines de detectar y prevenir posibles eventos adversos. Se sugiere que estos puntos sean consensuados y validados durante la primera reunión del CCI, de modo tal que sirvan como guías de trabajo para el período que se defina (usualmente, un año calendario).

3.2. Proceso de recolección de datos, análisis y procesamiento estadístico con el propósito de evaluar y establecer estrategias para el control de infecciones

El equipo implementará un proceso de recolección de datos que incluirá la recorrida diaria del enfermero especializado en control de infecciones (ECI) por los sectores de la organización donde puedan darse los casos: unidades de cuidados intensivos e intermedios, unidad coronaria, servicio de neonatología y unidades para cuidado de pacientes posquirúrgicos. En estas recorridas el profesional a cargo tendrá dos funciones principales: el relevamiento del uso de dispositivos invasivos (ver 3.2.1) y la identificación de eventos (ver 3.2.2). Esos datos serán volcados en un software específico o, de no contar con el mismo, una planilla diseñada para este fin (ver 3.2.3). Estos datos serán el insumo básico para la construcción de indicadores (ver 3.2.4) que se monitorearán en forma longitudinal (con respecto a valores previos del mismo establecimiento) y transversal, con respecto a valores de referencia nacionales (ver 3.2.5).

3.2.1 | Recomendaciones para el relevamiento:

- El ECI debe relevar el uso de dispositivos invasivos como VM a través de tubo endotraqueal (TET) o cánula de traqueostomía, CVC y SV todos los días a la misma hora.
- Con respecto a los CVC, se incluirá el sitio anatómico de inserción y el tipo de dispositivo: catéteres por punción, implantables, semiimplantables y CVC por inserción periférica (PICC), de acuerdo con las prácticas habituales de cada centro. La cuantificación será de 1 (uno) por cada día y paciente que tenga colocado alguno de estos dispositivos.

3.2.2 | Recomendaciones:

- El diagnóstico de estos eventos (infección asociada a catéter venoso central, neumonía asociada a la ventilación mecánica e infección urinaria asociada a sonda vesical) se debe realizar en conjunto con el equipo tratante y los representantes de otros servicios afines, como Infectología.
- Si bien los criterios diagnósticos pueden variar según la fuente consultada, este manual recomienda el uso de los criterios incluidos en el programa VIHDA.

3.3.3 | Recomendaciones:

- El registro oficial de infecciones nosocomiales es el que corresponde al Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina, iniciado en 2004 y que en la actualidad conforma una red de más de 150 hospitales. Actualmente la sede de referencia para este programa es el Instituto Nacional de Epidemiología "Juan H. Jara" y fundamenta su trabajo sobre 6 ejes: vigilancia, docencia, normatización, asesoramiento, investigación y educación para la salud. La participación en este programa les permite a los hospitales comparar sus tasas de infección con respecto a sí mismos en otros períodos y con respecto a los datos nacionales.

- Al tratarse de un programa nacional, este proceso se debe llevar a cabo según las indicaciones establecidas por el programa, a través del sitio web <http://www.vihda.gov.ar/>.

3.3.4 | Recomendaciones para la elaboración de la Guía:

- Llevar a cabo el registro a través de planillas papel o formularios electrónicos (tipo Google® Forms o similar) para monitorear las IACS en el ámbito hospitalario.
- Para definir el modelo de las planillas, se puede consultar el propuesto en el Manual de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias del Programa VIHDA, página 147.²
- Definir una persona o grupo de personas a cargo de realizar la tarea de recolección y registro de casos.

3.3.5 | Recomendaciones:

El equipo de prevención y control de infecciones (PCI) será el encargado de cargar los datos del hospital en el programa nacional de control de IACS, lo cual le permitirá monitorear el estado de la institución en comparación con otras similares. En el documento “Sistema para la Autoevaluación de los Programas de Prevención y Control de IACS en Instituciones de Salud de la República Argentina” se explica cómo realizar este proceso.³ Si bien la recomendación general es la realización de evaluaciones comparativas con respecto a un marco de referencia local, los hospitales que hayan dado este paso, pueden también compararse con respecto a marcos internacionales, como el brindado por el NHSN (<https://www.cdc.gov/nhsn/>).

Línea 3.2 | Paso a paso

Productos esperados: planillas de registro; cuenta activa en Programa VIHDA

1. **Primer paso:** efectuar un relevamiento de uso de dispositivos invasivos en la institución con referentes de la UCI y del Departamento de Medicina o Clínica.
2. **Segundo paso:** identificar eventos infecciosos asociados a dispositivos invasivos.
3. **Tercer paso:** solicitar la adhesión al Programa VIHDA y la generación de usuario(s) para el registro de IACS
4. **Cuarto paso:** elaborar planillas de registro y monitoreo de casos, a través de las cuales se registrarán las IACS. Una vez establecido el modo y soporte de la planilla, se debe comenzar con la recolección y registro de los casos
5. **Quinto paso:** iniciar la carga de los datos de las planillas en la aplicación web del Programa VIHDA.

3.3. Capacitación y participación de todo el personal en la prevención de IACS

El equipo implementará un plan de capacitación para la prevención de IACS. De acuerdo con el perfil del hospital se evaluarán los recursos necesarios y la mejor organización para que ésta pueda llevarse a cabo, teniendo en cuenta una serie de pautas básicas (ver 3.3.1). El objetivo principal es contar con la mayor cantidad de personal capacitado en todas las áreas relativas a la PCI, pero para poner en práctica esta meta el equipo local habrá de fijar prioridades a partir del esquema general (ver 3.3.2). La población objetivo de la capacitación serán los agentes de salud con función asistencial. Para el público objetivo se planteará un esquema de prioridades según las características y recursos de cada organización (ver 3.3.3). Entre los conceptos y los roles priorizados deberá armarse una grilla que permita en forma cíclica la incorporación de nuevos individuos, en virtud de la alta rotación que suele tener el personal hospitalario. En relación a esto último también deberán ensayarse diferentes formas de acceso a este público (ver 3.3.4) sin olvidar la capacitación del propio equipo del PPCI (ver 3.3.5).

3.3.1 | Recomendaciones:

La currícula básica de los profesionales encargados de la prevención y control de infecciones (PCI) está en discusión en todo el mundo, habiéndose encontrado grandes variaciones entre países.⁴ Por este motivo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó recientemente un documento con el objetivo de homogeneizar las capacidades centrales de los profesionales que se desempeñan en esta área.⁵ Un aspecto relevante es la incorporación de un rol llamado “profesional vinculante” (*link person* en el original) en cada sector o servicio considerado clave. Este profesional formará parte de la planta estable de un servicio clínico (e. g., unidad de cuidados intensivos, neonatología, quirófano) o bien de un servicio vinculado al mantenimiento (seguridad e higiene, esterilización), estar capacitado en PCI y oficiar como vínculo entre los servicios y el equipo de PCI. Este rol es el encargado de vincular al servicio clínico (e.g., jefatura de la unidad de cuidados intensivos) con el ECI (dependiente del comité, que a su vez depende directamente de la Dirección institucional -ver punto 3.1.3).

De acuerdo con las características de las unidades y con los recursos disponibles, se planteará la posibilidad de que el profesional vinculante cumpla sus funciones en diferentes horarios para monitorear el cumplimiento de protocolos en distintos turnos. En la Argentina, la DNCSSyRS del Ministerio de Salud de la Nación provee capacitación en PCI a través de su plataforma de e-learningⁱ.

A nivel hospitalario, los equipos de PCI deberán gestionar ante la Dirección Médica y el Departamento de Personal las horas dedicadas para esta capacitación. Se recomienda que

ⁱ Seguridad del Paciente: Resultado inherente a la Gestión de la Calidad y a la Gestión de los Riesgos https://plataformavirtualdesalud.msal.gov.ar/theme/virtualdesalud/url_summary.php?id=466 ; Curso Introductorio de Higiene y Seguridad en Establecimientos de Salud https://plataformavirtualdesalud.msal.gov.ar/theme/virtualdesalud/url_summary.php?id=468 ; La gestión de la calidad en los establecimientos de salud https://plataformavirtualdesalud.msal.gov.ar/theme/virtualdesalud/url_summary.php?id=465

el perfil profesional de este rol sea definido por el comité de PCI a partir del diagnóstico institucional.

3.3.2 | Listado de temas y aspectos esenciales recomendados:

- Utilización de precauciones estándar.
- Utilización de precauciones expandidas basadas en la transmisión.
- Tipos de aislamiento
- Manejo de residuos y limpieza ambiental.
- Gestión del uso de antimicrobianos.
- Selección y uso apropiado de antisépticos.
- Prevención de infecciones asociadas a dispositivos.
- Prevención de las infecciones de sitio quirúrgico.
- Prevención y manejo de las infecciones en pacientes inmunocomprometidos.
- Manejo de las construcciones y/o remodelaciones en la institución.
- Reducción del riesgo de infección en recién nacidos.
- Esterilización y desinfección de alto nivel de productos de uso médico.
- Programa de inmunización del personal.
- Manejo del personal con infecciones transmisibles al resto del personal y a los pacientes.

3.3.3 | Perfiles de capacitación:

- Todo el personal de salud que participe en la atención de pacientes
- Personal hospitalario con funciones no asistenciales
- Pacientes
- Familiares
- Comunidad

3.3.4 | Recomendaciones de estrategias de capacitación:

- Educación periódica programada en relación con los ciclos de rotación de los profesionales (primera semana de cada inicio de rotación de enfermeros o médicos residentes en áreas críticas)
- Educación incidental
- Charlas comunitarias sobre la prevención de infecciones
- Material impreso sobre prevención
- Videos informativos
- Sitio web

Línea 3.3 | Paso a paso

Producto esperado: capacitación del personal en IACS

1. **Primer paso:** establecer y definir las pautas básicas de capacitación en prevención y control de IACS. Esta tarea permite establecer los puntos que se considerarán críticos o esenciales para definir qué tipo de cursos se desea brindar a los diferentes equipos de trabajo.
2. **Segundo paso:** definir qué temas y aspectos de capacitación se considerarán esenciales, para tener en cuenta a la hora de diseñar y seleccionar de entre las diversas estrategias de capacitación.
3. **Tercer paso:** identificar el personal a capacitarse. Para ello se recomienda elaborar una planilla con sus datos básicos, de modo tal que se facilite la gestión y la administración de los cursos, según corresponda
4. **Cuarto paso:** identificar y seleccionar las estrategias de capacitación que se deseen llevar adelante. Por estrategias de capacitación se entienden las diferentes modalidades y soportes a través de los cuales se pueden brindar los cursos
5. **Quinto paso:** garantizar la capacitación continua de los referentes de PCI, a través de -al menos- 2 (dos) capacitaciones por año para su actualización.

3.4. Programa institucional de higiene de manos

El equipo implementará un programa de higiene de manos siguiendo la estrategia multimodal de la OMS, que incluye cinco componentes (ver 3.4.1), cada uno de los cuales tiene un conjunto de herramientas que facilitan su puesta en práctica (ver 3.4.2).⁶ La estrategia propone una implementación en etapas para incrementar la factibilidad de aplicación (ver 3.4.3). Dado que la disponibilidad de sanitizante de manos con base alcohólica y de un área de lavado de manos en el lugar de atención forman parte de la estrategia citada (OMS) se incluyen en esta misma sección.

3.4.1 | Los componentes clave de la estrategia son:

- **Cambio de sistema.** Asegurar la infraestructura necesaria para permitir a los profesionales de la salud una higiene de manos correcta. Dos componentes son esenciales: (a) acceso continuo a agua segura, jabón y toallas; (b) acceso inmediato a sanitizante con alcohol en el lugar de atención
- **Entrenamiento y capacitación.** Entrenar regularmente en la importancia de la higiene de manos, basándose en el enfoque de "los 5 momentos", a todos los profesionales.

- *Evaluación y respuesta.* Monitorear las prácticas de higiene de manos y la infraestructura requerida, en conjunto con las percepciones y el conocimiento del equipo de salud, y proveer devoluciones al equipo con la información que resulte del relevamiento.
- *Recordatorios en los lugares de trabajo.* Señalar y recordar a los profesionales la importancia de la higiene de manos, las indicaciones apropiadas y la manera de llevarla a cabo.
- *Clima de seguridad institucional.* Generar un entorno y contexto propicios para la toma de conciencia sobre la relevancia de los aspectos relacionados con la seguridad del paciente y enfatizar la higiene de manos como una prioridad a todo nivel, incluyendo: (a) participación activa a nivel individual e institucional; (b) sensibilización sobre la capacidad que tanto los individuos como las instituciones tienen para cambiar y mejorar; y © colaboración con pacientes y organizaciones de pacientes

3.4.2 | Recomendaciones:

Las guías para la implementación de la estrategia multimodal toman nota de la heterogeneidad entre regiones y centros con respecto a la concientización sobre el lavado de manos, y proveen un conjunto de herramientas que facilitan esta tarea. Siguiendo los componentes clave del punto previo, en la página 12 de la [Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos \(2009\)](#) se detallan las siguientes herramientas:

1. Cambio de sistema

- Encuesta sobre infraestructura de los lugares de trabajo⁷
- Proyección de uso y costeo del sanitizante de manos
- Encuesta de uso de sanitizante y jabón
 - *Herramienta de monitoreo para conocer el uso de productos para la higiene de manos.*
 - *Sirve para el diagnóstico basal y para mostrar los cambios posteriores (evaluación inicial y luego cada 3 meses).*
 - *Útil para el sector de compras hospitalarias.*
 - *Debería realizarse en sectores hospitalarios específicos: compras, farmacia y otros sectores involucrados en la provisión.*
 - *Planilla electrónica donde se registre: tipos de productos y cantidad usada de cada uno en el último mes.*
- Evaluar en cada caso particular la inclusión de un protocolo de evaluación de tolerancia y aceptación de diferentes sanitizantes (no recomendado en forma genérica)

2. Entrenamiento y capacitación.

- Educación incidental y programada: evaluar el uso de caja con luz ultravioleta para reforzar la técnica correcta, mostrar los 5 momentos durante la práctica asistencial, programar actividades y jornadas, integrar a la comunidad, diseñar y difundir material de capacitación dirigido a pacientes y familias (videos, volantes) y al personal (presentaciones, manual, pósteres).
- Material para el coordinador de higiene de manos
- Formulario de observación (OPS)^{8,9}

3. Evaluación y respuesta.

- Manual técnico de referencia de higiene de manos
- Planilla electrónica para cálculo de adherencia
- Cuestionario de conocimiento de la higiene de manos para los profesionales ¹⁰

4. Recordatorios en los lugares de trabajo.

- Posters: 5 momentos, higiene correcta de manos, uso correcto del sanitizante

5. Clima de seguridad institucional.

- Contar con una plantilla de nota que enviarían los responsables institucionales (Dirección, Departamento de Seguridad) a actores clave (jefes de servicio) para promover su compromiso en el plan.
- Guías para involucrar a pacientes y organizaciones de pacientes

3.4.3 | Recomendaciones:

De acuerdo con las características de cada institución, se proponen diferentes enfoques para el logro de los objetivos de los cinco componentes clave. Si bien el objetivo principal es la puesta en marcha del programa, el enfoque brinda una perspectiva de ciclo que debería adaptarse a nivel local con renovaciones periódicas que tengan en cuenta una valoración crítica de los resultados observados.

El enfoque secuencial incluye cinco etapas, cada una de las cuales tiene sus objetivos:

Número	Etapas	Objetivos
Uno	Preparación del hospital Disposición para actuar	<ul style="list-style-type: none"> ● Asegurar los recursos financieros ● Comprometer al personal necesario ● Definir la infraestructura requerida ● Identificar a los profesionales que liderarán el programa ● Proponer una planificación ambiciosa (incluir todos los componentes para un programa continuo).
Dos	Evaluación basal Conocimiento de la situación actual.	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar la evaluación basal de práctica habitual, conocimiento, percepciones e infraestructura disponible.
Tres	Implementación Introducción de las actividades de mejora.	<ul style="list-style-type: none"> ● Asegurar la disponibilidad de sanitizante en el lugar de atención ● Educar y entrenar al personal ● Colocar los carteles recordatorios ● Comunicar las actividades relacionadas
Cuatro	Seguimiento Evaluación del impacto de la implementación.	<ul style="list-style-type: none"> ● Llevar a cabo la evaluación de seguimiento ● Comprobar la efectividad de la intervención
Cinco	Plan de seguimiento Revisión cíclica. Plan para los siguientes 5 años.	<ul style="list-style-type: none"> ● Desarrollar un plan de acción y de revisión cíclica ● Asegurar la sustentabilidad a largo plazo

Línea 3.4 | Paso a paso

Productos esperados: estrategia multimodal; herramientas de aplicación; etapas de Implementación

1. **Primer paso:** definir y establecer los componentes de la estrategia multimodal para la higiene de manos.
2. **Segundo paso:** definir y establecer las herramientas de aplicación para la estrategia de higiene de manos.
3. **Tercer paso:** establecer las etapas de implementación de la estrategia de higiene de manos

3.5. Paquetes de medidas para la prevención de IACS

La implementación de paquetes de medidas dirigidos a las IACS se tratará como una unidad, detallando los aspectos particulares de cada una, cuando sea necesario. En ese sentido, este apartado detalla las áreas hospitalarias a priorizar en la evaluación (ver 3.5.1), el personal que será convocado para desarrollar tareas relacionadas con el programa (ver 3.5.2), la desagregación de las acciones que se incluyen en el protocolo de trabajo (ver 3.5.3) y los paquetes específicos de medidas para la prevención de infecciones asociadas a catéteres venosos centrales (ver 3.5.4), neumonía asociada a la ventilación mecánica (ver 3.5.5) e infección urinaria asociada a sonda vesical (ver 3.5.6). Para el interesado en profundizar el conocimiento de estas estrategias, como así también acceder a formularios de relevamiento específicos, se recomienda la consulta del Consenso Interinstitucional (INE, SADI, ADECI) sobre evaluación de programas de control de IACS. ¹¹

3.5.1 | Ponderación recomendada:

- Unidades de cuidados intensivos (adultos, pediátricas y neonatales).
- Unidades de cuidados especiales (coronaria, recuperación cardiovascular, neuroquirúrgica, quemados, inmunocomprometidos y trasplante de médula ósea)
- Quirófano
- Intervencionismo y radiología intervencionista

3.5.2 | Recomendaciones:

- **Jefe de unidad.** En conjunto con el equipo de PCI y la jefatura de enfermería, consensuará la manera de realizar la evaluación basal y, a partir de los resultados, planificará las acciones correctivas y las oportunidades para las nuevas evaluaciones. Junto con el coordinador médico, definirá la manera de comunicar al equipo médico el paquete inicial de medidas y cada modificación posterior. Junto con el profesional vinculante evaluará las tendencias en la incidencia de IACS.

- *Jefe de enfermería.* En conjunto con el jefe de unidad y el equipo de PCI definirá las acciones a implementar en base a los resultados de la evaluación basal. Tendrá relación directa con el profesional vinculante, con quien evaluará las tendencias en la incidencia de IACS. Será el encargado de difundir en el equipo de enfermería el paquete de medidas definido y modificaciones posteriores.
- *Coordinador clínico.* Médico de planta, será el encargado de difundir los paquetes de medidas para prevención de IACS en el personal médico y de kinesiología, y el encargado de monitorear su cumplimiento. Tendrá relación directa con el profesional vinculante, quien a su vez lo proveerá con información sobre incidencia de IACS que reciba del equipo de PCI.
- *Profesional vinculante.* Enfermero, kinesiólogo o médico, será quien articule las tareas de la unidad clínica o quirófano con los requerimientos y resultados de las evaluaciones y recomendaciones comunicadas por el equipo de PCI. Será quien haga las evaluaciones críticas que identifiquen las barreras para la implementación universal, completa y sostenida de los paquetes de medidas.

3.5.3 | Recomendaciones:

- *Colocación de dispositivos.* En el momento de la colocación de un CVC, una SV o un tubo endotraqueal (TET) para VM se convocará al profesional vinculante para que observe el procedimiento. En caso de no contar con el mismo o estar fuera de su horario, se solicitará que otro profesional del equipo monitoree la realización del procedimiento de acuerdo con una lista de verificación. La recomendación es que esta lista se complete en el momento en un formulario específico e identificado con el nombre del paciente y la fecha y hora y que tenga firma y sello del profesional. Se desaconseja la observación y llenado posterior porque la probabilidad de omisiones es superior.
- *Mantenimiento de dispositivos.* El profesional vinculante monitoreará diariamente el cumplimiento del paquete de medidas de acuerdo con una lista de verificación.
- *Reporte de información.* Tanto la información vinculada a la colocación como al mantenimiento de los dispositivos será ingresada por el profesional vinculante en el software definido por la institución o en una planilla diseñada específicamente. Esta información se enviará al equipo de PCI para su agregación con datos de otras unidades y su comparación con otros períodos. La información contenida en estos documentos recibirá el mismo tratamiento que los datos contenidos en la historia clínica, preservando la intimidad y confidencialidad del paciente, de acuerdo con lo estipulado en las leyes 17132, 25326 y 26529.

3.5.4 | El paquete para la prevención de IAC incluye las siguientes medidasⁱⁱ

ⁱⁱ El listado de actividades se provee a modo de sugerencia, pero se recomienda revisar otros planes que podrían estar en funcionamiento en el hospital, como los paquetes de medidas relacionados con el programa VIHDA

- Capacitar al personal de salud para la colocación y el cuidado de los CVC.
- Utilizar en forma adecuada las estrategias de barrera (guantes, barbijo, gorro, antiparras, camisolín) durante la colocación de los CVC.
- Registrar en la historia clínica la fecha y hora de colocación del dispositivo. Incluir en el registro el sticker con la identificación del dispositivo a los fines de monitorear la seguridad del mismo.
- Con respecto al uso para infusión de soluciones especiales, no exceder de 24 horas el tiempo de infusión de lípidos de nutrición parenteral y no exceder de 4 horas la infusión de hemocomponentes o hemoderivados.
- Conocer y difundir que el reemplazo de rutina de los CVC no previene las IAC.
- Considerar que los signos y síntomas clínicos tienen baja sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de IAC.
- Reemplazar los CVC colocados en situaciones de emergencia, con baja adherencia a las pautas recomendadas, una vez que el estado clínico del paciente lo permita.
- Evaluar diariamente la necesidad de continuar con el uso del CVC.
- Controlar la apropiada fijación del catéter.
- Mantener los conectores (puertos) limpios y cerrados.
- Realizar la curación de los CVC con las máximas medidas de antisepsia.
- Aplicar un parche transparente sobre el CVC, asegurando la correcta visión del sitio de inserción.
- Registrar la fecha de última curación en una etiqueta sobre el parche, asegurando que éste permanezca bien aplicado (sin dobleces).
- Considerar la frecuencia de recambio de la curación según el material usado: diario en caso de gasa opaca, cada tres días si es un parche transparente común y cada 7 días si se trata de uno con clorhexidina.

3.5.5 | Recomendaciones:

El paquete para la prevención de NAV aplica a la administración de soporte ventilatorio a través de dispositivos invasivos como TET o cánula de traqueostomía e incluye las siguientes medidas:

- Realizar higiene de manos, colocación de guantes y camisolín previo a toda interacción con el dispositivo (curación, limpieza, fijación).
- Proveer cuidado orofaríngeo o bucal con uso de antisépticos (clorhexidina 0,12%, solución oral) dos veces por día hasta 24 horas luego de la extubación.
- Asegurar la posición del paciente con la cabecera elevada en un ángulo no menor a 30° con respecto al eje horizontal.
- Considerar la implementación de un protocolo de sedación que incluya “vacaciones” diarias. Se recomienda que esta suspensión se realice en condiciones que permitan un control apropiado del paciente para evitar el retiro no planeado del TET, CVC u otros dispositivos. Se recomienda que este protocolo se acompañe de un protocolo de liberación de la ventilación mecánica.
- Evaluar diariamente las condiciones clínicas del paciente para considerar la realización de una prueba de ventilación espontánea (PVE) con la finalidad de acortar al mínimo posible la duración del soporte invasivo. Se aconseja que este protocolo se realice acompañado del protocolo de suspensión diaria de la sedación.

- Evaluar diariamente la presión de insuflación del balón del TET o de la cánula de traqueostomía para mantenerla por debajo de 25 cmH₂O.
- Administrar fármacos inhibidores de la bomba de protones para prevenir úlceras de estrés.
- Administrar profilaxis de trombosis venosa profunda en pacientes adultos

3.5.6 | Recomendaciones:

El paquete para la prevención de IUAS implica una evaluación crítica de las indicaciones de colocación de la misma, disminuyéndola a los casos indispensables, e incluye las siguientes medidas:

- Usar sistemas de drenaje y recolección de orina cerrados.
- Retirar tempranamente la SV.
- Usar dispositivos de fijación seguros para prevenir el desplazamiento de la SV.
- Retirar automáticamente la SV en pacientes postquirúrgicos, a menos que se indique lo contrario.
- Incorporar el manejo de SV como parte del programa de seguridad del paciente.
- Asegurar la bolsa colectora de orina a la cama del paciente, de manera tal que nunca esté en el suelo ni por encima del nivel de la SV.
- Se recomienda el bloqueo provisorio de la conexión a la bolsa colectora durante los traslados del paciente.

Línea 3.5 | Paso a paso

Productos esperados: equipo de trabajo; paquetes de medidas

1. **Primer paso:** definir sobre qué áreas se realizará el monitoreo de actividad. Si bien cada institución deberá definir las prioridades en base a los resultados de la evaluación basal, se propone realizar una ponderación para que sea considerada localmente.
2. **Segundo paso:** definir el personal a convocar para llevar a cabo las tareas de monitoreo y mejora continua.
3. **Tercer paso:** Establecer un proceso de trabajo sobre el cual se montará la implementación de protocolos y guías, orientadas a la prevención y/o manejo de IACS
4. **Cuarto paso:** definir y establecer el paquete de medidas para prevención de infecciones asociadas a CVC (IAC)
5. **Quinto paso:** definir el paquete de medidas para prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV)

Referencias bibliográficas

1. Herramienta para la evaluación y mejora de la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria. Disponible en: http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres2801_2020anexo.pdf
2. Ministerio de Salud de la Nación. Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. Instituto Nacional de Epidemiología, Mar del Plata, Argentina. Manual de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias del Programa VIHDA. 2015. Disponible en: <http://codeinep.org/wp-content/uploads/2017/11/Manual-de-VIGILANCIA-VIHDA-2015.pdf>
3. Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H Jara. Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias. ANLIS - Ministerio de Salud de la Nación. Sistema para la Autoevaluación de los Programas de Prevención y Control de IACS en Instituciones de Salud de la República Argentina. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/programa-vihda-ine-ba.pdf>
4. Tsioutis, C., Birgand, G., Bathoorn, E. et al. Education and training programmes for infection prevention and control professionals: mapping the current opportunities and local needs in European countries. Antimicrob Resist Infect Control 9, 183 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13756-020-00835-1>
5. World Health Organization. (2020). Core competencies for infection prevention and control professionals. World Health Organization. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/335821>.
6. World Health Organization. A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. WHO/IER/PSP/2009.02. Disponible en: https://www.who.int/gpsc/5may/Guide_to_Implementation.pdf. Versión en castellano: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, España. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102536/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf;jsessionid=02C279750E6AE99A28FCBA884E87798F?sequence=1
7. Encuesta OMS sobre infraestructura. Disponible en: https://www.who.int/gpsc/5may/Ward_Infrastructure_Survey.doc?ua=1. Documento traducido por el Capítulo Central de la Asociación Colombiana de Infectología en: <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Infecciones%20Asociadas%20a%20Atencin%20en%20Salud/Higiene%20de%20manos/Herramientas%20manos%20limpias%20y%20Lineamientos/Encuesta%20de%20Infraestructura.pdf>
8. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Manual para Observadores. Disponible en: https://www.paho.org/costa-rica/dmdocuments/manual_para_observadores.pdf
9. Planilla VIHDA. <http://www.vihda.gov.ar/>
10. OMS. Cuestionario acerca de los conocimientos sobre la higiene de las manos destinado a los profesionales sanitarios. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cuestionario_conocimientos_prof_oms.pdf
11. Documento de Consenso Interinstitucional (INE, SADI, ADECI). Sistema para la Autoevaluación de los Programas de Prevención y Control de Infecciones en Instituciones de Salud de la República Argentina. Agosto de 2014. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/rm-178-2018-consenso-interinstitucional.pdf>

Línea de acción 4: Prácticas seguras en cirugía

Línea 4 | Productos

1. Listado de verificación para cirugía segura (LVCS)
2. Compilación bibliográfica y protocolos de LVCS
3. Set de indicadores de LVCS
4. Tabla de monitoreo de avances de LVCS
5. Guía/protocolo para minimizar riesgos de infección de sitio quirúrgico (ISQ)
6. Set de indicadores de ISQ

Introducción

Las prácticas seguras en cirugía incluyen 6 líneas de acción sobre dos temas: los listados de verificación para la cirugía segura (LVCS) en las líneas 4.1 a 4.4 y la minimización del riesgo de infecciones en el sitio quirúrgico (ISQ) en las líneas 4.5 y 4.6.

LISTADOS DE VERIFICACIÓN PARA LA CIRUGÍA SEGURA (LVCS)

4.1. Dispone de un listado de verificación para la cirugía segura

Numerosos estudios, que incluyen ensayos clínicos y estudios cuasi experimentales, han mostrado que la aplicación correcta de los LVCS disminuye la mortalidad y las complicaciones quirúrgicas.¹⁻⁴ Estas listas de verificación han sido diseñadas principalmente para su uso en el quirófano, aunque se sugiere que sean usadas en todos los procedimientos, entendidos estos como aquellos que:⁶

- son de naturaleza quirúrgica u obstétrica, y/o
- pueden implicar un riesgo en el procedimiento, y/o
- podrán representar un riesgo anestésico, y/o
- requieren de especialista entrenado, y/o
- requieren de instalaciones o equipamiento especiales.

Existen numerosos modelos de LVCS, el más popularizado es el confeccionado por la OMS, que consta de tres instancias de chequeo, antes de la inducción anestésica, antes de la incisión cutánea y antes de la salida del quirófano.⁵ El Ministerio de Salud de Argentina realizó dos adaptaciones de este LVCS, una para adultos en 2012 (Anexo 4.1) y otra para el ámbito pediátrico en 2014 (Anexo 4.2).^{7,8}

Sobre eventuales modificaciones, la OMS menciona que las LVCS pueden adaptarse para tener en cuenta las diferencias entre centros sanitarios, especialidades de un mismo centro o procedimientos fuera de quirófano, o diferencias de procesos internos, cultura de quirófano

o grado de familiaridad de los miembros del equipo entre sí. Sin embargo, desaconseja eliminar medidas de seguridad porque se considera que no se puedan realizar en el entorno o las circunstancias existentes. Las modificaciones de la LVCS deben hacerse con una actitud crítica y consensuada entre los actores involucrados: cirujanos de todas las áreas, anestesiólogos e instrumentadores o enfermeros de quirófano. La LVCS resultante deberá someterse a prueba en situaciones simuladas y reales con el fin de garantizar su funcionalidad.⁹

- **Personal involucrado:** jefes o representantes jerárquicos de quirófano, anestesiología, especialidades quirúrgicas (cirugía general, traumatología, etc.) o que realicen procedimientos fuera del quirófano (endoscopistas, obstetras, etc.), instrumentación quirúrgica, enfermería, presidente o miembro jerárquico del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.
- **Materiales:** impresión de un número de LVCS correspondientes al volumen de cirugías de la institución.
- **Formalización:** este equipo podrá constituirse en un subcomité de Prácticas Seguras en Cirugía, dependiente del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.
- **Tiempo estimado:** 10-20 hs.

Línea 4.1 | Paso a paso

Producto esperado: listado de verificación para cirugía segura

1. **Primer paso:** definir integrantes para conformar el equipo de trabajo a cargo de revisar y desarrollar la línea de acción 4 de Prácticas Seguras en Cirugía dentro del hospital, garantizando la mayor representatividad posible.
2. **Segundo paso:** evaluar el LVCS existente. En caso de no contar con LVCS de referencia en el hospital, se recomienda que se desarrolle uno íntegramente realizando las adaptaciones que se consideren pertinentes.
3. **Tercer paso:** someter a prueba el listado realizado a través de prácticas quirúrgicas simuladas y luego reales, para garantizar su funcionalidad
4. **Cuarto paso:** en caso de ser necesario, realizar correcciones o adaptaciones al listado que surgieran de las pruebas anteriores
5. **Quinto paso:** difundir y circular el LVCS final con las áreas interesadas o involucradas en la práctica quirúrgica. Se sugiere que la versión final sea guardada en formato PDF para evitar la alteración por terceras partes.

4.2. Desarrolla acciones para su implementación y uso adecuado

La eficacia de las LVCS depende en gran medida de su correcta implementación y uso adecuado, ya que parte de sus beneficios provendrían de la mejora de los procesos, la comunicación y la cultura de seguridad en el quirófano.^{3,10}

Tanto la OMS como el Ministerio de Salud de la Nación han elaborado manuales de cómo y cuándo realizar los cotejos dentro del quirófano.^{9,11,12} Cada centro deberá seleccionar estos u otros manuales para llevar a cabo la educación del personal y estandarización del proceso y difundirlo entre todo el personal involucrado de quirófano o de otros ámbitos donde se realicen procedimientos. Adicionalmente, la OMS sugiere la difusión de videos que muestran la manera correcta e incorrecta de implementar las LVCS.^{5,13}

Personal involucrado:

- **Dentro del quirófano:** instrumentación, cirugía (en todas sus subespecialidades) y anestesiología. En caso de procedimientos fuera del quirófano, dependerá del personal involucrado en el procedimiento (obstetra, endoscopista, enfermería, etc).
- **Para la recolección de datos:** un personal administrativo.
- **Para la implementación:** un personal jerárquico de quirófano.

Sugerencias para la implementación en base a la OMS y la organización “Cirugía Segura” (<https://safesurg.org>)^{8,13}:

- **Forme un equipo.** Seleccione un núcleo de personas que demuestren entusiasmo por la lista de verificación, tratando de incluir cuando menos a un miembro de cada una de las disciplinas involucradas (instrumentación, cirugía y anestesiología).
- **Reúnase con los líderes del hospital.** Para que esta iniciativa tenga éxito, es fundamental el apoyo de los líderes de cada una de las disciplinas clínicas. Haga hincapié en los beneficios de una menor tasa de complicaciones, así como en la posible reducción de costos.
- **Comience a pequeña escala y después amplíe su campo de acción.** Inicialmente, adopte la lista de verificación en entornos específicos, por ejemplo, en una sala de operaciones determinada o en un solo departamento

Línea 4.2 | Paso a paso

Productos esperados: compilación bibliográfica; protocolos de implementación

1. **Primer paso:** con el equipo de trabajo previamente conformado, realizar la evaluación bibliográfica de los manuales de implementación para LVCS sugeridos.
2. **Segundo paso:** seleccionar y compilar la bibliografía que se tomará como referencia dentro del hospital en un único documento.
3. **Tercer paso:** relevar la existencia de protocolos de implementación de LVCS
4. **Cuarto paso:** en base a la bibliografía y las adaptaciones que se consideren necesarias (y dependiendo de si el hospital cuenta con protocolos existentes), adaptar, diseñar y/o redactar los protocolos de implementación para estandarizar los procesos de atención quirúrgica, de acuerdo con las [pautas establecidas por el MINSAL](#)
5. **Quinto paso:** difundir la bibliografía y los protocolos desarrollados o adaptados entre el personal de quirófano, junto con el material audiovisual que sirva de soporte
6. **Sexto paso:** según se considere necesario, realizar instancias de práctica adicionales.

4.3. Existe una instancia de monitoreo de la utilización del LVCS

Como en todo ciclo de mejora de la calidad el monitoreo de los datos es esencial para llevar a cabo mejoras en el proceso de atención. Se recomienda que la LVCS se adjunte a la historia clínica para facilitar el proceso de auditoría, que debería ser sistemática. En el caso de hospitales grandes con suficientes recursos, es apropiado designar a personal a tiempo completo para recopilar datos. Si el hospital no tiene un alto volumen de cirugías y/o no cuenta con recursos, o al inicio de la implementación, los datos pueden ser recopilados por las autoridades de quirófano responsables de la implementación o por el aporte de los distintos miembros del equipo quirúrgico.¹⁴

Sugerencias para la elaboración de indicadores de resultado:

- Deben medir, como mínimo, la mortalidad el día de la cirugía y la mortalidad postoperatoria hospitalaria.
- Otros indicadores que sería deseable medir son:
 - a. Complicaciones postoperatorias según su gravedad (clasificación de Clavien-Dindo ¹⁵)
 - b. Infecciones de sitio quirúrgico

Sugerencias para la elaboración de indicadores de proceso:

Existen tantos indicadores como ítems de la LVCS. Los mismos se pueden medir en forma sistemática o por cortos períodos de tiempo en forma alternativa. La OMS sugiere medir los siguientes:

- Delimitación del sitio quirúrgico por el cirujano;
- Realización de un control de seguridad del equipo y la medicación anestésicas;
- Uso del pulsioxímetro durante la administración de la anestesia en todos los casos;
- Evaluación objetiva de la vía respiratoria;
- Uso de indicadores de esterilidad para garantizar la adecuación de las prácticas esterilizadoras;
- Administración de antibióticos profilácticos en el plazo de una hora antes de la incisión cutánea;
- Confirmación verbal del paciente, el sitio y el procedimiento inmediatamente antes de la incisión en presencia de todos los miembros del equipo;
- Comunicación preoperatoria del equipo para debatir aspectos clínicos, el plan operativo y otras cuestiones problemáticas;
- Comunicación posoperatoria del equipo para comentar los problemas surgidos durante la intervención y los aspectos sobre la recuperación y el tratamiento del paciente

Línea 4.3 | Paso a paso

Producto esperado: set de indicadores de LVCS

1. **Primer paso:** adjuntar el LVCS a la historia clínica para garantizar su correcto registro. En caso de ya contar con un listado de LVCS vinculado a la Historia Clínica, verificar su completitud.
2. **Segundo paso:** relevar la existencia de indicadores de resultado y proceso; y evaluar su pertinencia.
3. **Tercer paso:** seleccionar un conjunto de indicadores de resultado para las instancias de monitoreo. La selección puede ser realizada tomando en consideración indicadores ya existentes.
4. **Cuarto paso:** seleccionar un conjunto de indicadores de proceso para las instancias de monitoreo. La selección puede ser realizada tomando en consideración indicadores ya existentes.
5. **Quinto paso:** designar un responsable de auditoría dentro del equipo de seguridad del paciente. Su función será la de revisar las HC cada determinado período de tiempo en busca de la completitud del LVCS.

4.4. Existe una instancia de monitoreo de la utilización del LVCS y se toman de decisiones según sus resultados

El ciclo de mejora de la calidad culmina con el análisis de los indicadores y las acciones correctivas, para luego iniciar un nuevo ciclo. El análisis del monitoreo podrá abordarse desde distintos enfoques, como el análisis de un incidente relevante o el seguimiento de indicadores y el cumplimiento de metas.

Dentro del análisis de incidentes se encuentran los eventos centinelas (“never events”), como la cirugía de lado equivocado o retención de un oblitio en una cirugía. Estos incidentes deben ser analizados en profundidad con un enfoque sistémico para determinar las barreras de seguridad que fueron vulneradas, para prevenir futuros eventos.

Recomendaciones para la elaboración de metas:

- Sus metas dependen totalmente de su entorno específico y de cuán fácil sea hacer cambios en su institución. Reúnase con los líderes del hospital antes de empezar la aplicación generalizada de la lista y defina las metas;
- Las metas deben ser numéricas específicas y deben especificar un tiempo en el que se propone alcanzar, ej. que las LVCS sean utilizadas en el 50% de las operaciones en seis meses;
- Las metas deben ser factibles pero ambiciosas;
- Una vez que tenga los datos preliminares, trate de mejorar sus números informando a todo el hospital de las metas que espera lograr con las mejoras;
- Asegúrese de proponer metas que abarquen a las diferentes disciplinas;
- Puede utilizar las metas apelando al espíritu competitivo de las personas para generar mejoras en la atención.

Recomendaciones para el desarrollo y comunicación de las metas:

- Evaluar la tasa de inclusión del LVCS sobre el total de cirugías;
- Elegir 5 de los indicadores propuestos en el punto 4.3.4;
- Establecer el consenso necesario con los actores clave;
- Efectuar la medición basal;
- Volver a medir a la semana, quincena o mes (en base al volumen de cirugías de la institución, considerando que una comunicación rápida, independientemente del resultado, contribuye a la adherencia);
- Construir una hoja de cálculo compartida (Google sheets, Excel online, etc. de acuerdo con cada institución) y brinde acceso a los actores definidos en el punto c;
- Instruya a estos actores para que difundan los resultados dentro de sus equipos.

Línea 4.4 | Paso a paso

Producto esperado: tabla de monitoreo de avances de LVCS

1. **Primer paso:** relevar la existencia de metas e instancias de monitoreo de LVCS. En caso de contar con metas o instancias de monitoreo, evaluar su pertinencia en función de la bibliografía previamente seleccionada. De ser necesario, realizar cambios o adaptaciones, tomando en consideración el punto siguiente.
2. **Segundo paso:** establecer o reformular metas con plazos determinados, para ser medidas en base a los indicadores de resultado y proceso previamente definidos.
3. **Tercer paso:** difundir las metas con todo el personal de cirugía y autoridades del hospital, para garantizar su reconocimiento y promover su cumplimiento.
4. **Tercer paso:** medir el avance parcial de las metas, para evaluar el grado de cumplimiento. La medición puede ser semanal o mensual, dependiendo del volumen de atención dentro del hospital. Posteriormente difundir los resultados parciales y finales con el personal de cirugía y las autoridades del hospital.

MINIMIZACIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES EN EL SITIO QUIRÚRGICO (ISQ)

4.5. Desarrolla acciones para minimizar el riesgo de infecciones en el sitio quirúrgico

Las ISQ son unas de las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) más frecuentes, generando morbilidad y mortalidad significativas y un alto costo para los pacientes y los sistemas de salud.¹⁶⁻¹⁹ La implementación de acciones para minimizar el riesgo de ISQ ha demostrado una reducción del riesgo absoluto entre 6,5% y 10,8% (reducción de riesgo relativo entre 40,9% y 47,2%), dependiendo del número de acciones implementadas.²⁰

Estas acciones se basan en la implementación de medidas que provienen de guías de práctica clínica. La OMS publicó en 2018 una guía de práctica clínica sobre prevención de ISQ en la que abordaron 26 tópicos y 29 recomendaciones sobre el manejo pre, intra y postoperatorio.²¹ Asimismo, en Argentina, se publicó en 2015 un consenso intersocietario avalado por el Ministerio de Salud en el que se evaluaron 68 tópicos relacionados a la prevención de ISQ.²² Ambos documentos tienen recomendaciones de cómo implementar acciones para la mejora de la calidad.

La guía de la OMS se acompaña de un documento de recomendaciones sobre cómo

implementar acciones para reducir las ISQ.²³ Estas recomendaciones se basan en una estrategia multimodal en la que deben abordarse los cinco dominios para obtener el éxito del programa. A continuación, se exponen los dominios y preguntas claves que ayudarán en su implementación:

1. **Cambio de sistema** necesario para permitir las prácticas de prevención de infecciones, incluida la infraestructura, el equipo, los suministros y otros recursos.
 - a. ¿Cuáles son las limitaciones del sistema/infraestructura actual que impiden implementar acciones para mejorar la prevención de ISQ?
 - b. ¿Cómo reasignar los recursos existentes o asignar nuevos recursos dentro de la institución, incluso cuando la mejora es más lenta de lo esperado?
 - c. ¿Los recursos y equipos para la prevención de ISQ están disponibles para el personal relevante en el momento y lugar adecuados?
 - d. ¿Los recursos se almacenan, suministran, controlan y mantienen correctamente, son de fácil acceso y cumplen con las normas de seguridad y políticas vigentes?
 - e. ¿Necesitamos introducir barreras para desalentar el uso de recursos y equipos inseguros?
 - f. ¿Necesitamos adquirir, producir, identificar, asignar o prepararnos para que la mejora se produzca y que el cambio del sistema sea sostenible?
2. **Entrenamiento y educación** para mejorar los conocimientos de los trabajadores sanitarios.
 - a. ¿Contamos con educadores entrenados para capacitar al personal?
 - b. ¿Disponemos de los materiales y equipos adecuados para realizar las capacitaciones?
 - c. ¿Qué personal necesita ser capacitado y cómo podemos asegurarnos de que el mismo pueda asistir a las sesiones de capacitación?
3. **Evaluación y retroalimentación** para definir el problema, impulsar el cambio apropiado y documentar la mejora de la práctica.
 - a. ¿Sabemos cuáles son los procesos clave que queremos monitorear y cómo?
 - b. ¿Contamos con personal entrenado para realizar el seguimiento y la retroalimentación?
 - c. ¿Disponemos de los recursos adecuados para realizar el seguimiento?
 - d. ¿Qué personal debe capacitarse para garantizar un seguimiento y una retroalimentación efectiva?
 - e. ¿Hay espacios en los que se pueda dar retroalimentación?
 - f. ¿Está la organización preparada para recibir retroalimentación y actuar en consecuencia?
 - g. ¿Hemos preguntado a los miembros del personal cómo podrían contribuir a las mejoras después de la evaluación y la retroalimentación?
4. **Recordatorios y comunicación** para promover las acciones deseadas, en el momento adecuado, incluidas las campañas.
 - a. ¿Sabemos cuáles son los mensajes clave para comunicarse con un lenguaje sencillo y comprensible localmente?
 - b. ¿Sabemos qué miembros del personal se beneficiarían de los recordatorios?

- c. ¿Sabemos cuáles son los mejores lugares en donde deben colocarse los recordatorios?
 - d. ¿Tenemos la experiencia y los recursos adecuados para desarrollar comunicaciones impactantes?
 - e. ¿Hemos preguntado a los miembros del personal cómo podrían contribuir a la comunicación y qué prácticas se beneficiarían de recordatorios personalizados?
 - f. ¿Conocemos los objetivos de una estrategia de comunicación, y cómo diseñarla para alcanzar a públicos y medios diversos?
5. **Cultura de seguridad** para facilitar un clima organizativo que valore la intervención, con un enfoque en la participación de altos directivos, campeones o modelos a seguir.
- a. ¿La Dirección está comprometida y participa en el funcionamiento de las unidades quirúrgicas?
 - b. ¿Existe un espacio de escucha al personal sobre inquietudes en la seguridad del paciente o deficiencias en la atención?
 - c. ¿Se resuelven adecuadamente los problemas o desacuerdos en las unidades quirúrgicas, con el foco en lo que es mejor para el paciente?
 - d. ¿Todo el personal, incluida la Dirección, puede asistir a capacitaciones y ateneos en donde se discuten peligros y defectos en la atención?
 - e. ¿El personal se sentiría seguro al ser tratado como un paciente en la unidad quirúrgica?
 - f. ¿El personal forma parte de equipos que diseñan intervenciones específicas para lograr mejoras en los procesos quirúrgicos?

Línea 4.5 | Paso a paso

Producto esperado: guía/protocolo para minimizar riesgos de ISQ

1. **Primer paso:** relevar acciones existentes orientadas a minimizar el riesgo de ISQ.
2. **Segundo paso:** realizar diagnóstico de situación a través de la guía de dominios y preguntas clave de ISQ para evaluar la pertinencia de las acciones y prácticas en uso.
3. **Tercer paso:** definir un conjunto de acciones necesarias de implementar para minimizar riesgos de ISQ. Las mismas pueden ser implementadas en base a la continuidad o modificación de acciones existentes.
4. **Cuarto paso:** elaborar una guía/protocolo para minimizar riesgos de ISQ. En caso de contar con una guía previa, se sugiere su revisión y modificación en base al relevamiento y evaluación.
5. **Quinto paso:** difundir la guía/protocolo con el personal de cirugía y las autoridades del hospital.

4.6 Utiliza los resultados del monitoreo de acciones para minimizar el riesgo de infecciones del sitio quirúrgico para implementar acciones de mejora

Indicadores

Para el monitoreo de los programas de mejora de la calidad se sugiere medir tanto indicadores de resultado como de proceso. El consenso argentino intersocietario de 2015 sugiere la medición de los siguientes indicadores:²²

1. Indicadores de Proceso:

- a. *Control de glucemia perioperatoria*: porcentaje de procedimientos para los pacientes que presentan una glucosa sérica menor o igual a 180 mg/dl dentro de las 18 a 24 horas postquirúrgica.
- b. *Profilaxis antimicrobiana*: porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica correcta, definida como aquella que se realiza con el agente antimicrobiano correcto, inicio de la administración dentro de la hora previa (2 hs para vancomicina y fluoroquinolonas) y discontinuación dentro de las 24 hs.
- c. *Normotermia perioperatoria*: temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$ en el postoperatorio (controles cada 4 hs).
- d. *Cumplimiento de la LVCS*: nivel de adherencia medido como porcentaje de LVSC completas. Según el nivel de adherencia los resultados pueden clasificarse en óptimo ($\geq 90\%$), regular (entre 50% y 89%) y nulo ($< 50\%$).

2. Indicadores de Resultado:

- a. *Tasa de ISQ global*: según la definición del Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) y del programa VIHDA.
- b. *Tasa de ISQ según su clasificación*: superficial, profunda y de órgano o cavidades.
- c. *Tasa de ISQ específica según tipo de cirugía*. Se recomienda la vigilancia específica de los siguientes procedimientos entre 30 o 90 días (un año en caso de haber colocado prótesis).
- d. *Razón estandarizada de ISQ*: tasa de ISQ específica ajustada por el valor esperado para ese tipo de cirugía.

Vigilancia

El consenso menciona que la vigilancia ha mostrado ser un componente importante en la prevención de ISQ. La vigilancia debe ser planificada en conjunto con los cirujanos y llevada a cabo por el enfermero/a de control de infecciones, que debe estar calificado para la tarea. Particularmente, sugiere realizar vigilancia a 30 días sobre 26 procedimientos y a 90 días sobre 13 procedimientos.²² Para más detalle sobre el procedimiento de vigilancia se vincula este documento al listado de cirugías definido en el [Consenso de Prevención de Infección del Sitio Quirúrgico \(2015\) elaborado por la SADI-INE](#).

Procedimientos y duración de Vigilancia a 30 días	
Reparación de aneurisma de aorta abdominal	Histerectomía abdominal
Amputación de miembro	Histerectomía vaginal
Apendicectomía	Cirugía de cuello
Shunt por diálisis	Cirugía renal
Cirugía del conducto biliar, hígado y páncreas	Cirugía de ovario
Cirugía de la vesícula biliar	Cirugía prostática
Endarterectomía de carótida	Cirugía rectal
Cirugía colónica	Cirugía de intestino delgado
Cesárea	Cirugía esplénica
Cirugía gástrica	Cirugía torácica
Cirugía de tiroides o paratiroides	Trasplante de corazón
Trasplante hepático	Laminectomía
Trasplante de riñón	Exploración laparoscópica

Procedimientos y duración de Vigilancia a 90 días	
Cirugía de mama	Prótesis de cadera
Cirugía cardíaca	Prótesis de rodilla
Cirugía de bypass coronario	Cirugía de marcapaso
Craneotomía	Cirugía de columna vertebral
Cirugía de bypass vascular periférico	Fusión espinal
Reducción abierta de fractura	Derivación ventricular
Herniorrafia	

Devolución de los indicadores

El consenso argentino sugiere que se realice un informe periódico que debe ser breve, claro y conciso por medio de gráficos que permitan la observación rápida y la comparación con gráficos anteriores. Además de las tasas de infección, los microorganismos aislados y los patrones de resistencia, el informe deberá contar con un soporte estadístico y un breve mensaje. Los resultados deberán comunicarse no solo a los servicios vigilados sino también al Comité de Control de Infecciones, la Dirección médica y a quien corresponda.

Recomendaciones para la elaboración de indicadores:

- El consenso argentino intersocietario de 2015 sugiere la medición de los siguientes indicadores²²:
 - a. *Tasa de ISQ global*: según la definición del Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) y del programa VIHDA;
 - b. *Tasa de ISQ según su clasificación*: superficial, profunda y de órgano o cavidades;
 - c. *Tasa de ISQ específica según tipo de cirugía*. Se recomienda la vigilancia específica de los siguientes procedimientos entre 30 o 90 días (un año en caso de haber colocado prótesis);

- d. *Razón estandarizada de ISQ*: tasa de ISQ específica ajustada por el valor esperado para ese tipo de cirugía.
- El consenso argentino intersocietario de 2015 sugiere la medición de los siguientes indicadores²²:
 - a. *Control de glucemia perioperatoria*: porcentaje de procedimientos para los que glucosa sérica menor o igual a 180 mg/dl dentro de las 18 a 24 horas postquirúrgica;
 - b. *Profilaxis antimicrobiana*: porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica correcta, definida como aquella que se realiza con el agente antimicrobiano correcto, inicio de la administración dentro de la hora previa (2 hs para vancomicina y fluorquinolonas) y discontinuación dentro de las 24 hs;
 - c. *Normotermia perioperatoria*: temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$ en el postoperatorio (controles cada 4 hs);
 - d. *Cumplimiento de la LVCS*: nivel de adherencia medido como porcentaje de LVSC completas. Según el nivel de adherencia los resultados pueden clasificarse en óptimo ($\geq 90\%$), regular (entre 50% y 89%) y nulo ($< 50\%$).
- El consenso argentino sugiere que se realice un informe periódico que debe ser breve, claro y conciso por medio de gráficos que permitan la observación rápida y la comparación con gráficos anteriores. Además de las tasas de infección, los microorganismos aislados y los patrones de resistencia, el informe deberá contar con un soporte estadístico y un breve mensaje. Los resultados deberán comunicarse no solo a los servicios vigilados sino también al Comité de Control de Infecciones, la Dirección médica y a quien corresponda

Línea 4.6 | Paso a paso

Producto esperado: set de indicadores de ISQ

1. **Primer paso**: Relevar acciones existentes orientadas a minimizar el riesgo de ISQ en base al monitoreo de resultados.
2. **Segundo paso**: Relevar la existencia de indicadores de ISQ de resultado y proceso; y evaluar su pertinencia.
3. **Tercer paso**: Seleccionar un conjunto de indicadores de resultado de ISQ y de proceso para las instancias de monitoreo. La selección puede ser realizada tomando en consideración indicadores ya existentes.
4. **Cuarto paso**: difundir los indicadores de proceso y resultado de ISQ.
5. **Quinto paso**: vigilar de forma regular los indicadores de ISQ. La vigilancia debe ser planificada en conjunto con los cirujanos y llevada a cabo por un/a enfermero/a de control de infecciones calificado para la tarea
6. **Sexto paso**: comunicar de forma regular la progresión de los indicadores de ISQ a través de informes u otra modalidad estandarizada.

Referencias bibliográficas

1. Bergs J, Hellings J, Cleemput I, et al. Systematic review and meta-analysis of the effect of the World Health Organization surgical safety checklist on postoperative complications. *Br J Surg*. 2014;101(3):150-158. doi:10.1002/bjs.9381
2. Chaudhary N, Varma V, Kapoor S, Mehta N, Kumaran V, Nundy S. Implementation of a surgical safety checklist and postoperative outcomes: a prospective randomized controlled study. *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract*. 2015;19(5):935-942. doi:10.1007/s11605-015-2772-9
3. de Jager E, McKenna C, Bartlett L, Gunnarsson R, Ho Y-H. Postoperative Adverse Events Inconsistently Improved by the World Health Organization Surgical Safety Checklist: A Systematic Literature Review of 25 Studies. *World J Surg*. 2016;40(8):1842-1858. doi:10.1007/s00268-016-3519-9
4. Haugen AS, Søfteland E, Almeland SK, et al. Effect of the World Health Organization checklist on patient outcomes: a stepped wedge cluster randomized controlled trial. *Ann Surg*. 2015;261(5):821-828. doi:10.1097/SLA.0000000000000716
5. World Health Organization (WHO). WHO Surgical Safety Checklist. Accessed August 17, 2021. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-surgery/tool-and-resources>
6. Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades (CNCE). Clasificación de Procedimientos en Salud (CPS). Published online 2004. Accessed September 11, 2021. <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie1Nro22.pdf>
7. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Listado de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. Published online 2012. Accessed August 17, 2021. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/rm-28-2012.pdf>
8. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Listado de Verificación para la Cirugía Pediátrica Segura. Published online 2014. Accessed August 17, 2021. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/rm-749-2014.pdf>
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009. Published online 2009. Accessed August 17, 2021. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Haugen AS, Wæhle HV, Almeland SK, et al. Causal Analysis of World Health Organization's Surgical Safety Checklist Implementation Quality and Impact on Care Processes and Patient Outcomes: Secondary Analysis From a Large Stepped Wedge Cluster Randomized Controlled Trial in Norway. *Ann Surg*. 2019;269(2):283-290. doi:10.1097/SLA.0000000000002584
11. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Listado de verificación para la cirugía segura y su manual de uso e instrucciones. Published online 2012. Accessed August 19, 2021. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/18959.html>
12. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Listado de verificación para la cirugía pediátrica segura y su manual de uso e instrucciones. Published online 2014. Accessed August 19, 2021. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/23025.html>
13. Safesurg.org. Videos. Safesurg.org. Accessed August 19, 2021. <https://www.safesurg.org/videos.html>
14. Safesurg.org. Aplicación de la lista de verificación de las prácticas quirúrgicas seguras. Accessed August 19, 2021. https://safesurg.org/uploads/1/0/9/0/1090835/starter_kit_spa.pdf
15. Clavien PA, Barkun J, de Oliveira ML, et al. The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience. *Ann Surg*. 2009;250(2):187-196. doi:10.1097/SLA.0b013e3181b13ca2
16. Cassini A, Plachouras D, Eckmanns T, et al. Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study. *PLOS Med*. 2016;13(10):e1002150. doi:10.1371/journal.pmed.1002150

17. Koek MBG, van der Kooij TII, Stigter FCA, et al. Burden of surgical site infections in the Netherlands: cost analyses and disability-adjusted life years. *J Hosp Infect.* 2019;103(3):293-302. doi:10.1016/j.jhin.2019.07.010
18. Badia JM, Casey AL, Petrosillo N, Hudson PM, Mitchell SA, Crosby C. Impact of surgical site infection on healthcare costs and patient outcomes: a systematic review in six European countries. *J Hosp Infect.* 2017;96(1):1-15. doi:10.1016/j.jhin.2017.03.004
19. Bhangu A, Ademuyiwa AO, Aguilera ML, et al. Surgical site infection after gastrointestinal surgery in high-income, middle-income, and low-income countries: a prospective, international, multicentre cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2018;18(5):516-525. doi:10.1016/S1473-3099(18)30101-4
20. Tomsic I, Heinze NR, Chaberny IF, Krauth C, Schock B, von Lengerke T. Implementation interventions in preventing surgical site infections in abdominal surgery: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2020;20:236. doi:10.1186/s12913-020-4995-z
21. World Health Organization (WHO). Global guidelines for the prevention of surgical site infection, 2nd ed. Published online 2018. Accessed August 19, 2021. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/global-guidelines-for-the-prevention-of-surgical-site-infection-2nd-ed>
22. Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), Instituto Nacional de Epidemiología (INE), Sociedad Argentina de Infectología (SADI). Actualización sobre medidas de prevención de infecciones de sitio quirúrgico. Published online 2015. Accessed August 23, 2021. <https://www.sadi.org.ar/documentos/guias-recomendaciones-y-consensos/item/300-consenso-sadi-ine-prevencion-de-infeccion-de-sitio-quirurgico-2015>
23. World Health Organization (WHO). Preventing surgical site infections. Implementation approaches for evidence-based recommendations. Published online 2018. Accessed August 19, 2021. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/preventing-surgical-site-infections>

Anexo línea 4

4.1 | Listados de verificación para la cirugía segura (LVCS) para adultos

Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica

Dirección de Calidad en Servicios de Salud



LISTADO DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE		DNI	HISTORIA CLINICA
PROCEDIMIENTO:			
ANTES DE LA INDUCCION DE LA ANESTESIA		ANTES DE LA INCISION CUTANEA	ANTES DE LA SALIDA DEL PACIENTE DEL QUIROFANO
PACIENTE	INGRESO DEL PACIENTE	PAUSA QUIRURGICA	PREVIO AL CIERRE
	<input type="checkbox"/> CIRCULANTE CONFIRMA: IDENTIDAD SITIO QUIRURGICO LADO (SI CORRESPONDE) PROCEDIMIENTO CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO AYUNO SEGUN PROTOCOLO (SI CORRESPONDE) BAÑO PREVIO SEGUN PROTOCOLO <input type="checkbox"/> PACIENTE NO PUEDE RESPONDER	CIRCULANTE CONFIRMA: <input type="checkbox"/> QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO QUIRURGICO ESTAN PRESENTES <input type="checkbox"/> QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO CON NOMBRE Y FUNCION <input type="checkbox"/> CIRUJANO, CIRCULANTE Y ANESTESISTA CONFIRMAN VERBALMENTE: IDENTIDAD DEL PACIENTE SITIO QUIRURGICO PROCEDIMIENTO	CIRCULANTE CONFIRMA: <input type="checkbox"/> EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO <input type="checkbox"/> EL RECUESTO DE INSTRUMENTAL, GASAS Y AGUJAS ES CORRECTO <input type="checkbox"/> ROTULADO DE MUESTRAS ES CORRECTO <input type="checkbox"/> SI SE DETECTARON PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS <input type="checkbox"/> CIRUJANO, ANESTESISTA Y CIRCULANTE REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACION DEL PACIENTE (INDICACIONES POST QUIRURGICAS)
	<input type="checkbox"/> CONTROL DEL EQUIPAMIENTO DE LA ANESTESIA <input type="checkbox"/> OXIMETRO DE PULSO COLOCADO Y FUNCIONANDO <input type="checkbox"/> VERIFICACION DE EXISTENCIA DE ALERGIAS CONOCIDAS <input type="checkbox"/> CHEQUEO DE VIA AEREA (RIESGO DE ASPIRACION) SI EXISTE RIESGO CONSTATAR QUE HAY EQUIPOS Y AYUDA DISPONIBLES <input type="checkbox"/> VERIFICACION DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN LOS ULTIMOS 60 MINUTOS (SI CORRESPONDE) <input type="checkbox"/> EQUIPO QUIRURGICO CONOCE COMORBILIDADES DEL PACIENTE	<input type="checkbox"/> CHEQUEO DE CONTROL DE DECUBITOS Y FIJACION DEL PACIENTE PREVISION DE EVENTOS CRITICOS <input type="checkbox"/> EL CIRUJANO REvisa EN VOZ ALTA JUNTO AL EQUIPO: PASOS CRITICOS DE LA OPERACION POSIBLES IMPREVISTOS PERDIDA PREVISTA DE SANGRE <input type="checkbox"/> ANESTESISTA REvisa EN VOZ ALTA JUNTO AL EQUIPO POSIBLES PROBLEMAS ESPECIFICOS QUE PRESENTE EL PACIENTE	<input type="checkbox"/> TRASPASO ESCRITO DE MEDICACION POST QUIRURGICA <input type="checkbox"/> CONTROL DE NORMOTERMIA POST OPERATORIA ANTES DE LA SALIDA DEL QUIROFANO <input type="checkbox"/> PARTE QUIRURGICO COMPLETO <input type="checkbox"/> PARTE ANESTESICO COMPLETO
	<input type="checkbox"/> DEMARCACION DE SITIO (SI CORRESPONDE) <input type="checkbox"/> CHEQUEO DE DISPONIBILIDAD DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (SI CORRESPONDE) <input type="checkbox"/> VERIFICACION DE RIESGO DE HEMORRAGIA > 500ml (7ml/kg niños) SI EXISTE RIESGO PREVER DISPONIBILIDAD DE ACCESOS VENOSOS Y SANGRE		
<input type="checkbox"/> CIRUJANO E INSTRUMENTADORA VERIFICARON LOS MATERIALES PROTÉSICOS NECESARIOS <input type="checkbox"/> CONFIRMACIÓN DE ESTERILIDAD DEL INSTRUMENTAL <input type="checkbox"/> CHEQUEO DEL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE TODOS LOS EQUIPOS NECESARIOS			
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE		FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE	FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

OBSERVACIONES:

ADAPTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICA- OMS (2009)

4.2 | Listados de verificación para la cirugía segura (LVCS) para pediátricos

LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA LA CIRUGIA PEDIATRICA SEGURA			
NOMBRE DEL PACIENTE:		H.C. N°:	EDAD:
Antes de la inducción anestésica		Antes de la incisión cutánea	Antes de la salida del quirófano
ENTRADA			SALIDA
COORDINADOR-CIRCULANTE CONFIRMA:		COORDINADOR-CIRCULANTE CONFIRMA:	COORDINADOR-CIRCULANTE CONFIRMA:
PACIENTE, PADRE, MADRE O TUTOR/A	<input type="checkbox"/> Identidad del niño/a <input type="checkbox"/> Procedimiento <input type="checkbox"/> Ayuno según protocolo <input type="checkbox"/> Baño Prequirúrgico <input type="checkbox"/> Historia Clínica <input type="checkbox"/> Control clínico previo efectuado <input type="checkbox"/> Verificación de alergias conocidas <input type="checkbox"/> Agrupación del paciente	<input type="checkbox"/> Que todos los miembros del equipo quirúrgico están presentes <input type="checkbox"/> Que todo el equipo verifica verbalmente: ⚡ Identidad del paciente ⚡ Sitio quirúrgico ⚡ Procedimiento <input type="checkbox"/> Control de decúbitos y fijación del paciente	<input type="checkbox"/> Procedimiento <input type="checkbox"/> Recuento de gases y control de implantes e instrumental utilizado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muestras correctamente acondicionadas e identificadas con documentación respaldatoria ¿Hubo alguna complicación durante el acto quirúrgico? (*) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Revisión de condiciones especiales a tener en cuenta durante la recuperación del paciente (indicaciones post-quirúrgicas) <input type="checkbox"/> Control de normotermia post operatoria <input type="checkbox"/> Traspaso escrito de medicación post quirúrgica <input type="checkbox"/> Parte quirúrgico escrito en Historia Clínica <input type="checkbox"/> Parte anestésico escrito en Historia Clínica
	INSTRUMENTADORA	<input type="checkbox"/> Esterilidad del instrumental <input type="checkbox"/> Chequeo del funcionamiento correcto de los equipos necesarios	<input type="checkbox"/> Pérdida de sangre prevista
ANESTESIOLOGA	<input type="checkbox"/> Control de equipamiento de anestesia <input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso colocado y funcionando <input type="checkbox"/> Disponibilidad de máscara laríngea <input type="checkbox"/> Aspiración funcionando <input type="checkbox"/> Equipo de vía aérea dificultosa <input type="checkbox"/> Si existe riesgo de hemorragia (> 7ml/kg) confirmación de disponibilidad de sangre y fluidos con Hemoterapia	<input type="checkbox"/> El paciente requiere algún control especial durante el procedimiento quirúrgico <input type="checkbox"/> Verificación de profilaxis antibiótica en últimos 60 minutos	OBSERVACIONES (*):
CIRUJANO/A	<input type="checkbox"/> Consentimiento informado firmado <input type="checkbox"/> Marcación de sitio quirúrgico (si corresponde) <input type="checkbox"/> Imágenes y exámenes complementarios necesarios disponibles (si corresponde) <input type="checkbox"/> Control de materiales protésicos necesarios		
EQUIPO	<input type="checkbox"/> Conocimiento de patologías asociadas		
Firma del responsable de la verificación, del anestesiólogo/a y del cirujano/a		Firma del responsable de la verificación, del anestesiólogo/a y del cirujano/a	FECHA Y HORA DE SALIDA DE QUIRÓFANO: Firma del responsable de la verificación, del anestesiólogo/a y del cirujano/a

Línea 5: prácticas seguras en el cuidado de los pacientes

Línea 5 | Productos

1. Sistema de Respuesta Rápida (SRR)
2. Procedimiento de detección precoz del deterioro agudo
3. Herramientas de detección precoz del deterioro agudo
4. Procedimiento de valoración del riesgo de caídas
5. Procedimiento de registro de riesgo de caídas
6. Estandarización de criterios de cuidados para caídas
7. Monitoreo periódico de cumplimiento de medidas de prevención
8. Registro de caídas
9. Procedimiento estandarizado de evaluación del riesgo de úlceras por presión (UPP)
10. Registro de UPP
11. Estandarización de criterios de cuidados de UPP

Introducción

Dentro de esta línea de acción hay numerosas iniciativas de mejora en la seguridad de los pacientes que las instituciones reconocen como oportunidades de mejora. En este capítulo, en consonancia con el documento de “*Acciones*”, se profundizan tres acciones que son ineludibles en el campo asistencial: detección de deterioro clínico, prevención de caídas en salas de internación y prevención de úlceras por presión.^{1,2} Sin embargo, es importante alentar otras líneas de seguridad vigentes o consideradas prioritarias en cada institución (ej. prevención de flebitis, prevención de desnutrición intrahospitalaria, radioprotección, extubación no planeada), respetando los tiempos de los equipos de trabajo.

SISTEMAS DE RESPUESTA RÁPIDA

5.1. Implementa un procedimiento o programa de detección precoz del deterioro agudo de la condición clínica de los pacientes internados a través de un equipo de rápida respuesta

Los Sistema de Respuesta Rápida (SRR) están conformados por un equipo multidisciplinario, cuyo objetivo principal es prevenir el deterioro de los pacientes ingresados en un centro

hospitalario, identificando el problema y de esta manera poder intervenir de forma precoz. Implica monitorear el deterioro en pacientes hospitalizados y brindar recursos de cuidados críticos en la sala de internación en donde está ubicado el paciente.¹ La implementación de los SRR debe realizarse en el marco de Programas Hospitalarios de Prevención y Tratamiento de los Paros Cardíacos Intrahospitalarios (PCIH) que contemple la capacitación continua del personal y la organización eficaz de toda la institución. La mayoría de los PCIH son precedidos por cambios en los signos vitales y estado clínico minutos u horas previas al evento, por lo que su identificación oportuna podría prevenir un paro cardíaco o evitar que éste ocurriera fuera de las unidades de cuidados intensivos.

Para la implementación de los SRR se deben considerar cuatro componentes: la detección del caso o rama aferente, la respuesta para el soporte clínico o rama eferente, un componente administrativo y un componente de mejora de la calidad.³

La *rama aferente o detección* oportuna de los pacientes que cambian su condición clínica es el paso inicial de los SRR. El personal de enfermería suele ser quien detecta estos cambios en la condición clínica, aunque también pueden ser otros miembros del equipo de salud, los familiares o los mismos pacientes. Por ello, todo el personal del hospital debería estar familiarizado con los SRR y las herramientas de detección que se detallan más adelante.

La *rama eferente o respuesta* para el soporte clínico inmediato está conformada tanto por el personal como por el equipamiento necesario para realizar esta tarea. El personal debe ser un equipo establecido dentro del hospital. La composición de este equipo deberá ser definida en cada institución en base a sus características (tamaño, complejidad, etc.), los objetivos del equipo (triaje y traslado versus atención en el lugar), la gravedad de la enfermedad en los pacientes que evalúa y los recursos institucionales. Existen principalmente dos modelos de SRR, según sean liderados por médicos (ej. intensivistas, emergentólogos o internistas), o por enfermeros o kinesiólogos entrenados. Ambos modelos tienen ventajas y desventajas que deberán ser tenidas en cuenta a la hora de implementar el programa.⁴

El *componente administrativo* o de gobernanza es el responsable de:

- Coordinar a los SRR.
- Definir políticas, procedimientos y procesos para la prevención del paro cardiorrespiratorio y la aplicación de la reanimación.
- Tener una política definida de “Órdenes de no reanimación”.
- Definir mapas de riesgo en el hospital que permitan decidir las necesidades de equipamiento.
- Generar espacios educativos y entrenamiento del personal.
- Asegurar los recursos necesarios para que el equipo pueda desarrollar su actividad de manera eficiente.

El *componente de mejora de la calidad*, por último, se encarga de recolectar y analizar la información sobre las activaciones del SRR y sus resultados. Su objetivo es dar retroalimentación al equipo y generar instancias de mejora continua basadas en la experiencia propia. Un consenso internacional ha recomendado monitorear los siguientes diez indicadores de calidad, aunque cada institución podrá adaptarlos a la cultura de la organización⁵:

- Paros cardíacos en sala general
 - Pacientes con paros cardíacos en sala general / días-cama de pacientes internados en sala general * 10.000.
- Paros cardíacos en sala general con criterios de alarma
 - Pacientes con paros cardíacos en sala general con criterios de alarma dentro de las 24 hs previas / Total de paros cardíacos en sala general * 100.
- Tiempo desde la activación a la respuesta.
 - Pacientes en sala general evaluados por el equipo de respuesta en un período definido por la institución / Total de pacientes en sala general con criterios de alarma * 100.
- Tiempo desde la activación a la provisión de cuidados críticos.
 - Pacientes que reciben cuidados críticos dentro de las 6 hs de la activación del SRR / Pacientes que reciben cuidados críticos dentro de las 24 hs de la activación del SRR * 100.
- Documentación en la historia clínica de los objetivos de tratamiento (cuidados críticos, cirugía, cuidados paliativos, etc.) en pacientes con criterios de alarma.
 - Pacientes en sala general con activación del SRR que tienen documentado los objetivos de tratamiento dentro de las 24 hs / Total de pacientes en sala general con activación del SRR * 100.
- La institución proporciona los medios para que los pacientes o sus familiares puedan activar el SRR.
 - Sí / No
- Frecuencia de activaciones del SRR generados por los pacientes o sus familiares.
 - Activaciones del SRR por pacientes o familiares / Total de activaciones del SRR * 100.
- La institución evalúa la cultura de seguridad en relación con los pacientes con deterioro clínico y los SRR.
 - Sí / No
- Estadía en sala general de los pacientes con activación del SRR.
- Estadía en UCI de los pacientes transferidos a UCI con activación del SRR.

Línea 5.1 | Paso a paso

Productos esperados: SRR; procedimiento de detección precoz del deterioro agudo

1. **Primer paso:** en primer lugar, para el desarrollo de todas las líneas de este capítulo, se debe verificar la existencia de un SRR dentro de la institución.
2. **Segundo paso:** en caso de contar con SRR, se recomienda evaluar su conformación, distribución de roles/tareas y modos de funcionamiento, en caso de que surgieran oportunidades de mejora o necesidades de cambio en su constitución, de acuerdo con las pautas detalladas en la línea 5.1. En caso de no contar con SRR, se recomienda efectivizar su conformación a través del acto administrativo que se considere pertinente, donde se indiquen las principales funciones de este y sus integrantes, de acuerdo con las pautas detalladas en la línea 5.1.
3. **Tercer paso:** verificar la existencia de procedimientos de detección precoz del deterioro agudo.
4. **Cuarto paso:** en caso de contar con procedimientos previos, evaluar su contenido y mecanismos de funcionamiento en caso de que surgieran oportunidades de mejora o necesidades de cambio en su constitución, de acuerdo con las pautas detalladas en la línea 5.1. En caso de no contar con procedimientos previos, se recomienda definir un comité donde se discutirá y definirá tanto el contenido como el funcionamiento del procedimiento de detección precoz del deterioro agudo, de acuerdo con las pautas detalladas en la línea 5.1
5. **Quinto paso:** una vez establecido el procedimiento, se recomienda realizar su comunicación interna y poner a disposición instancias de capacitación/entrenamiento para los/as profesionales.

5.2. Utiliza herramientas estandarizadas para la detección de los pacientes que cambian de situación clínica

Existen distintos modelos de detección de deterioro clínico de pacientes, los cuales se clasifican según estén basados en la presencia de un solo parámetro o en escalas multiparamétricas.⁶ Los modelos más complejos buscan aumentar la sensibilidad, aunque tienen la desventaja de ser más complejos y el riesgo de generar “fatiga de alarmas” ante las activaciones innecesarias. Cada lugar deberá seleccionar la herramienta más adecuada en base a los recursos y la cultura de seguridad de la institución. Se recomienda colocar cartelera en los distintos ámbitos, como salas de enfermería y de médicos. En la tabla 5.1 se muestra una lista de criterios de activación de un solo parámetro comúnmente utilizados.

Tabla 5.1 | Criterios de activación del equipo de respuesta rápida basados en un parámetro de impresión gravedad.^{4,6-8}

Vía aérea	<ul style="list-style-type: none"> •Obstrucción de vía aérea •Respiración ruidosa o estridor •Problemas de la cánula de traqueotomía
Respiración	<ul style="list-style-type: none"> •Dificultad respiratoria •Frecuencia respiratoria < 10 o > 25 rpm •Sat O2 < 90% a pesar de oxígeno suplementario
Circulación	<ul style="list-style-type: none"> •Frecuencia cardíaca < 40 o > 120 lpm •Presión arterial sistólica < 90 mmHg •Diuresis < 50 ml durante 4 h
Deterioro neurológico	<ul style="list-style-type: none"> •Cambio agudo del estado de conciencia •Incapacidad de despertar al paciente •Convulsiones prolongadas o recurrentes

Fuente: elaboración propia en base a Jones et al (2011), Song et al (2020), Chalwin et a (2021), IHI (2018)

Dentro de las escalas multiparamétricas, la National Early Warning Score (NEWS, tabla 5.2) es una de las más utilizadas en mayores de 16 años. Esta escala categoriza el riesgo de deterioro en bajo (0-1), moderado (2-4, reevaluar) y alto (≥ 5 , activar SRR).^{9,10} Para pacientes pediátricos se utiliza la escala PEWS (tabla 5.3), que categoriza en riesgo de evento adverso agudo bajo (< , reevaluar) o alto (≥ 4 , activar SRR).¹¹ A continuación se presentan dos modelos.

Tabla 5.2 | Escala multiparamétrica National Early Warning Score (NEWS).^{9,10,12}

	3	2	1	0	1	2	3
Frecuencia respiratoria	≤8		9-11	12-20		21-24	>24
Saturación de oxígeno	≤91	92-93	94-95	≥96			
Necesidad de oxígeno suplementario		Sí		No			
Temperatura	≤35		35,1-36	36,1-38	38,1-39	≥39,1	
Presión arterial sistólica	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Frecuencia cardíaca	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Nivel de concienciaⁱⁱⁱ				A			C, V, P, U

Fuente: elaboración propia en base a Royal College of Physicians (2021), Perrotta et al (2016), Smith et al (2013)

Tabla 5.3 | Escala multiparamétrica pediátrica Brighton Pediatric Early Warning Score (B-PEWS).¹¹

Puntaje	0	1	2	3
Conducta	Jugando/ Apropiada	Somnoliento.	Irritable.	Letárgico/confuso. Respuesta reducida al dolor.
Cardiovascular	Rosado o relleno capilar de 1-2 segundos.	Palidez o relleno capilar de 3 segundos.	Gris o relleno capilar de 4 segundos. Taquicardia de 20 latidos por encima del límite superior para la edad.	Gris y reticulado o relleno capilar de 5 segundos o mayor. Taquicardia de 30 latidos por encima del límite superior para la edad o bradicardia.
Respiratorio	Parámetros normales, sin retracción.	Mayor de 10 de los parámetros normales, uso de músculos accesorios, el 30 % de FiO ₂ o 3 l/min O ₂ .	Mayor de 20 de los parámetros normales, retracciones o el 40 % de FiO ₂ o 6 l/min O ₂ .	Menor de 5 de los parámetros normales con retracción, quejido, el 50 % de FiO ₂ u 8 l/min O ₂ .

Fuente: elaboración propia en base a Elencwajg M, Grisolia NA, Meregalli C, et al (2020)

ⁱⁱⁱ Escala ACVPU: A, alerta; C, confuso, V responde órdenes verbales; P, responde al dolor; U, no responde

Línea 5.2 | Paso a paso

Producto esperado: herramientas estandarizadas de detección

1. **Primer paso:** verificar la existencia de herramientas estandarizadas de detección de pacientes que cambian de situación clínica.
2. **Segundo paso:** en caso de contar con alguna herramienta que cumpla dicha finalidad, se recomienda evaluar su diseño, registro de información y grado de adhesión institucional entre áreas, a los fines de detectar oportunidades de mejora, de acuerdo con las pautas detalladas en esta. En caso de no contar con herramientas de esta naturaleza, corresponde diseñar e implementar una herramienta estandarizada de detección entre las áreas que correspondan, de acuerdo con las pautas detalladas en esta línea.
3. **Tercer paso:** a los fines de garantizar su adhesión, una vez definida la herramienta de estandarización se recomienda difundirla institucionalmente y poner a disposición de los/as profesionales instancias de entrenamiento para su uso, en función de los criterios que se hayan adoptado para su implementación.

RIESGO DE CAÍDAS

5.3. Implementa un procedimiento de valoración del riesgo de caídas de los pacientes internados a través de la utilización de escalas validadas

Existen numerosos instrumentos para valorar el riesgo de caídas en pacientes internados. Ningún instrumento por sí solo evalúa todos los factores de riesgo, y la sensibilidad o la especificidad son de las escalas son menores a 70%.^{13,14} Por ello, es importante tomar, no solo el valor total de la escala, sino la identificación de algún factor de riesgo a partir de las mismas y evaluarla en el contexto clínico del paciente para categorizar a un paciente como de alto riesgo de caída intrahospitalaria. Dentro de las escalas validadas internacionalmente para este fin, las tres más citadas son la STRATIFY, Morse y Hendrich II.¹⁴ Cada institución deberá seleccionar el instrumento, basadas en la población que atiende, en las preferencias del personal y en el uso previo de alguna de las escalas mencionadas.¹⁵ A continuación se exponen las escalas STRATIFY (Tabla 5.4) y Morse (Tabla 5.5), que son las que presentan mejor desempeño diagnóstico. La Agencia de Investigación en Calidad y Salud de Estados Unidos (AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality) recomienda además la revisión

de medicamentos que aumentan el riesgo de caídas en conjunto con estas escalas (Tabla 5.4).

Tabla 5.4 | Escala STRATIFY para la valoración del riesgo de caídas de los pacientes internados.^{16,17}

	Sí = 1	No = 0
1. ¿El paciente ingresó en el hospital tras una caída o se ha caído desde su ingreso? Independientemente de que el motivo de ingreso sea una caída.		
2. ¿Cree que el paciente está agitado?		
3. ¿Cree que el paciente tiene un déficit visual que afecta a su funcionamiento diario?		
4. ¿Cree que el paciente tiene necesidad de desplazarse al baño frecuentemente?		
<p>5. ¿El paciente tiene una puntuación en transferencia y movilidad de 3 o 4?*</p> <p>5a. Puntuación en transferencia: 0 = incapaz. 1 = necesita gran ayuda (una o 2 personas, ayuda física). 2 = mínima ayuda (supervisión verbal o pequeña ayuda física). 3 = independiente.</p> <p>5b. Puntuación en movilidad: 0 = inmóvil. 1 = independiente en silla de ruedas. 2 = camina con ayuda de una persona o andador. 3 = independiente (aunque utilice bastón o muletas).</p> <p>Puntuación total (transferencia + movilidad) =.....</p> <p>*Solo si la suma de ambas puntuaciones (transferencia + movilidad) es igual a 3 o 4, la respuesta a la pregunta 5 será "sí"; en caso de otro resultado la respuesta será "no".</p>		

PUNTAJE TOTAL (alto riesgo de caídas ≥ 2):.....

Fuente: elaboración propia en base a Enríquez de Luna-Rodríguez et al (2017), Aranda-Gallardo (2017)

Tabla 5.5 | Escala Morse para la valoración del riesgo de caídas de los pacientes internados.^{18,15,19}

Caídas Recientes (Últimos 3 meses)	No	0
	Sí	25
Diagnóstico Secundario	No	0
	Sí	15
Ayuda Para Deambular	Reposo en cama. Asistencia de enfermería	0
	Bastón/Muletas/Andador	15
	Se apoya en los muebles	30
Vía venosa	No	0
	Sí	20
Deambulación	Normal/Inmovilizado/en reposo en cama	0
	Débil	10
	Alterada. Requiere asistencia	20
Conciencia/Estado mental	Consciente de sus limitaciones	0
	No consciente de sus limitaciones	15
PUNTAJE TOTAL^{iv} < 25 Riesgo bajo: cuidados de enfermería básicos. 25-45 Riesgo intermedio: prevención de caídas estándar. > 45 Riesgo alto: implementar medidas especiales.		

Fuente: elaboración propia en base a AHRQ (2021), Morse et al (1989), Vitolo et al (2021)

^{iv} Los puntos de corte son los utilizados en la publicación original. Se recomienda validación de los puntos de corte en cada institución.

Tabla 5.6 | Escala de medicamentos con riesgo de caídas.¹⁵

Puntaje de riesgo	Clase de medicamentos	Comentarios
3 (Riesgo alto)	Analgésicos (incluye opiáceos), antipsicóticos, anticonvulsivos, benzodiazepinas, otros sedantes hipnóticos (ej. zolpidem).	Sedación, mareos, alteraciones posturales, alteración de la marcha y el equilibrio, alteración de la conciencia.
2 (Riesgo intermedio)	Antihipertensivos, fármacos cardíacos, antiarrítmicos, antidepresivos.	Induce ortostatismo, alteración de la perfusión cerebral, mal estado general.
1 (Riesgo bajo)	Diuréticos.	Incrementa la deambulacion, induce ortostatismo.

Fuente: AHRQ (2021)

Línea 5.3 | Paso a paso

Producto esperado: procedimiento de valoración del riesgo de caídas

1. **Primer paso:** verificar la existencia de procedimientos de valoración del riesgo de caídas de pacientes.
2. **Segundo paso:** en caso de contar con algún procedimiento, se recomienda evaluar su grado de adecuación y uso para la institución, a los fines de detectar oportunidades de mejora, de acuerdo con las pautas detalladas en esta línea. En caso de no contar con procedimientos de esta naturaleza, corresponde diseñar e implementar un procedimiento de valoración del riesgo de caídas para pacientes, de acuerdo con las pautas detalladas en esta línea. Con respecto a este punto es importante enfatizar que, dado que existen diversas herramientas para este fin, se trata de evaluar y seleccionar la que mejor se adecue a las necesidades y características de la institución
3. **Tercer paso:** a los fines de garantizar su adhesión, una vez definido el procedimiento se recomienda difundirlo institucionalmente y poner a disposición de los/as profesionales instancias de entrenamiento para su uso, en función de los criterios que se hayan adoptado para su implementación.

5.4. Consigna la valoración del riesgo de caída en la historia clínica del paciente y, de ser posible, visualmente sobre el paciente, usando algún tipo de recurso como, por ejemplo, una pulsera o cartelería, para que todos los miembros del equipo sanitario puedan reconocer rápidamente el riesgo del paciente

La valoración del riesgo de caídas debe ser consignada en la historia clínica, preferentemente el resultado de alguna de las escalas mencionadas previamente o de los factores de riesgo identificados por la valoración subjetiva.¹⁵ También se sugiere la identificación de los pacientes con riesgo de caídas; el formato variará según la forma de clasificar el riesgo y las características, recursos y preferencias de la institución.²⁰ Una de las opciones es colocar carteles en la puerta de la habitación, en la cama del paciente y/o en las indicaciones, como las que se muestran en las siguientes figuras:



Línea 5.4 | Paso a paso

Producto esperado: procedimiento de registro de riesgo de caída

1. **Primer paso:** verificar la existencia de procedimientos a través de los cuales se registre, tanto en la historia clínica como en el/la paciente, el riesgo de caída.
2. **Segundo paso:** en caso de contar con procedimientos de registro, evaluar su pertinencia y grado de adhesión. En caso de no contar con procedimientos de registro, establecer los criterios y medios para tal fin, de acuerdo con las pautas indicadas en esta línea.
3. **Tercer paso:** para garantizar su adhesión, una vez definido el procedimiento se recomienda difundirlo entre las áreas y departamentos.

5.5. Estandariza los cuidados universales de prevención de caídas y aquellos ajustados al riesgo de cada paciente

Cada institución deberá definir, según sus propias características, los cuidados para la prevención de caídas, tanto universales (Tabla 5.7) como para pacientes con riesgos específicos (Tabla 5.8). La prevención de caídas debe involucrar a todos los miembros del equipo de salud, los pacientes y familiares, y los cuidados deben estar visibles para ellos.

Tabla 5.7 | Cuidados universales de la prevención de caídas.^{20,21}

Generales

- Familiarizar a la persona con el entorno.
- Dar instrucciones sobre cómo usar el timbre de la cama.
- Movilizar siempre que sea posible.
- Facilitar lo siguiente:
 - Barandas fuertes en el baño y las pendientes.
 - Iluminación adecuada (luz nocturna, luz adicional cuando sea necesario).
 - Áreas asistenciales despejadas (sin estorbos).
 - Todas las áreas sin peligro de tropiezos.
 - Resaltar el borde de escalones y pendientes.
 - Precauciones ante la incontinencia (aseos seguro y regular).

Cama/silla

- Posición baja (a la altura de la rodilla o a una altura adecuada según las instrucciones de protección de la cadera).
- Frenos aplicados (cama o silla).
- Barandillas inferiores de la cama bajadas (para barandillas divididas) salvo indicación contraria.
- Objetos al alcance de la persona (efectos personales y timbre/luz).
- Documentación de traslados/asistencia a la movilidad.

Resbalones

- Calzado antideslizante con buena sujeción y tacón bajo.
- Suelos limpios y secos.
- Rápida limpieza de líquidos derramados.

Fuente: elaboración propia en base a Ministry of Health of Singapore (2005), Registered Nurses' Association of Ontario (2012)

Tabla 5.8 | Medidas de prevención de caídas en situaciones especiales.^{13,15,20,21}

Alteración del estado mental

- Prevenir, evaluar (escala CAM, *Confusion Assessment Method*) y tratar el delirium.
- Orientar a los pacientes al entorno hospitalario
- Reorientar a los pacientes si es necesario
- Monitorear a los pacientes de cerca (por ejemplo, mover a los pacientes cerca de la estación de enfermeras, controlarlos más seguidos, hacer que los miembros de la familia se sienten con los pacientes)
- Reforzar las restricciones de actividad y otras necesidades de seguridad para los pacientes y su familia.
- Involucrar a los familiares en el cuidado.

Deterioro de la marcha o movilidad

- Evaluar la marcha (escala CAS, *Cumulative Ambulatory Score*).
- Los pacientes con movilidad reducida deben ser evaluados por un fisioterapeuta para el entrenamiento de la marcha, el equilibrio y la fuerza, así como la prescripción de dispositivos de asistencia (bastón, andador) si es necesario.
- En caso de necesidad de un dispositivo de asistencia (del paciente o de la institución) deben estar en buen estado y al alcance de la mano.
- Debe ofrecerse frecuentemente asistencia para la transferencia y movilización
- Los pacientes deben usar calzado antideslizante bien ajustado al caminar.
- No se debe imponer reposo en cama a menos que la deambulación esté contraindicada.
- Implementar programas de ejercicio y movilidad.

Necesidades frecuentes de ir al baño

- Asegurar un sistema de comunicación de los pacientes.
- Incrementar la frecuencia de visitas de enfermería

Deterioro de la visión

- Asegurar que tenga los lentes correctivos a la mano

Medicación de alto riesgo

- Revisar posible interrupción, sustitución o ajuste de dosis de la medicación de alto riesgo
- En caso de requerir medicación de alto riesgo, implementar visitas frecuentes

Caídas frecuentes

- Revisar medicación anti-osteoporótica
- Reasegurar el ambiente para evitar caídas

Fuente: elaboración propia en base a NICE (2021), AHRQ (2021), Ministry of Health of Singapore (2005), Registered Nurses' Association of Ontario (2012)

Línea 5.5 | Paso a paso

Producto esperado: estandarización de criterios de cuidado para caídas

1. **Primer paso:** verificar la existencia de criterios estandarizados para el cuidado de caídas, tanto universales como ajustados al riesgo.
2. **Segundo paso:** en caso de contar con criterios universales y ajustados al riesgo, evaluar su pertinencia y grado de adhesión, de acuerdo con las pautas antes detalladas en esta línea. Adicionalmente, se recomienda que estos estén definidos en algún documento de acceso compartido. En caso de no contar con criterios universales y ajustados al riesgo, establecer los criterios para tal fin y plasmarlos en un documento de libre acceso, de acuerdo con las pautas indicadas en esta línea.
3. **Tercer paso:** a los fines de garantizar su adhesión, una vez definidos los criterios, se recomienda difundirlos entre las áreas y departamentos.

5.6. Existe una instancia de monitoreo periódico del cumplimiento de las medidas de prevención

Se recomienda la realización de rondas de enfermería a intervalos regulares para comprobar personalmente el estado de los pacientes y responder a sus necesidades de forma proactiva. Para pacientes con riesgo de caídas intermedio o alto, se han recomendado rondas por hora (visitas cada hora entre las 6 a.m. y las 10 p.m. y las visitas cada 2 horas entre las 10 p.m. y las 6 a.m.), aunque la frecuencia deberá ajustarse según los recursos disponibles en la institución.^{15,21}

Otra medida para la prevención de caídas son las visitas de seguridad del espacio de los pacientes. Esta inspección puede llevarla a cabo un responsable transversal a todas las unidades (directivo, miembro del comité de calidad y seguridad, jefe de enfermería, etc.) en conjunto con responsables de cada unidad. La periodicidad es variable (bisemanal, semanal, quincenal, etc.) y la inspección debe realizarse habitación por habitación y cama por cama dentro de cada habitación. Algunos de los ítems a revisar son los lugares de paso de los pacientes, la disposición de los muebles, el acceso a las pertenencias esenciales, el estado del piso, la iluminación y los dispositivos de asistencia (bastón, andador).¹⁵

Por último, una medida que ha tomado impulso en los últimos años es el video-monitoreo continuo con luz infrarroja en pacientes de alto riesgo de caídas, para detectar cuando estos pacientes se levantan de la cama y poder asistirlos.²⁹

Línea 5.6 | Paso a paso

Producto esperado: monitoreo periódico de cumplimiento de medidas de prevención

1. **Primer paso:** verificar la existencia de instancias de monitoreo periódico del cumplimiento de las medidas de prevención, indicadas en esta línea.
2. **Segundo paso:** en caso de contar con instancias de monitoreo, evaluar su grado de adecuación y adhesión, de acuerdo con las pautas antes detalladas en esta línea. Adicionalmente, se recomienda que estos estén definidos en algún documento de acceso compartido. En caso de no contar con instancias de monitoreo, establecer los criterios para tal fin y plasmarlos en un documento de libre acceso, de acuerdo con las pautas indicadas en esta línea. Se recomienda que este proceso sea llevado a cabo de forma consensuada entre profesionales de las áreas y departamentos involucrados
3. **Tercer paso:** para garantizar su adhesión, una vez definidos los criterios, se recomienda difundirlos entre las áreas y departamentos.

5.7. Existe un registro indicador de caídas cuyos resultados se analizan periódicamente y se utilizan para la mejora

Existen numerosos indicadores, dentro de los cuales se encuentran los siguientes.^{15,20,22}

- Incidencia de caídas
 - Episodios de caídas / Total de egresos * 100.
- Caídas por día de internación
 - Episodios de caídas / Pacientes-día internados * 100.
- Tasa de lesiones por caídas
 - Caídas que produjeron lesiones / Total de caídas * 100.
- Pacientes internados con riesgo de caída
 - Pacientes con alto riesgo de caída / Total de pacientes internados * 100.
- Pacientes internados con alto riesgo de caídas sometidos a medidas de prevención
 - Pacientes con alto riesgo de caídas y medidas de prevención / Total de pacientes internados con alto riesgo de caídas * 100.

Para lograr estos indicadores se deben medir los insumos para calcularlos. Para los indicadores de resultados se deben reportar las caídas y las lesiones producidas por caídas (ver capítulo de reporte de eventos adversos). Asimismo, para el cálculo de indicadores de proceso es necesario la valoración del riesgo de caída en la institución.

La periodicidad de análisis de estos indicadores variará según las capacidades de análisis y el tamaño de cada institución, pero idealmente se recomienda un seguimiento mensual

mediante un gráfico de serie de tiempo (run charts). Hay que tener en cuenta que las tasas de caídas pueden cambiar según la estación del año y pueden ser diferentes de una unidad a otra.¹⁵

Línea 5.7 | Paso a paso

Producto esperado: registro de caídas

1. **Primer paso:** verificar la existencia de un registro de caídas dentro de la institución.
2. **Segundo paso:** en caso de contar con un registro previamente diseñado o en funcionamiento, evaluar su grado de adecuación y adhesión, de acuerdo con las pautas antes detalladas en esta línea. En caso de no contar con un registro de caídas, se recomienda diseñar un registro para la institución en el soporte que se considere más conveniente, de acuerdo con las recomendaciones antes mencionadas en esta línea. En ambos casos es fundamental definir el proceso de recolección de la información y de registro, dependiendo del soporte/herramienta que se seleccione para tal fin

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)

5.8. Implementa un procedimiento estandarizado de evaluación del riesgo de úlceras por presión (UPP) de los pacientes internados

Las UPP se pueden prevenir con medidas de cuidados y la evaluación estructurada del riesgo del paciente es clave para comenzar el proceso de prevención. El mecanismo de producción de las UPP está dado por una combinación factores del paciente (edad avanzada, desnutrición, comorbilidades y fármacos) y factores externos (presión sostenida, fricción, humedad y tracción de zonas con prominencias óseas del paciente sobre un plano rígido).

Las escalas de evaluación del riesgo de UPP (EVRUPP) permiten identificar, objetivar el riesgo y categorizar el cuidado preventivo. Existen numerosos instrumentos para evaluación del riesgo de UPP. En los pacientes adultos, la escala de Braden presenta un buen desempeño diagnóstico y es una de las más recomendadas (tabla 12).²³⁻²⁵ En el caso de los pacientes pediátricos se recomienda la escala Escala Neonatal Skin Risk Assessment (NSRAS) hasta el primer mes de vida y la escala Braden-Q desde el primer mes de vida hasta los 14 años. Estas escalas se deben aplicar al ingreso de cada paciente y, en los pacientes con riesgo, cada 24-72 hs. El resultado debe registrarse en la hoja de enfermería y en la historia clínica.

Tabla 5.9 | Escala de Braden para evaluación del riesgo de úlceras por presión.²³

	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente limitada No responde ni a estímulos dolorosos	Muy limitada Responde sólo a estímulos dolorosos	Levemente limitada Reacciona a órdenes verbales	No alterada Sin déficit sensorial
Humedad	Completamente húmeda Casi constantemente (sudor, orina, etc)	Muy húmeda Es necesario el cambio de sábanas por turno	Ocasionalmente húmeda Es necesario el cambio de sábanas cada 12 hs	Raramente húmeda Piel normalmente seca
Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
Movilidad	Completamente inmóvil No realiza ni ligeros cambios de posición	Muy limitada Realiza ligeros cambios en forma ocasional	Ligeramente limitada Realiza ligeros cambios en forma frecuente	Sin limitaciones Realiza cambios en forma autónoma
Nutrición	Muy pobre Rara vez come más de un tercio del plato	Probablemente inadecuada Rara vez come más de la mitad del plato	Adecuada Normalmente come más de la mitad del plato	Excelente Come la mayoría de los platos enteros
Fricción y deslizamiento	Es un problema Imposible movilizar sin deslizarlo	Es un problema potencial Se desliza ligeramente al movilizarlo	Sin problema aparente Se mueve autónomamente	

Fuente: Primer Consenso de Úlceras por Presión (PriCUPP) de Argentina (2017)

Referencias:

- Riesgo alto: ≤ 12 puntos
- Riesgo moderado: 13 a 14 puntos
- Riesgo bajo: 15 a 18 puntos
- Sin riesgo: ≥ 19 puntos.

Línea 5.8 | Paso a paso

Producto esperado: procedimiento estandarizado de evaluación del riesgo de UPP

1. **Primer paso:** verificar la existencia de procedimiento estandarizado de evaluación del riesgo de UPP dentro de la institución.
2. **Segundo paso:** en caso de contar con dicho procedimiento, evaluar su grado de adecuación y adhesión, de acuerdo con las pautas antes detalladas en esta línea. En caso de no contar con procedimientos de esta naturaleza, diseñar un procedimiento estandarizado en base a las necesidades y características de la institución, y de acuerdo con las recomendaciones antes mencionadas en esta línea. Se recomienda que este ejercicio se realice en el marco de las actividades del comité de seguridad del paciente o similar, según se considere pertinente
3. **Tercer paso:** para garantizar su adhesión, una vez definidos los criterios, se recomienda difundirlos entre las áreas y departamentos.

5.9 Existe un registro de las UPP cuyos resultados se analizan periódicamente y se utilizan para la mejora

La incidencia de UPP deben registrarse y notificarse ya que, en conjunto con otros indicadores de proceso, son marcadores de calidad de la atención (ver capítulo de registro de eventos adversos).^{26,22} Se han sugerido los siguientes indicadores para el seguimiento de mejoras de seguridad en relación a las UPP:

- Incidencia de UPP
 - $\text{Pacientes con nuevas UPP en un mes} / \text{Total de pacientes internados en un mes} * 100.$
- Prevalencia de UPP
 - $\text{Total de pacientes con UPP en un mes} / \text{Total de pacientes internados en un mes} * 100.$
- Porcentaje de pacientes con alto riesgo de UPP (puede registrarse según regiones anatómicas más comunes)
 - $\text{Total de pacientes con alto riesgo de UPP en un mes} / \text{Total de pacientes internados en un mes} * 100.$
- Evaluación cutánea integral dentro de las 24 horas posteriores al ingreso.
- Planificación de la atención individualizada según una evaluación de riesgo estandarizada.

Línea 5.9 | Paso a paso

Producto esperado: registro de UPP

1. **Primer paso:** verificar la existencia de un registro de UPP dentro de la institución.
2. **Segundo paso:** en caso de contar con un registro previamente diseñado o en funcionamiento, evaluar su grado de adecuación y adhesión, de acuerdo con las pautas antes detalladas en las líneas 5.8 y 5.9. En caso de no contar con un registro de caídas, se recomienda diseñar un registro para la institución en el soporte que se considere más conveniente, de acuerdo con las recomendaciones antes mencionadas en las líneas 5.8 y 5.9. En ambos casos es fundamental definir el proceso de recolección de la información y de registro, dependiendo del soporte/herramienta que se seleccione para tal fin.

5.10. Estandariza los cuidados de prevención universales para UPP y un paquete de medidas estándar para pacientes de alto riesgo de UPP

Cada centro deberá seleccionar las medidas de prevención universales y específicas según sus capacidades y preferencias. A su vez, debe tenerse en cuenta que las medidas de prevención deben individualizarse según el riesgo y características de cada pacientes. A continuación se exponen una serie de medidas que pueden ser tenidas en cuenta por la institución.^{23,24,26-28} Para más información puede consultarse el Primer Consenso de Úlceras por Presión (PriCUPP) de Argentina.²³

Cuidados de la piel:

- Mantener la piel del paciente limpia y seca, higiene con agua tibia y jabón con bajo potencial irritativo, buen aclarado y secar sin friccionar.
- Mantener ropa de cama limpia, seca y estirada. Se recomienda el uso de prendas de algodón.
- Evaluar la piel en zonas de riesgo de desarrollar UPP.
- Aplicar emolientes/hidratantes en la piel seca, procurando su absorción completa.
- No aplicar productos que contengan alcohol y talcos.
- No frotar enérgicamente la piel que esté en riesgo de lesiones por presión.
- Valorar el uso de productos protectores de la piel: aceite siliconado, ácidos grasos hiperoxigenados, películas/crema de barrera.

- Valorar el uso de apósitos protectores de la piel: placas de hidrocoloides finas, espumas/hidrocelulares o film de poliuretano, para evitar lesiones por roce o fricción de los dispositivos médicos (sondas, cánulas, mascarillas etc.).
- Especial observación de la piel en contacto con dispositivos terapéuticos, mascarillas, sondas nasogástricas, vesicales, catéteres periféricos centrales, cánulas, férulas, ortesis, brazaletes de sujeciones, etc.

Manejo de la presión:

- Elaborar un plan individualizado para cada paciente que fomente y mejore su movilidad y actividad (activa o pasiva).
- En pacientes en cama, realizar cambios de posturas/rotación, programada e individualizada, teniendo en cuenta la condición del paciente y el tipo de superficie en dónde se encuentre apoyado: sobre un colchón convencional cada 2 a 3 hs, sobre una superficie de espuma de alta prestación o viscoelástico cada 4 hs.
- Implementar estrategias de recordatorios de cambios posturales para promover la adhesión a los planes de cambios posturales.
- Evitar el arrastre en la movilización (usar sábana transversa para movilizar al paciente).
- Evitar el apoyo sobre lesiones cutáneas.
- Mantener el alineamiento, la distribución del peso y el equilibrio corporal.
- No elevar la cabecera de la cama a más de 30°.
- Considerar el uso de aparatos auxiliares en caso de requerir, según la contextura del paciente.
- Fomentar la sedestación fuera de la cama en un sillón o silla de ruedas adecuado, durante cortos períodos de tiempo.
- En pacientes con sedestación prolongada, propiciar movilizaciones cada 1 hora. Si el paciente puede asumir su autocuidado, enseñar cómo moverse cada 15 minutos.
- Para el paciente sentado, seleccionar una posición reclinada con las piernas elevadas. Inclinar el asiento para evitar el deslizamiento hacia adelante.

Superficies de apoyo:

- En pacientes de bajo riesgo se recomiendan superficies estáticas (espumas de poliuretano especiales o viscoelásticas etc).
- En pacientes de moderado o alto riesgo se recomiendan superficies dinámicas de presión alternante colchón y sobre colchón.
- No utilizar sistemas dinámicos en pacientes con fractura vertebral inestable o severa sin una evaluación previa por un especialista.
- En pacientes en sedestación prolongada, se recomienda el uso de almohadones aliviadores de la presión (espumas siliconadas, gel o celdas de aire). No se recomienda el uso de anillo flotador como método de prevención.
- En zonas de prominencias óseas (occipital, codos, sacro, tobillos, talones) considerar dispositivos locales reductores de presión, como apósitos de espumas de hidropolímero, posicionadores de planchas de gel de polímeros, almohadas con memoria (viscoelásticas), taloneras de piel de cordero natural o botas especialmente diseñadas con materiales para el alivio de la presión.

Piel expuesta a exceso de humedad:

- En pacientes de alto y mediano riesgo, programar el recambio de pañales con más frecuencia. Utilizar pañales de mayor absorción y de un tamaño acorde al peso del paciente.
- No utilizar “doble pañal” en pacientes incontinentes.
- Realizar la higiene perineal luego de cada deposición. No friccionar, evaluar el uso de limpiadores cutáneos para pieles secas y sensibles (formulaciones líquidas, en paño, toallitas húmedas o en espuma).
- Evaluar el uso de productos de barrera (cremas de barrera o película de barrera cutánea).
- En caso de uso de productos de barrera a base exclusiva de Oxido de Zinc o sustancias oleosas, dejar secar bien o permitir su completa absorción.
- No tratar de retirar restos de crema o pomadas con óxido de zinc con agua.

Cuidados nutricionales:

- Realizar una evaluación nutricional.
- En caso de estar indicado, realizar apoyo nutricional específico.

Línea 5.10 | Paso a paso

Producto esperado: estandarización de criterios de cuidado de UPP

1. **Primer paso:** verificar la existencia de criterios estandarizados para el cuidado de UPP, tanto universales como específicas.
2. **Segundo paso:** en caso de contar con criterios estandarizados, evaluar su pertinencia y grado de adhesión, de acuerdo con las pautas antes detalladas en esta línea. Adicionalmente, se recomienda que estos estén definidos en un documento de acceso compartido y de libre acceso. En caso de no contar con criterios estandarizados, establecer los criterios para tal fin y plasmarlos en un documento de libre acceso, de acuerdo con las pautas indicadas en esta línea.
3. **Tercer paso:** establecer un paquete de medidas estándar de acción, de acuerdo con las recomendaciones de esta línea
4. **Cuarto paso:** para garantizar su adhesión, una vez definidos los criterios, se recomienda difundirlos entre las áreas y departamentos.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria - Reedición febrero 2021. Published online 2021. Accessed October 6, 2021. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/acciones-para-la-seguridad-de-los-pacientes-en-el-ambito-de-la-atencion-sanitaria-reedicion>
2. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Herramienta para la evaluación y mejora de la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria. Published online 2020. Accessed October 6, 2021. http://www.legis salud.gov.ar/pdf/msres2801_2020anexo.pdf
3. Rao AD, DeVita M. RRS's General Principles. In: DeVita MA, Hillman K, Bellomo R, eds. Textbook of Rapid Response Systems: Concept and Implementation. Springer; 2011:13-18. doi:10.1007/978-0-387-92853-1_2
4. Jones DA, DeVita MA, Bellomo R. Rapid-response teams. N Engl J Med. 2011;365(2):139-146. doi:10.1056/NEJMra0910926
5. Subbe CP, Bannard-Smith J, Bunch J, et al. Quality metrics for the evaluation of Rapid Response Systems: Proceedings from the third international consensus conference on Rapid Response Systems. Resuscitation. 2019;141:1-12. doi:10.1016/j.resuscitation.2019.05.012
6. Song MJ, Lee YJ. Strategies for successful implementation and permanent maintenance of a rapid response system. Korean J Intern Med. 2021;36(5):1031-1039. doi:10.3904/kjim.2020.693
7. Chalwin R, Jones D, Psirides A, Radford S, Psirides A. Managing Deteriorating Patients. Published online 2018. Accessed October 23, 2021. <https://rrrhandbook.org/>
8. Institute for Healthcare Improvement (IHI). How-to Guide: Deploy Rapid Response Teams. Published online 2008. Accessed October 23, 2021. http://www.ih i.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuideDeployRapidResponseTeams.aspx?PostAuthRed=/resources/ layouts/download.aspx?SourceURL=/resources/Knowledge%20Center%20Ass ets/Tools%20-%20How-toGuideDeployRapidResponseTeams_0c2cd856-1da1-4119-b28e-dc650f8e7a1a/HowtoGuideRapidResponseTeams.pdf
9. Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Published online 2017. Accessed October 31, 2021. <https://www.rcplondon.ac.uk/file/8636/download>
10. Perrotta C, Castresana L, Torn A, et al. CSV-ARG, Estudio multi-céntrico de validación de una escala de detección temprana de deterioro en pacientes internados. Bol Acad Nac Med BAires. Published online 2016:136-145.
11. Elencwajg M, Grisolia NA, Meregalli C, et al. Usefulness of an early warning score as an early predictor of clinical deterioration in hospitalized children. Arch Argent Pediatr. 2020;118(6):399-404. doi:10.5546/aap.2020.eng.399
12. 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;84(4):465-470. doi:10.1016/j.resuscitation.2012.12.016
13. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Assessment and prevention of falls in older people. Published online 2013. Accessed November 2, 2021. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/evidence/falls-full-guidance-190033741>
14. Aranda-Gallardo M, Morales-Asencio JM, Canca-Sanchez JC, et al. Instruments for assessing the risk of falls in acute hospitalized patients: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Serv Res. 2013;13:122. doi:10.1186/1472-6963-13-122
15. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Preventing Falls in Hospitals. A Toolkit for Improving Quality of Care. Published online 2013. Accessed November 2, 2021. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/fallpxtoolkit.pdf>
16. Enríquez de Luna-Rodríguez M, Aranda-Gallardo M, Canca-Sánchez JC, Vazquez-Blanco MJ, Moya-Suárez AB, Morales-Asencio JM. Adaptación transcultural del instrumento «STRATIFY» para la valoración del riesgo de caídas. Enferm Clin. 2017;27(2):101-105. doi:10.1016/j.enfcli.2016.07.011

17. Aranda-Gallardo M, Enriquez de Luna-Rodriguez M, Vazquez-Blanco MJ, Canca-Sanchez JC, Moya-Suarez AB, Morales-Asencio JM. Diagnostic validity of the STRATIFY and Downton instruments for evaluating the risk of falls by hospitalised acute-care patients: a multicentre longitudinal study. *BMC Health Serv Res.* 2017;17:277. doi:10.1186/s12913-017-2214-3
18. Morse JM, Black C, Oberle K, Donahue P. A prospective study to identify the fall-prone patient. *Soc Sci Med.* 1989;28(1):81-86. doi:10.1016/0277-9536(89)90309-2
19. Vítolo F. CAÍDAS EN INSTITUCIONES DE SALUD - MANEJO DE RIESGOS. Published online 2012. Accessed November 15, 2021. http://www.noblesegueros.com/pdf/PDF_MARZO_2012.pdf
20. Ministry of Health of Singapore. Prevention of Falls in Hospitals and Long Term Care Institutions. Published online 2005. Accessed November 20, 2021. https://www.moh.gov.sg/hpp/nurses/guidelines/GuidelineDetails/cpgnursing_prevention_falls_hospitals_iltcs
21. Registered Nurses' Association of Ontario. Prevención de Caídas y Disminución de Lesiones derivadas de las Caídas. Published online 2012. Accessed November 20, 2021. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/D0021_Prevencion_Caidas_2017.pdf
22. Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES). Manual de Indicadores. Published online 2020. Accessed November 22, 2021. https://www.itaes.org.ar/Documentos/PICAM_Manual.pdf
24. Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Primer Consenso de Úlceras por Presión (PriCUPP). Published online 2017. Accessed November 22, 2021. <http://www.anm.edu.ar/PriCUPP.pdf>
25. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Pressure ulcers: prevention and management. Accessed November 22, 2021. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg179>
26. Qaseem A, P. Mir T, Starkey M, D. Denberg T, Physicians* for the CGC of the AC of. Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine.* Published online March 3, 2015. doi:10.7326/M14-1567
27. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Preventing Pressure Ulcers in Hospitals. Published online 2014. Accessed November 22, 2021. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/putoolkit.pdf>
28. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevención y tratamiento de las lesiones / úlceras por presión. Guía de consulta rápida. Published online 2019. Accessed November 23, 2021. <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/04/qrg-2020-spanish.pdf>
29. García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú-Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M. Qué no hacer en heridas crónicas Recomendaciones basadas en la evidencia. Published online 2018. Accessed December 3, 2021. <https://gneaupp.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/11/GNEAUPP.DT14.NOHACER.pdf>
30. Jones KJ, Haynatzki G, Sabalka L. Evaluation of Automated Video Monitoring to Decrease the Risk of Unattended Bed Exits in Small Rural Hospitals. *J Patient Saf.* 2021 Dec 1;17(8):e716-e726.

Línea de Acción 6: Prácticas para la Identificación Correcta de los Pacientes

Línea 6 | Productos

1. Método estandarizado para la identificación de pacientes
2. Identificadores de pacientes
3. Estandarización del chequeo de la identidad de pacientes
4. Capacitación en control y verificación de identidad de pacientes
5. Método de identificación de muestras biológicas e imágenes
6. Identificadores para muestras biológicas e imágenes
7. Criterios de comunicación con pacientes
8. Monitoreo del proceso de identificación de pacientes, muestras e imágenes

Introducción

Los errores en la identificación de los pacientes son un indicador de calidad hospitalaria y se consideran eventos adversos (EA) prevenibles. Los establecimientos deberían usar análisis de causa raíz (ACR) para elaborar soluciones para estos eventos que estén ajustadas a su propio entorno. Durante el ACR los establecimientos pueden analizar el problema en profundidad, aplicando las cinco reglas de causalidad:¹

1. Existe una relación causal entre las causas raíz y los eventos
2. No se aplican descripciones negativas
3. El error humano tiene que tener una causa previa
4. Las violaciones a los procesos tienen que tener una causa previa
5. El fallo en actuar sólo puede entenderse como causal cuando existe previamente un deber de actuar

Enfatizar la responsabilidad primaria de los profesionales de la salud de controlar la identidad de los pacientes y hacer coincidir el paciente correcto con el tratamiento correcto antes de ser administrado. Estandarizar la forma de identificación con el objetivo de evitar confusión en los profesionales que trabajan en más de un establecimiento.²

6.1 Utiliza un método estandarizado para la identificación correcta de los pacientes

El establecimiento debería adoptar el método estandarizado para identificar correctamente al paciente que mejor se adapte a sus recursos y necesidades. Las pulseras blancas de material plástico se han usado en una variedad de escenarios con buenos resultados. De acuerdo con

los recursos de cada institución, las pulseras pueden tener desde información manuscrita hasta impresión de códigos de barras o QR o radiofrecuencia. Más allá de haber mejorado la seguridad del paciente, algunas de estas experiencias han demostrado también ser costo-efectivas.³ Se recomienda que cada institución busque las soluciones tecnológicas más apropiadas teniendo en cuenta las condiciones de su propio entorno.

Independientemente 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 es clave para asegurar la identificación del paciente antes de cualquier intervención. En este sentido, se recomienda aplicar al menos dos identificadores (nombre y apellido, fecha de nacimiento, número de documento, número de historia clínica) en cada instancia de cambio del estado del paciente (ingreso, derivación, pase de unidad, realización de procedimiento, egreso) ninguno de los cuales debería estar ligado a información eventual (como número de cama o de habitación).

Las características de las pulseras, como el protocolo para su uso fueron descritos en múltiples lugares, en base a los cuales se provee un resumen a continuación.⁴⁻⁷

6.1.1 Características de las pulseras

- Fabricadas en polipropileno, antialérgico (sin látex) e inocua para el paciente.
- Resistente a la tensión y ruptura en cualquier dirección, sin bordes cortantes.
- Resistentes al calor y a la humedad.
- Con agujeros para adaptar el broche de seguridad al tamaño del paciente.
- El broche de seguridad debería ser resistente a la manipulación y no poder reutilizarse una vez abierto
- Tinta indeleble e impresión resistente a la abrasión y al agua.
- De fácil manipulación por parte del equipo de salud (almacenamiento, superficie apropiada para la inscripción de los datos, fácil colocación en el paciente).

6.1.2 Datos a consignar en la pulsera

- Nombre(s) y apellido(s)
- Número de documento
- Fecha de nacimiento
- Sexo
- Fecha de ingreso

6.1.3 Proceso de identificación y colocación de pulsera

El proceso de identificación correcta comienza con la admisión del paciente, momento en el cual se asienta y corrobora la documentación y filiación de la persona real en la institución. El rol del personal administrativo es fundamental en este paso del proceso, dado que es el único en el cual se solicita la documentación de identificación. Errores que se producen en ese paso se transmiten a todos los siguientes, dado que no se suele volver a solicitar esta documentación durante la atención. Luego, enfermería en los sectores de internación, cuando

el paciente ingresa a cada unidad y se le asigna una cama. Si el paciente es admitido en el sector de Emergencias, el proceso se lleva a cabo en forma sincrónica entre administrativos y enfermeros. En caso de imposibilidad de identificar a la persona (riesgo de muerte, alteración del nivel de conciencia) se asignará un código provisorio que debería ser provisto por el administrativo encargado de la admisión.

En el momento de la colocación de la pulsera se verifica la coincidencia entre fuentes de datos:

- Sistema de gestión hospitalaria vs. datos impresos en la pulsera
- Datos impresos en la pulsera vs. datos referidos por el paciente o acompañante

A continuación, se registra el evento a través del escáner y se informa al paciente de la colocación de la pulsera.

6.1.4 Lugar de colocación. Por orden de prioridad

Se recomienda colocar la pulsera:

- En muñeca de la extremidad dominante
- En la muñeca de la extremidad contralateral
- En el tobillo derecho
- En el tobillo izquierdo

6.1.5 Motivos de reposición de pulsera

Los siguientes constituyen motivos por los cuales la pulsera podría necesitar una reposición:

- Rotura de la pulsera o apertura del cierre, datos ilegibles
- Datos erróneos
- Por motivos asistenciales: la pulsera impide la realización de algún procedimiento
- Cambio de identificación provisorio por definitiva
- El paciente carece de pulsera, desconociéndose el motivo. En este caso, se realizará la identificación del paciente junto con el enfermero a cargo y se recolocará la identificación

6.1.6 Condiciones en las cuales se puede considerar el retiro de la pulsera identificadora

La pulsera podría ser retirada por:

- Intolerancia frente a rash en el lugar de la pulsera; se retirará la misma y se dará aviso al enfermero a cargo, que consignará el evento en la historia clínica.
- Motivos asistenciales (ver punto anterior: retiro y cambio de lugar).
- Negativa del paciente, caso en el cual el paciente o acompañante se responsabilizarán por esta decisión y por los inconvenientes que la mala identificación pudiera ocasionar a través de la firma de un documento específico.

6.1.7 Situaciones en las cuales se usará la pulsera

El uso de la pulsera identificadora se usará en las siguientes situaciones:

- Previo a la administración de medicamentos, hemocomponentes o hemoderivados.
- Antes de la realización de cualquier procedimiento invasivo, como extracción de muestras sanguíneas o de otros fluidos corporales.
- Antes y después de todo movimiento entre unidades asistenciales, incluyendo traslado en ambulancia.
- Antes de ser sometido a anestesia por cualquier motivo.
- Identificación del recién nacido.⁸

6.1.8 Auditoría de utilización de la pulsera

Luego de la implementación de esta forma de identificación de los pacientes, es de buena práctica realizar auditorías periódicas para comprobar la correcta implementación del protocolo. En este sentido, se recomienda la inclusión de auditores en terreno, que puedan revisar si la identificación se cumple en el 100% de los pacientes, las condiciones en las cuales están las pulseras y si existe coincidencia con los datos registrados en las historias clínicas. En el caso de encontrar pacientes sin pulseras, corroborar que el motivo de la ausencia sea conocido por el personal a cargo y que esté adecuadamente reportado en la historia clínica. También se recomienda consultar a pacientes y acompañantes sobre la experiencia de uso de las pulseras identificadoras, buscando mejoras en el proceso.

6.1.9 Barreras para la implementación

El proceso de identificación de los pacientes debería tener en cuenta las potenciales barreras que puedan presentarse:

- Cultura organizativa:
 - Sensación de interposición de tareas administrativas en la relación médico-paciente.
 - Experiencia de requerimiento de más tiempo para cumplir con los requisitos de la identificación en múltiples oportunidades.
- Ausencia de consenso o estandarización entre instituciones.
- Costo.
- Barreras tecnológicas.

Por otro lado, como sucede con la implementación de nuevos procesos, algunas consecuencias no deseadas pueden ser el abandono de otras formas de identificación (diálogo profesional-paciente) asumiendo que la implementación de la pulsera cubre todo lo requerido. Es importante enfatizar durante la capacitación (punto 4 de esta línea) que los mejores resultados se logran cuando todas las medidas se aplican simultáneamente.

Línea 6.1 | Paso a paso

Producto esperado: método estandarizado para la identificación correcta de pacientes

1. **Primer paso:** verificar la existencia de métodos estandarizados para la identificación correcta de pacientes.
2. **Segundo paso:** en caso de que existan métodos estandarizados, se recomienda llevar a cabo una revisión del grado de pertinencia y adhesión entre las diversas áreas y departamentos de la institución, de acuerdo con las pautas previamente detalladas en esta línea. En caso de que no existan métodos estandarizados, establecer los criterios de estandarización para la correcta identificación de pacientes a través de un protocolo o pauta destinada a tal fin. Se recomienda que la instancia de debate y definición sea lo más abierta posible, involucrado a referentes de todas las áreas y departamentos potencialmente involucrados en la adopción del método.
3. **Tercer paso:** para garantizar su adhesión, una vez definido el protocolo o pauta de acción para la correcta identificación de pacientes se recomienda difundirlo a nivel institucional y poner a disposición instancias de entrenamiento para los/as profesionales.

6.2 Utiliza al menos dos identificadores (por ejemplo, nombre y fecha de nacimiento) para la identificación de los pacientes

Se recomienda usar al menos dos identificadores para verificar la identidad del paciente. El *orden de prioridad* aconsejado es el siguiente:

- Nombre(s) y apellido(s).
- Fecha de nacimiento.
- Número de documento.
- Sexo.
- Fecha de ingreso.

Situaciones especiales

Dos pacientes con nombre similar en la misma unidad de internación. Se recomienda incluir un dato adicional a los dos habituales para evitar errores de identificación. En lugar de un tercer dato, se puede optar, si el establecimiento tuviera disponibilidad, por la identificación con pulseras de diferente color.

Pacientes que ingresen como desconocidos y que por su estado de conciencia no puedan proporcionar sus datos. La institución de salud debe establecer un procedimiento

estandarizado para la identificación que, dependiendo de las características del sistema administrativo del establecimiento, se plantean niveles sucesivos de complejidad y seguridad.

Nivel básico. El sector de admisión toma contacto con el paciente y busca:

- Acompañantes para consultarlos sobre datos de identificación del paciente⁹
- Algún tipo de identificación (documento de identidad, licencia de conducir, carnet de cobertura médica u obra social, etc.)
- Documentación de la forma de ingreso (ambulancia, automóvil particular, etc.)

Con los datos que haya podido recabar genera la admisión con una identificación provisoria. Los datos recabados se incluirán en campos estructurados si fuera apropiado (DNI) o en campos de texto libre (modo de ingreso, motivo de la admisión, características físicas del paciente). Este proceso debería generar un código único para identificar al paciente. En el caso de *ingreso de urgencia* se sugiere utilizar la sigla NN seguida de dos o más identificatorios como ser sexo, edad aproximada, algún rasgo distintivo, la fecha de ingreso, etc. Por ejemplo “NN-masculino-23062020”

Nivel Avanzado. Existen algunas experiencias de identificación de personas a través de características biométricas, como las huellas dactilares y el reconocimiento facial, pero hasta este momento no se encuentran difundidas lo suficiente como para hacer un análisis más profundo.¹⁰ Baste mencionar que este tipo de técnicas han sido implementadas por el Estado nacional, pero con una finalidad dirigida a la facilitación de trámites a pesar de un marco normativo todavía insuficiente.^{11,12}

Línea 6.2 | Paso a paso

Producto esperado: identificadores de pacientes

1. **Primer paso:** en caso de que la institución cuente con métodos estandarizados de identificación correcta de pacientes, verificar qué identificadores se utilizan para la identificación de pacientes y asegurar que estén adecuados a las recomendaciones antes mencionadas. En caso de que la institución no cuente con métodos estandarizados de identificación correcta de pacientes, se recomienda que el diseño e implementación de los métodos garanticen el uso de al menos dos (2) identificadores de la lista detallada en las líneas de acción 6.1 y 6.2.

6.3 Recomienda que el chequeo de la identidad del paciente se realice en cada intervención, traspaso, traslado o tratamiento

La verificación de la identidad del paciente debe hacerse siempre ANTES de los procedimientos, que no sólo incluyen a las cirugías u otros procedimientos invasivos sino también a la administración de medicamentos, hemoderivados y hemocomponentes y previo

a cada traslado. Se recomienda que el personal que registre los datos de identificación confirme los mismos con el paciente o con algún acompañante; en caso de que el paciente no esté en condiciones de responder, verificar los datos con la documentación incluida en la historia clínica.

En el ejemplo específico de las cirugías, la Comisión Australiana en Seguridad y Calidad propuso un protocolo de 5 pasos:¹³

1. Controlar que el consentimiento informado esté en la historia clínica y que corresponda al paciente en evaluación. Verificar los siguientes datos:
 - Nombre completo
 - Fecha de nacimiento
 - Nombre del procedimiento a ser realizado
 - Región corporal a ser intervenida
 - Motivo del procedimiento
2. Marcar la región corporal a ser intervenida en la cirugía o el procedimiento invasivo con un marcador indeleble
 - El profesional que lo lleve a cabo debería pertenecer al equipo que realizará el procedimiento
3. Confirmar la identidad con el paciente mismo
 - Nombre completo
 - Fecha de nacimiento
 - Domicilio
4. Asegurar un tiempo breve en el quirófano o sala de procedimientos para confirmar verbalmente con el resto del equipo que todos los requisitos fueron cumplidos
 - Paciente correcto
 - Sitio quirúrgico correctamente marcado
 - Procedimiento confirmado
 - Dispositivo o material apropiado y presente en la sala
5. Asegurar que las imágenes diagnósticas necesarias están disponibles
 - Dos miembros o más del equipo deberían confirmar que la imagen corresponde al paciente y al sitio anatómico a ser intervenido

Línea 6.3 | Paso a paso

Producto esperado: estandarización del chequeo de la identidad de pacientes

1. **Primer paso:** relevar los procesos de chequeo de la identidad de pacientes entre las diversas áreas y departamentos de la institución.
2. **Segundo paso:** evaluar en qué medida los procesos de chequeo de la identidad de pacientes cumplen con las pautas sugeridas en la línea 6.3. En función de ello, implementar modificaciones y acciones correctivas (ya sea de registro de la información como del manejo del paciente) para garantizar su cumplimiento, de acuerdo con las recomendaciones detalladas en esta línea.
3. **Tercer paso:** para garantizar su adhesión, una vez definido el proceso para el chequeo de la identidad de pacientes, se recomienda difundirlo a nivel institucional y poner a disposición instancias de entrenamiento para los/as profesionales.

6.4 Capacita al personal de salud sobre procedimientos de control y verificación de la identidad de los pacientes

De igual manera a lo comentado en otras líneas de acción, una de las funciones del Comité de Seguridad del Paciente es la capacitación del personal del establecimiento en las acciones requeridas para reducir el riesgo por errores de identificación de pacientes. Para incrementar el impacto de estas medidas se recomienda tener en cuenta el cronograma de incorporación de nuevos profesionales (como, por ejemplo, la incorporación de nuevos residentes). Para esto se propone una estrategia multimodal que incluya:

- Capacitación presencial con material propio del comité para un grupo de actores clave de cada servicio asistencial, de exámenes complementarios (laboratorio, diagnóstico por imágenes) y administrativos. Es ideal que en estas capacitaciones se use material extraído de la auditoría (puntos 6.1.8 y 6.8).
- Material de difusión: folletos, videos.
- Material dirigido a pacientes y acompañantes para lograr su involucramiento en la política organizacional de identificación.

La simulación *in situ* puede usarse también en este contexto para brindar una capacitación más eficiente, dado que incluye en su desarrollo la utilización de escenarios reales y entornos similares a los que los profesionales encontrarán durante su actividad. Los profesionales más entrenados pueden actuar como pacientes para favorecer la fijación de conceptos.¹

Línea 6.4 | Paso a paso

Producto esperado: capacitación en procedimientos de control y verificación de la identidad de pacientes

1. **Primer paso:** relevar el nivel de capacitación de los/as profesionales en control y verificación de la identidad de pacientes. Dicho relevamiento tiene la finalidad de contar con un diagnóstico de situación y detectar cuáles son las necesidades de capacitación del personal.
2. **Segundo paso:** relevar material o cursos de capacitación en temas de control y verificación de la identidad. Puede tratarse tanto de cursos estandarizados como de instancias de formación diseñadas por el comité de seguridad del paciente.
3. **Tercer paso:** en función de las necesidades de capacitación detectadas y los recursos disponibles, definir la estrategia de capacitación más adecuada. Adicionalmente, se recomienda que este proceso de relevamiento de capacitación sea realizado de forma regular.

6.5 Utiliza un método estandarizado de identificación de las muestras biológicas e imágenes

Los aspectos clave de este proceso, se realice manual o electrónicamente, son la identificación de los actores involucrados, el proceso a aplicar y los datos a incluir en la identificación.

- Los actores incluyen a todos los administrativos y profesionales relacionados con la toma de muestras biológicas (enfermeros, médicos, kinesiólogos, extraccionistas) y con la obtención de imágenes (médicos y técnicos).
- El proceso incluye
 - Confirmación de la identidad (al menos dos datos) previo al procedimiento
 - Realización del procedimiento
 - Identificación del material (frasco, tubo o placa radiográfica) en presencia del paciente inmediatamente después. Ver punto que sigue.

Línea 6.5 | Paso a paso

Productos esperados: método estandarizado de identificación de muestras biológicas e imágenes

1. **Primer paso:** verificar el uso de métodos de identificación de muestras biológicas e imágenes dentro de la institución.
2. **Segundo paso:** en caso de contar con métodos previos, evaluar las áreas involucradas, los procesos de registro y las herramientas utilizadas, tomando en consideración las recomendaciones de la línea. En caso de no contar con métodos previos, diseñar e implementar un método estandarizado para la identificación de muestras biológicas e imágenes, considerando las recomendaciones de esta línea y las características específicas de la institución.

6.6 Utiliza al menos dos identificadores (por ejemplo nombre y fecha de nacimiento del paciente) para la identificación de la muestra o imagen

La identificación del paciente se lleva a cabo siguiendo la jerarquía expuesta en el punto 2 de esta línea. Además de los datos del paciente, las muestras o placas radiológicas deberían incluir:

- Fecha y hora de toma
- Identificación del material (si corresponde)
- Identificación del establecimiento
- Identificación del profesional que lo realizó

En muestras biológicas, identificar la parte inferior del envase (nunca la tapa). En placas radiográficas, la identificación debería incluirse en el ángulo superior derecho. Si bien no está referido específicamente a este punto, sugerimos a los profesionales asistenciales que en caso de encontrar resultados de exámenes complementarios que no coincidan con los antecedentes del paciente, controle con el responsable del laboratorio múltiples veces y usando toda información disponible para confirmar que el resultado corresponda al paciente correcto.

Línea 6.6 | Paso a paso

Productos esperados: identificadores para muestras biológicas/imágenes

1. **Primer paso:** en caso de que la institución cuente con métodos estandarizados de identificación para muestras biológicas e imágenes, verificar qué identificadores se utilizan para la identificación de pacientes y asegurar que estén adecuados a las recomendaciones antes mencionadas. En caso de que la institución no cuente con métodos estandarizados de identificación correcta de pacientes, se recomienda que el diseño e implementación de los métodos garanticen el uso de al menos dos (2) identificadores de la lista detallada en esta línea de acción.

6.7 Informa de manera sistemática a los pacientes, familiares y/o cuidadores sobre la importancia de su correcta identificación

En forma adicional al material de difusión comentado en el punto 6.4 (folletería y videos), se recomienda que durante la admisión en piso de los pacientes, el enfermo a cargo dedique unos minutos a informar al paciente y al acompañante la necesidad de que se identifiquen frente a cada movimiento (transferencia entre unidades o derivación a otro centro) o procedimiento (invasivos y no invasivos, administración de medicamentos) con cada profesional (enfermero, médico, kinesiólogo) o empleado (técnico, camillero, administrativo) involucrado.

Línea 6.7 | Paso a paso

Producto esperado: criterios de comunicación con pacientes

1. **Primer paso:** relevar los criterios y modos de comunicación (formales o informales) que se utilizan para informar a pacientes, familiares o cuidadores sobre la correcta identificación. En base a ello, se recomienda establecer pautas o líneas de acción que garanticen la existencia de esta instancia de comunicación.

6.8 Realiza evaluaciones periódicas del proceso de identificación de los pacientes y monitorea su eficacia a través de indicadores

El proceso de auditoría ya fue comentado en el punto 6.1.8 de esta línea de acción, por lo cual en esta sección se brindarán algunos indicadores para el monitoreo.

- n pacientes identificados con pulsera / n pacientes internados * 100
- n pacientes con pulsera rota o ilegible / n pacientes identificados * 100
- n pacientes que manifiestan no haber sido informados sobre la necesidad de autoidentificarse con nuevos profesionales / n pacientes internados en una unidad * 100
- n profesionales que recibieron capacitación sobre identificación / n profesionales que deberían haber recibido la capacitación * 100
- n errores de identificación reportados en internación en un período definido / n pacientes internados en el mismo período * 100

Línea 6.8 | Paso a paso

Producto esperado: monitoreo del proceso de identificación de pacientes

1. **Primer paso:** verificar la existencia de instancias de evaluación o monitoreo del proceso de identificación de pacientes, en base a los criterios contenidos en la línea 6.1 (apartado 6.1.8) y la línea 6.8.
2. **Segundo paso:** en caso de contar con instancias de evaluación o monitoreo, evaluar las mismas para garantizar que cumplan con las recomendaciones y criterios contenidos en la línea 6.1 (apartado 6.1.8) y la línea 6.8. En caso de no contar con dichas instancias, diseñar e implementar estrategias de evaluación y monitoreo del proceso de identificación de pacientes, tomando en consideración las recomendaciones detalladas en la línea 6.1 (apartado 6.1.8) y la línea 6.8.

6.9 Realiza evaluaciones periódicas del proceso de identificación de muestras e imágenes y monitorea su eficacia a través de indicadores

El proceso de auditoría comentado en el punto 6.1.8 es aplicable también a esta sublínea de acción. Algunos indicadores sugeridos para el monitoreo de este proceso son:

- n muestras biológicas incorrectamente rotuladas / n muestras biológicas remitidas al laboratorio en un período determinado * 100
 - n muestras biológicas sin los dos datos de identificación del paciente / n muestras biológicas incorrectamente rotuladas * 100

- n muestras biológicas sin fecha / n muestras biológicas incorrectamente rotuladas * 100
- n muestras biológicas sin datos del establecimiento / n muestras biológicas incorrectamente rotuladas * 100
- n muestras biológicas sin datos del profesional / n muestras biológicas incorrectamente rotuladas * 100
- n radiografías incorrectamente rotuladas / n radiografías realizadas en un período determinado * 100

Línea 6.9 | Paso a paso

Producto esperado: monitoreo del proceso de identificación de muestras e imágenes

1. **Primer paso:** verificar la existencia de instancias de evaluación o monitoreo del proceso de identificación de muestras e imágenes, en base a los criterios contenidos en esta línea y la línea 6.1 (apartado 6.1.8).
2. **Segundo paso:** en caso de contar con instancias de evaluación o monitoreo, evaluar las mismas para garantizar que cumplan con las recomendaciones y criterios contenidos en esta línea y la línea 6.1 (apartado 6.1.8). En caso de no contar con dichas instancias, diseñar e implementar estrategias de evaluación y monitoreo del proceso de identificación de muestras e imágenes, tomando en consideración las recomendaciones detalladas en esta línea y la línea 6.1 (apartado 6.1.8).

Referencias bibliográficas

1. Agrawal A. Patient Safety. A Case-Based Comprehensive Guide. New York: Springer Science, 2014
2. The Joint Commission, World Health Organization. Patient safety Solutions. Solution 2: patient identification. 2007. <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf?ua=1>.
3. Wright AA, Katz IT. Bar coding for patient safety. N Engl J Med. 2005;354:329–331.
4. Subcomité de Seguridad del Paciente. Seguridad del Paciente. Rev Hosp Niños (B. Aires) 2018;60:190-191. Disponible en: <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2018/07/269-09-Seguridad-paciente.pdf>
5. Hoffmeister LV, Souto de Moura GMS. Uso de pulseras de identificación en pacientes internados en un hospital universitario. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2015;23:36-43. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CJrjgHtvGYPPNvH6xnsxYrS/?format=pdf&lang=es>
6. Ministerio de Salud Pública. Coordinación Zonal 7 - Salud. Hospital General Teófilo Dávila, Machala, Ecuador. Protocolo de Identificación de Pacientes. 1º Ed. 2015. Disponible en:

http://www.htdeloro.gob.ec/files/Calidad/PROTOCOLO_DE_IDENTIFICACION_DE_PACIENTES.pdf

7. Hospital Italiano. Informática en Salud. Pulsera para identificación del paciente (sitio web). Disponible en: <https://www.hospitalitaliano.org.ar/#!/home/infomed/noticia/9106>
8. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Ley 24540. Régimen de identificación de los recién nacidos. 1995. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=27386>
9. Choose Yeovil Hospital. Identification of patients policy. 2014. Disponible en: <https://www.yeovilhospital.co.uk/wp-content/uploads/2016/01/Identification-of-Patients-Policy-Ver-3-2014.pdf>
10. Right Patient. Casos de estudio. Disponible en: <https://www.rightpatient.com/case-studies/>
11. Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES). Registro de Mi Huella. <https://www.anses.gob.ar/tramite/registro-de-mi-huella>
12. Mayer VI. Protección de datos biométricos en Argentina: Análisis del marco legal vigente y de las tecnologías incorporadas a su almacenamiento. Tesis de Maestría. 2020. Disponible en: http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/tpos/1502-1593_MayerVI.pdf
13. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Ensuring Correct Patient, Correct Site, Correct Procedure Protocol for Surgery: Review of implementation and proposals for action, 2008. Disponible en: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/19793-ReviewCPCSCP.pdf>

Línea de acción 7: Prácticas para la comunicación efectiva entre profesionales

Línea 7 | Productos

1. Herramienta de comunicación para personal de salud
2. Estrategia de comunicación
3. Comunicación estandarizada para el traspaso de pacientes y entre sectores
4. Formulario estandarizado
5. Comunicación de valores críticas

7.1. Desarrolla acciones que promuevan la comunicación efectiva entre el personal de salud

Existen numerosas herramientas estandarizadas para la comunicación efectiva.¹ Muchas de estas herramientas han sido creadas o modificadas para situaciones específicas de la atención. La Agencia de Investigación en Calidad y Salud de Estados Unidos (AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality), a través del curso TeamSTEPPS, sugiere el abordaje de la comunicación a través de la herramienta SBAR para información crítica y derivaciones o transferencias de pacientes entre diferentes sectores o miembros del equipo de salud, mientras que para transferencias complejas o pases de guardia en un mismo sector sugiere la herramienta I-PASS. También recomienda el uso de procesos de confirmación (“check-back” o “read-back”) en la comunicación verbal de indicaciones o valores diagnósticos críticos.²

Línea 7.1 | Paso a paso

Producto esperado: herramienta de comunicación

1. **Primer paso:** relevar la existencia de herramientas y procesos de comunicación dentro del hospital o entre áreas/departamentos involucrados.
2. **Segundo paso:** en caso de contar con alguna herramienta de comunicación, evaluar su utilidad y efectividad para estandarizar los procesos de comunicación. En caso de no contar con ninguna herramienta de comunicación, elaborar un proceso de comunicación estandarizado y seleccionar/adaptar alguna de las herramientas sugeridas que resulte útil y cómoda al contexto del equipo de trabajo.
3. **Tercer paso:** notificar a los equipos de trabajo involucrados.

7.2. Capacita al personal de salud en la utilización de herramientas estandarizadas para una comunicación efectiva

La capacitación en el uso de herramientas de comunicación efectiva es variada. Los estudios de implementación han usado estrategias múltiples que incluyen:¹⁻⁴

- Comenzar con grupos pequeños y motivados.
- Entrenamientos cortos (2 horas).
- Simulación con juego de roles (1 hora).
- Observación con retroalimentación.
- Cartelería y estandarización de procesos.
- Videos de simulación.
- Estrategias para evitar interrupciones durante las transferencias.
- Medir la utilización y recibir retroalimentación del personal.
- Ampliar la implementación al resto del personal.

Línea 7.2 | Paso a paso

Producto esperado: estrategia de comunicación

1. **Primer paso:** en función de la herramienta de comunicación definida, seleccionar al menos una estrategia de capacitación común al equipo de trabajo (la que se considere más adecuada) para entrenar al equipo en el uso de la herramienta; así como de las técnicas recomendadas de comunicación.
2. **Segundo paso:** definir la agenda y modalidad de la(s) capacitación(es), pudiendo ser sincrónicas o asincrónicas; y virtuales o personales. A su vez, se recomienda definir por adelantado el material que se utilizará.

7.3. Utiliza herramientas estandarizadas de comunicación durante la transferencia de pacientes en los cambios de turnos, en el mismo sector

La herramienta I-PASS permite el intercambio de información estandarizada de pacientes o situaciones complejas, como cambios de turno de pacientes críticos.^{1,5,6} Consiste en la mnemotecnica que significa **I**mportancia, **P**aciente, **A**cciones, **S**ituaciones y plan contingencia y **S**íntesis del receptor. En la siguiente tabla se describen los componentes de la herramienta y un ejemplo de un pase de sala pediátrico.^{7,8}

Tabla 7.1 | Herramienta I-PASS para la transferencia de pacientes o situaciones complejas

Sigla	Significado	Descripción	Ejemplo^v
I	Importancia	Estable, “en observación,” inestable	Inestable. Es el paciente más grave de la sala.
P	Paciente (resumen)	Resumen; Eventos que condujeron a la admisión; Evolución hospitalaria; Evaluación actual; Plan de cuidados.	AJ es un varón de 4 años, antecedente de nacimiento a las 28 semanas, que ingresa por hipoxia y dificultad respiratoria secundaria a una neumonía del lóbulo inferior izquierdo. Ingresó a guardia por tos y fiebre alta de dos días de evolución que había empeorado con dificultad respiratoria. En el laboratorio se encontró un Na 130, probablemente secundario a deshidratación o a un síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética. Ha recibido una expansión de fluidos, y está con O ₂ a 2,5 lts y ceftriaxona.
A	Acciones (lista)	Lista de tareas pendientes Cronograma y asignación de responsabilidades	Habría que chequearlo cerca de la medianoche y asegurarse que sus signos vitales no hayan cambiado y saturación. También habría que verificar si los hemocultivos dan positivos.
S	Situaciones y plan contingencia	Llama la atención de pacientes preocupantes y/o problemas potenciales; Procedimientos que seguir en caso de situaciones de riesgo.	Si el estado de la respiración empeora habría que realizar otra radiografía para determinar si desarrolla un derrame pleural.
S	Síntesis del receptor	Receptor hace un breve resumen del traspaso; Hace preguntas; Reitera elementos clave y la lista de tareas.	AJ tiene 4 años, nacido prematuro, que ingresó por hipoxia y dificultad respiratoria secundaria a una neumonía. Está con ceftriaxona, O ₂ e hidratación. Tú sugieres que chequee a medianoche que esté estable y el resultado de los cultivos. Si su estado empeora realizaré una radiografía para ver si tiene un derrame pleural.

^v Modificado de Starmer, et al (2012).⁷

Línea 7.3 | Paso a paso

Producto esperado: estrategia de comunicación

1. **Primer paso:** en función de la herramienta de comunicación definida, seleccionar al menos una estrategia de capacitación común al equipo de trabajo (la que se considere más adecuada) para entrenar al equipo en el uso de la herramienta; así como de las técnicas recomendadas de comunicación.
2. **Segundo paso:** definir la agenda y modalidad de la(s) capacitación(es), pudiendo ser sincrónicas o asincrónicas; y virtuales o personales. A su vez, se recomienda definir por adelantado el material que se utilizará.

7.4. Utiliza herramientas estandarizadas de la comunicación durante la transferencia de pacientes entre diferentes sectores

En la tabla 7.2 se describe la herramienta mnemónica de comunicación SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) o SAER en español (**S**ituación, **A**ntecedentes, **E**valuación y **R**ecomendación), que más utilizada durante la transferencia de pacientes entre diferentes sectores. Es especialmente útil para la comunicación entre distintos sectores y miembros del equipo de salud, y para situaciones urgentes, pases de guardia, traspaso de servicios y traslados de pacientes.^{4,9} En la siguiente tabla se describen los componentes de la herramienta, cuya exhaustividad se adaptará al contexto de uso.

Tabla 7.2 | Herramienta SBAR para la transferencia de pacientes entre diferentes sectores

Sigla	Significado	Descripción	Ejemplo^{vi}
S	Situación	-Identifíquese y de qué servicio está llamando. -Identifique al paciente por su nombre y el motivo de su informe. -Describa su preocupación.	Dra. González, soy Emanuel, enfermero de pediatría. El paciente JA, internado en la habitación 420 con dolor abdominal, tiene indicado líquidos claros vía oral. Me gustaría informarle sobre la condición de JA y aclarar las órdenes con usted.
B	Antecedentes (background)	-Indique la fecha y motivo de ingreso/consulta del paciente. -Explique los antecedentes médicos relevantes. -Informe los procedimientos previos, medicación actual, alergias, resultados de laboratorio pertinentes y otros resultados diagnósticos relevantes.	Veo que JA ingresó en la mañana desde la guardia con dolor abdominal en estudio y vómitos. No tiene antecedentes de relevancia. El laboratorio muestra leucocitos aumentados. Tiene indicado líquidos vía oral.
A	Evaluación (assessment)	-Signos vitales. -Datos relevantes del examen físico. -Impresiones clínicas. Preocupaciones.	JA se ve mal porque su dolor abdominal ha aumentado, ha estado vomitando más desde que ingresó y tuvo un registro de fiebre de 38°.
R	Recomendación	-Explique lo que necesita, sea específico sobre la solicitud y el plazo. -Haga sugerencias. Aclare las expectativas.	Creo que deberíamos suspender los ingresos por vía oral y colocarle hidratación parenteral; de lo contrario se puede deshidratar. ¿Le parece solicitarle una ecografía para descartar apendicitis?

^{vi} Modificado de Shahid y Thomas (2018).⁹ En el ejemplo un enfermero se comunica con el médico a cargo debido a que un paciente que ingresa por vómitos y dolor abdominal tiene indicaciones de ingerir líquidos por vía oral.

Línea 7.4 | Paso a paso

Producto esperado: comunicación estandarizada entre sectores

1. **Primer paso:** una vez seleccionada y establecida la herramienta de comunicación, garantizar su óptima implementación y funcionamiento. Para ello, se recomienda monitorear su uso y grado de aplicabilidad entre los/as profesionales de los sectores involucrados.
2. **Segundo paso:** en caso de detectarse falencias o puntos de mejora, tanto en los procesos como en el uso de la herramienta, implementar acciones correctivas dependiendo del caso, las cuales pueden comprender estrategias complementarias de capacitación; instancias adicionales de comunicación; o encuentros sincrónicos entre los/as jefes/as y profesionales de los distintos sectores involucrados, entre otras.

7.5. Utiliza formularios estandarizados de traslado entre diferentes sectores de la institución, donde consten los datos clínicos que reflejen la situación del paciente

Se recomienda que el traspaso de información y responsabilidad tanto de enfermería como del personal médico se efectúe antes del traslado de un paciente.¹⁰ Se recomienda utilizar formularios estandarizados de traslado donde consten los datos clínicos que reflejen la situación del paciente antes del mismo, como la herramienta SBAR. Este será firmado por el personal receptor para confirmar la situación del paciente a la llegada a su área y viceversa. En el Anexo 7.1 se incluye un modelo de traspaso de pacientes de unidades de cuidados críticos a unidades de cuidados intermedios-moderados.¹¹

Línea 7.5 | Paso a paso

Producto esperado: formulario estandarizado implementado

1. **Primer paso:** seleccionar e implementar un formulario estandarizado para el traspaso de información entre sectores, en común acuerdo con los sectores involucrados. Esto incluye la definición de los campos a relevar y el formato del formulario (electrónico o papel).
2. **Segundo paso:** definir brevemente el proceso a través del cual el formulario será emitido, completado y entregado, tanto dentro del mismo sector como entre sectores. La definición clara del proceso (fundamentalmente las responsabilidades, roles y tiempos) son de utilidad para garantizar su adhesión.

7.6 Desarrolla acciones para la comunicación efectiva y a tiempo de valores críticos de pruebas diagnósticas que puedan poner en peligro la vida del paciente

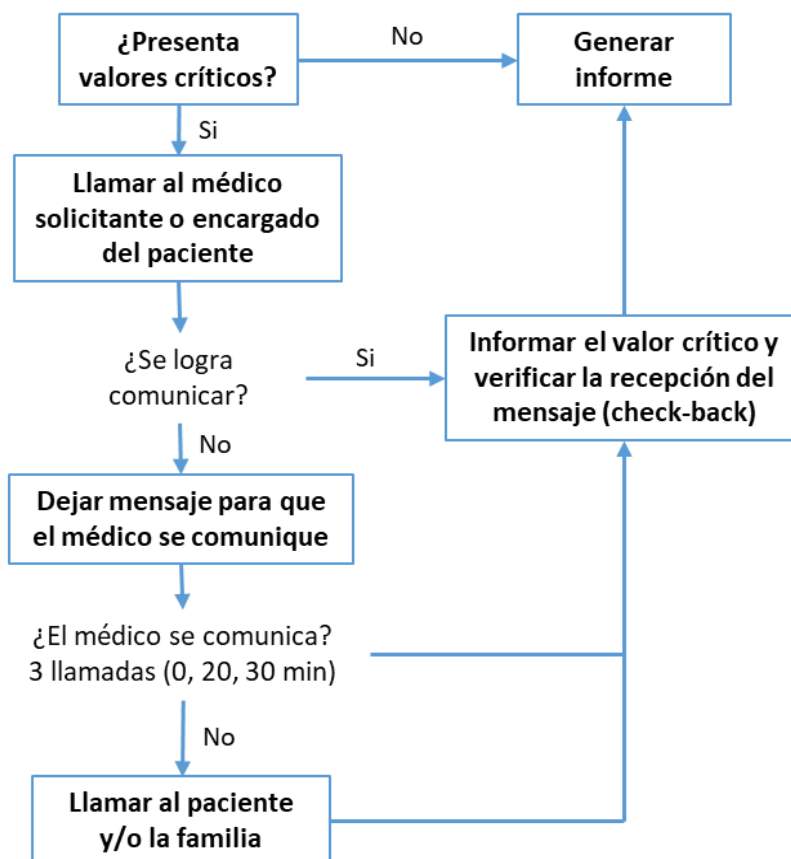
Cada institución debe establecer un listado de valores críticos de resultados de estudios diagnóstico (laboratorio, imágenes y anatomía patológica), que sean conocidos y estén al alcance del personal involucrado. Los resultados críticos son aquellos que ponen en riesgo la vida que requieren una intervención inmediata o un hallazgo inesperado que no requiere una acción inmediata pero que pueden generar eventos adversos en el futuro. En el anexo se exponen ejemplos de estos listados.

Para informar estos resultados deben llevarse a cabo procedimientos estandarizados para su comunicación oportuna y efectiva (Fig. 7.1).¹² Este procedimiento requiere comunicarse en primera instancia con el médico que solicitó el estudio o con un responsable del área que tenga injerencia en la atención del paciente. En caso de no lograr una comunicación efectiva en un tiempo prudencial (variará según cada institución y la urgencia que implique el resultado), es factible la comunicación con el paciente o sus familiares. En situaciones específicas, la figura de los “navegadores” (personal que guía a los pacientes a través del sistema de salud para evitar las barreras de acceso) han mostrado cumplir este rol.¹³

En todo caso de comunicación verbal de valores críticos, se debe asegurar que la comunicación ha sido efectiva mediante la confirmación del mensaje de ambas partes (“check-back” o “read-back”). Esto implica que el emisor que transmite el resultado, primero identifique al paciente y luego indique el resultado con valores críticos, y el receptor del mensaje escribe la información recibida y luego relea la misma. Por último, el emisor original debe confirmar los datos leídos. 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 emisor.¹⁰

Figura 7.1 | Algoritmo de comunicación de resultados de valores críticos



Fuente: adaptación propia en base a Campuzano Moya, 2011.¹²

Línea 7.5 | Paso a paso

Producto esperado: formulario estandarizado implementado

1. **Primer paso:** seleccionar e implementar un formulario estandarizado para el traspaso de información entre sectores, en común acuerdo con los sectores involucrados. Esto incluye la definición de los campos a relevar y el formato del formulario (electrónico o papel).
2. **Segundo paso:** definir brevemente el proceso a través del cual el formulario será emitido, completado y entregado, tanto dentro del mismo sector como entre sectores. La definición clara del proceso (fundamentalmente las responsabilidades, roles y tiempos) son de utilidad para garantizar su adhesión.

Referencias bibliográficas

1. Starmer AJ, Landrigan CP, I-PASS Study Group. Changes in medical errors with a handoff program. *N Engl J Med*. 2015;372(5):490-491. doi:10.1056/NEJMc1414788
2. García Roig C, Viard MV, García Elorrio E, Suárez Anzorena I, Jorro Barón F. Implementación de un pase estructurado de pacientes entre profesionales en una institución privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Arch Argent Pediatr*. Published online 2020:e234-e240.
3. Jorro Barón F, Pumara CD, Tittarelli MAJ, Raimondo A, Urtasun M, Valentini L. Improved handoff quality and reduction in adverse events following implementation of a Spanish-language version of the I-PASS bundle for pediatric hospitalized patients in Argentina. *J Patient Saf Risk Manag*. 2020;25(6):225-232. doi:10.1177/2516043520961708
4. NHS Institute for Innovation and Improvement. SBAR Implementation and Training Guide. Published online 2010. Accessed September 14, 2021. <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/SBAR-Implementation-and-Training-Guide.pdf>
5. Jorro-Barón F, Suarez-Anzorena I, Burgos-Pratx R, et al. Handoff improvement and adverse event reduction programme implementation in paediatric intensive care units in Argentina: a stepped-wedge trial. *BMJ Qual Saf*. 2021;30(10):782-791. doi:10.1136/bmjqs-2020-012370
6. Starmer AJ, Sectish TC, Simon DW, et al. Rates of Medical Errors and Preventable Adverse Events Among Hospitalized Children Following Implementation of a Resident Handoff Bundle. *JAMA*. 2013;310(21):2262-2270. doi:10.1001/jama.2013.281961
7. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, et al. I-pass, a mnemonic to standardize verbal handoffs. *Pediatrics*. 2012;129(2):201-204. doi:10.1542/peds.2011-2966
8. Foro Latinoamericano Colaborativo en Calidad y Seguridad en Salud. Campaña I-PASS (material visual). FORO LATINOAMERICANO COLABORATIVO EN CALIDAD Y SEGURIDAD EN SALUD. Accessed October 3, 2021. <https://cicsp.org/material-i-pass/>
9. Shahid S, Thomas S. Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) Communication Tool for Handoff in Health Care – A Narrative Review. *Saf Health*. 2018;4(1):7. doi:10.1186/s40886-018-0073-1
10. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria - Reedición febrero 2021. Published online 2021. Accessed October 6, 2021. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/acciones-para-la-seguridad-de-los-pacientes-en-el-ambito-de-la-atencion-sanitaria-reedicion>
11. Arpi L, Negrette C, Videla Dorna S, et al. Mejora en la comunicación durante la transferencia de pacientes entre sectores en un hospital pediátrico. *Arch Argent Pediatr*. Published online 2021:259-265.
12. Campuzano Maya G. Valores críticos en el laboratorio clínico: de la teoría a la práctica. *Med Lab*. 2011;17(07-08):331-350.
13. Pesce V, Robles N, Di Sibio A, Granda P. Navegación de pacientes en cáncer de mama. Accessed December 8, 2021. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/navegacion-de-pacientes-en-cancer-de-mama>
14. Goedelmann CJ, Barbieri AI, Cappella AC, Toscano A, Villafane ST, Carchio SM. Desarrollo e implementación de un proyecto de comunicación efectiva de valores críticos en un laboratorio público pediátrico. *Acta Bioquímica Clínica Latinoam*. 2020;54(1):45-54.
15. Superintendencia de Salud de Chile. Notificación de Valores o Resultados Críticos. Published online 2013. Accessed October 8, 2021. http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articulos-8346_recurso_1.pdf

Anexo línea 7

Anexo 7.1 | Modelo de traslado de pacientes de unidades de cuidados críticos a unidades de cuidados intermedios-moderados.¹¹

FORMULARIO DE TRANSFERENCIA UCI-CIM



Nombre y Apellido:

HC:

Fecha:

Hora:

Pulsera identificatoria: Sí No

Fecha de ingreso al hospital:

Fecha de ingreso a UCI:

Edad:

Peso:

Identificación del
paciente

Sector que deriva: UCI Sector que recibe: CIM

Comunicación oral de médico a médico: Sí No

Responsable de la transferencia:

Alertas:

1) Adecuación de esfuerzo terapéutico Sí No

2) Diagnóstico actual: (el que motivó el ingreso a UCI; p. ej., *shock séptico*, IRAB con IR)

a)

b)

3) Resumen de evolución en UCI: ARM: (desde –hasta); Inotrópicos: (desde – hasta)

4) Enfermedad de base y comorbilidad asociada (p. ej., síndrome de Down con canal AV; LLA con trombosis de seno longitudinal pos Lasa):

Anexo 7.2 | Ejemplo de listado de valores críticos de laboratorio.¹⁴

Todos los pacientes		
Valores críticos de Hematología y Hemostasia		
Análisis	Límite	
Hemoglobina	≤6 g/dL	
Recuento de plaquetas	≤10.000/mm ³ (crónicos)	
	≤20.000/mm ³ (sin antecedentes)	
TP	≤20%	
APTT	≥100 s	
Valores críticos de Área Crítica		
Análisis	Límite inferior	Límite superior
pH	≤7,20	≥7,60
Calcio iónico	≤0,75 mmol/L	≥1,50 mmol/L
pCO ₂	≤25 mmHg	≥60 mmHg
Valores Críticos de Química Clínica		
Análisis	Límite inferior	Límite superior
Fósforo	≤1,0 mg/dL	≥8,0 mg/dL
Magnesio	≤1,0 mg/dL	≥4,9 mg/dL
Glucosa	≤50 mg/dL	≥500 mg/dL
Calcio	≤6,0 mg/dL	≥12,0 mg/dL
Sodio	≤120 mEq/L	≥155 mEq/L
Potasio	≤2,0 mEq/L	≥6,0 mEq/L
Valores críticos de Monitoreo de Drogas		
Análisis	Límite inferior	Límite superior
Ciclosporina (C0)	NA	≥400 ng/mL
Tacrolimus/FK	NA	≥10 ng/mL
Sirolimus	NA	≥8 ng/mL
NA: No aplica; TP: Tiempo de protrombina; APTT: Tiempo de tromboplastina parcial activada; C0: Tiempo cero		

Pacientes ambulatorios		
Valores de reporte inmediato de Hematología y Hemostasia		
Análisis	Límite	
Recuento de leucocitos	$\leq 1.500/\text{mm}^3$	
Recuento de neutrófilos	$\leq 500/\text{mm}^3$	
Hemoglobina	>6 y ≤ 7 g/dL	
Recuento de plaquetas	>20.000 y $\leq 50.000/\text{mm}^3$	
Blastos	Sospecha / presencia	
TP	>20 y $\leq 40\%$	
APTT	≥ 60 y <100 s	
Valores de reporte inmediato de Área Crítica		
Análisis	Límite inferior	Límite superior
pH	$>7,20$ y $\leq 7,25$	NA
Glucosa en LCR	≤ 25 mg/dL	≥ 400 mg/dL
Carboxihemoglobina	NA	$\geq 10\%$
Metahemoglobina	NA	$\geq 10\%$
Valores de reporte inmediato de Química Clínica		
Análisis	Límite inferior	Límite superior
Amonio	NA	≥ 170 mg/dL
Cloro	≤ 75 mEq/L	≥ 125 mEq/L
Creatinina	NA	$\geq 7,4$ mg/dL (patología renal)
	NA	$\geq 2,0$ mg/dL (sin antecedentes)
CPK	NA	≥ 1.000 U/L
Lactato	NA	≥ 45 mg/dL
LDH	NA	≥ 1.000 U/L
Lipasa	NA	≥ 700 U/L
Fósforo	$>1,0$ y $\leq 2,0$ mg/dL	NA
Ácido úrico	$\leq 1,0$ mg/dL	$\geq 10,0$ mg/dL
Urea	NA	≥ 100 mg/dL
GOT - GPT	NA	≥ 1.000 U/L
Glucosa	NA	≥ 250 y <500 mg/dL
Calcio	>6 y $\leq 7,0$ mg/dL	NA
Sodio	>120 y ≤ 130 mEq/L	≥ 150 y <155 mEq/L
Potasio	>2 y $\leq 3,0$ mEq/L	NA
Albúmina	$\leq 2,0$ mg/dL	NA
Amilasa	NA	≥ 200 U/L
Proteínas totales	$\leq 4,0$ mg/dL	$\geq 12,0$ mg/dL
Valores de reporte inmediato de monitoreo de drogas		
Análisis	Límite inferior	Límite superior
Ciclosporina (C0)	ND (<30 ng/mL)	NA
Tacrolimus/FK	ND (<2 ng/mL)	NA
Sirolimus	ND (<2 ng/mL)	NA

NA: No aplica; TP: Tiempo de protrombina; APTT: Tiempo de tromboplastina parcial activada; LCR: Líquido cefalorraquídeo; CPK: Creatinina fosfato quinasa; GOT: transaminasa glutámico-oxalacética; GPT: transaminasa glutámico-pirúvica; C0: Tiempo cero; ND: No dosable

7.3 | Ejemplo de listado de hallazgos críticos imagenológicos.¹⁵

Notificación	Ejemplo de hallazgos
Requieren notificación inmediata	<ul style="list-style-type: none"> • Sondas de alimentación en bronquios. • Drenaje pleural desplazado. • Filtración de unión esófago/gástrica. • Neumotórax a tensión. • Pericarditis constrictiva. • Apendicitis aguda.
Requieren notificación en un tiempo razonable	<p>Hallazgos discrepantes con la interpretación inicial entregada al médico tratante (ej. tumor informado inicialmente con características benignas que corresponde a cáncer).</p> <p>Hallazgos que hacen sospechar un eventual resultado adverso en la salud del paciente o son inesperados (ej. cardiomegalia importante sin sospecha diagnóstica previa).</p>

7.4 | Ejemplo de listado de hallazgos críticos de anatomía patológica.¹⁵

Biopsias
<ul style="list-style-type: none"> • Hallazgos y/o diagnóstico que discrepa de manera significativa entre biopsia intraoperatoria y biopsia final. • Neoplasia maligna que no se consideraba como sospecha diagnóstica. • Biopsias renales con presencia de semilunas en >50% de los glomérulos. • Vasculitis. • Tejido adiposo en legrado endometrial. • Células mesoteliales en biopsia de tejido cardíaco. • Tejido adiposo en polipectomía endoscópica de colon. • Hallazgos compatibles con rechazo postrasplante. • Hallazgos de malignidad en Síndrome de Vena Cava Superior. • Bacterias en biopsia de médula ósea o tejido cardíaco. • Neoplasias que causan parálisis. • Cualquier microorganismo invasivo en biopsia de paciente inmunodeprimido.
Citologías
<ul style="list-style-type: none"> • Bacterias u hongos en LCR. • Pneumocystis, hongos, o cambios citopáticos virales en citología de lavado o cepillado broncoalveolar. • Bacilos ácido-alcohol resistentes en citología de paciente inmunodeprimido. • Hongos en punción PAAF de paciente inmunodeprimido. • Bacterias en biopsia de médula ósea. • Presencia de Herpes en citología cervicovaginal de paciente gestante en 3er trimestre. • Diagnóstico de lesión intraepitelial escamosa de alto grado en citología cervicovaginal.

Línea de acción 8: Prácticas para el abordaje de eventos adversos

Línea 8 | Productos

1. Definición institucional para el abordaje de eventos adversos (EA)
2. Modo de detección de incidentes de seguridad
3. Sistema de notificación de incidentes de seguridad
4. Cultura no punitiva para el abordaje de EA
5. Participación de los equipos de salud en EA
6. Análisis de causa-raíz de incidentes
7. Categorización de EA

Introducción

El objetivo general de esta línea es la promoción del diseño y el desarrollo de estrategias para el abordaje de eventos adversos, para lo cual se propone los siguientes objetivos particulares, que se vinculan con las siete sub-líneas de acción:

- Incluir el abordaje de los eventos adversos en el plan estratégico institucional (8.1)
- Diseñar sistemas y procedimientos para su detección efectiva (8.2-8.3)
- Incorporar al equipo de salud en el análisis de las causas (8.4-8.5)
- Desarrollar líneas de acción para su resolución o prevención (8.6)
- Desarrollar mejoras para disminuir el impacto sobre el paciente (8.7)

8.1. El abordaje de los EA está contemplado en el plan estratégico institucional

El análisis de los desvíos de los resultados de la atención con respecto a los objetivos planificados propone una serie de conceptos que abordaremos brevemente en esta introducción a la octava línea de acción. Si bien en el curso de una enfermedad pueden presentarse complicaciones, existen otros desvíos que ocurren como consecuencia del tratamiento en sí. Estos son los que se conocen como **eventos adversos (EA)**. Se define un EA como "un incidente que provoca lesión o daño al paciente, no intencional, consecuencia del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma". Sus consecuencias pueden ser la prolongación de la hospitalización, una secuela transitoria o constante, ambas o la muerte. En este último caso, se habla de un evento centinela. Para una lectura más clara, recomendamos la revisión de las definiciones incluidas en el material de referencia.^{1,2}

El proceso para el seguimiento de los eventos implica una definición precisa, un equipo dedicado y un registro sistemático. De esta manera, el ciclo estará dado por (1) monitorización regular, (2) reporte de tasas, (3) identificación de incrementos, estabilidad o descensos en la frecuencia, (4) análisis particular de cada complicación en busca de las causas que motivan modificaciones en las tendencias, y (5) propuesta de cambios en la política de abordaje de las mismas. Lo interesante del modelo, como en todas las estrategias ligadas a la calidad es que, si el mecanismo funciona correctamente, la misma herramienta para la identificación inicial debería brindar información sobre la magnitud del cambio experimentado como consecuencia de la modificación de las políticas implementadas.

El propósito de este manual es brindar una ayuda para la aplicación de estrategias para mejorar la seguridad del paciente, y la misma se define como “el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que velan por minimizar el riesgo de sufrir un EA en el proceso de atención de la salud y/o de mitigar sus consecuencias”.^{2,3} La seguridad involucra una mirada desde la perspectiva del paciente. Cuando las amenazas a esta seguridad se enfocan desde la mirada del profesional de la salud hablamos de **errores**. De acuerdo con Reason el error puede definirse a partir de la clasificación en (1) "deslices o fallas", entendidas como desvíos de la intención original que ocurren durante la ejecución, o (2) "error en sí", en los cuales no existe el desvío previo pero el plan propuesto es inadecuado para conseguir el fin de interés.⁴ Esquemáticamente, en un sentido cronológico, se puede hablar de errores de diagnóstico, de planificación o de ejecución.

En la relación de EA y errores (ver 8.7), se pueden apreciar errores que constituyen EA, otros que no ("casi falla", o *near miss*) y EA que no son errores (como reacciones idiosincrásicas a ciertas intervenciones). Desde la mirada de este manual, un EA atribuible a un error es un EA prevenible, y ahí es hacia donde debería enfocarse el esfuerzo.

Línea 8.1 | Paso a paso

Producto esperado: definición institucional para el abordaje de EA

1. **Primer paso:** relevar la existencia de referencias para el abordaje de EA en el plan estratégico de la institución. En caso de encontrarse, dichas referencias debieran ser utilizadas como criterio general para el desarrollo de los puntos siguientes de esta línea de acción.
2. **Segundo paso:** en caso de que no se hiciera mención al abordaje de EA en el plan estratégico de la institución, se recomienda elaborar una directriz general en articulación con la dirección, que sirva como marco de referencia general para el desarrollo de la línea de acción.

8.2. Utiliza una modalidad de detección de incidentes de seguridad

Tal como se comenta en el documento de “*Acciones*”, los principales enfoques para la reducción de los eventos adversos son dos: el establecimiento de un sistema de reporte voluntario y el uso de herramientas disparadoras (“global trigger tools” —GTT). Estos enfoques no son contrapuestos, sino complementarios. Con respecto al primero, se reconocen como fortalezas que brinda una descripción más precisa, que incorpora el contexto clínico y organizacional, y que no sólo detecta el evento en sí sino la capacidad del equipo para evidenciarlo, lo cual se asocia con una cultura más abierta a la conceptualización del error como un problema del sistema y no como la culpa de un agente en particular; en su contra, se puede mencionar que son poco sensibles, posibilitando la ocurrencia inadvertida de una gran cantidad de eventos.⁵ Por otro lado, el método GTT, basado en la revisión de historias clínicas, facilita la identificación de una mayor cantidad de eventos, aunque con menor detalle y menor precisión. De alguna manera, pueden pensarse como los equivalentes a las estrategias diagnósticas de confirmación (reporte de eventos) y screening o tamizaje (GTT).

La herramienta GTT fue desarrollada por el Instituto para la Mejora del Cuidado de la Salud (Institute for Healthcare improvement, IHI) y se compone básicamente de la definición de una serie de eventos “disparadores” que, cuando son aplicados por revisores entrenados, permiten una revisión estandarizada de las historias clínicas en busca de EA.⁶ El proceso básico implica la revisión manual de historias clínicas a intervalos regulares y una serie de acciones estandarizadas que se encuentran detalladas en los documentos de la organización.⁷

El modelo de trabajo muestra estas etapas: 1) incluir el proyecto en el esquema de trabajo organizacional, 2) definir el equipo, 3) entrenar a los miembros, 4) hacer una prueba con 10 historias clínicas reales, 5) definir el proceso (tamaño muestral, aleatorización, intervalos entre revisiones, áreas alcanzadas, ponderación de los EA a monitorear, etc.), 6) armar una sesión informativa inicial a los líderes institucionales, 7) implementar formalmente el programa GTT, y 8) fijar el flujo de información institucional.

Esta secuencia debería generar una serie de acciones en cada sector identificado tendientes a reducir el riesgo de nuevos EA relacionados. Los factores clave para que esta estrategia sea efectiva son 1) contar con una guía de “preguntas frecuentes” desarrollada localmente, 2) generar compromiso y obtener el consentimiento de los líderes de la organización, 3) contar con revisores calificados (al menos 5 años de experiencia, preferentemente en áreas críticas), 4) usar el documento “white paper” del IHI para el entrenamiento⁷, 5) evaluar si incluir o no la identificación de los pacientes y profesionales en base a las regulaciones locales y la capacidad de preservar la confidencialidad en los reportes, 6) tener en cuenta que los revisores requieren un mínimo de 3 a 4 meses para que el proceso se vuelva consistente, 7) conocer que, si bien las bases de datos estructuradas pueden ayudar en el proceso, no son un elemento indispensable y que se pueden lograr resultados relevantes usando planillas de cálculo, y 8) desarrollar un cronograma de trabajo para coordinar y generar confianza en el proceso de aleatorización, selección y revisión de las historias clínicas, autenticación de los profesionales, análisis, generación de reportes y disponibilidad de los mismos para los comités de seguridad.

Como se menciona en el documento de “*Acciones*”, dado que el enfoque de ambas estrategias (GTT y reporte voluntario) es la identificación de fallas en el sistema y no errores individuales, es fundamental crear previamente un clima de seguridad y confianza dentro de la organización. En esto puede ser de mucha utilidad la realización de ciclos de charlas con expertos que hayan implementado estrategias de este tipo en entornos similares.^{8,9} En estas charlas deberían estar presentes los representantes de las estructuras jerárquicas del hospital para apoyar el mensaje de que las estrategias de mejora de la seguridad benefician al paciente en primer lugar, pero también al equipo de salud. Las características de un registro de EA se desarrollan en el documento “Propuesta conceptual para un registro de eventos adversos”.

Línea 8.2 | Paso a paso

Producto esperado: modo de detección de incidentes de seguridad

1. **Primer paso:** relevar la existencia de herramientas o procesos de detección de incidentes de seguridad dentro de la institución, tanto de reporte voluntario como de herramientas disparadoras.
2. **Segundo paso:** en caso de contar con alguna modalidad ya instalada, evaluar su eficacia y la eventual necesidad de realizar modificaciones o adaptaciones en base a las recomendaciones aquí realizadas. En caso de no contar con ninguna modalidad de detección, diseñar el proceso y la herramienta de detección acorde, tomando en consideración el modelo de trabajo desarrollado en esta línea.
3. **Tercer paso:** comunicar a los equipos de salud involucrados las modalidades de detección definidas (ya sean adaptaciones en base a procesos previos o bien diseñadas íntegramente). Para ello se recomiendan instancias de intercambio, con participación activa de la dirección de la institución
4. **Cuarto paso:** implementar las modalidades de detección definidas, y llevar a cabo un proceso de monitoreo durante las primeras semanas para la adopción de estrategias correctivas, en caso de ser necesarias

8.3. Utiliza un sistema de notificación de incidentes de seguridad

Si bien el registro de reportes de EA es una pieza esencial de toda estrategia de mejora de la seguridad del paciente, su sola presencia o funcionamiento no garantiza resultado alguno. Más importante que el registro en sí es la respuesta que se brinde a los eventos identificados. Una de las maneras de mejorar la seguridad a partir de la identificación de EA es el análisis de causa raíz, que veremos más adelante.

Los extremos conceptuales de los registros de reportes de EA son los sistemas de rendición de cuentas (*accountability systems*) y aquellos con foco en el aprendizaje para la mejora de la seguridad. Si bien los registros usualmente se enfocan más en uno u otro, un balance entre ambos es posible.¹⁰ Siguiendo, mientras los registros con foco en el aprendizaje están enfocados al reporte interno y tienen un alcance más amplio (desde “casi fallas” hasta eventos graves) los otros se centran en eventos centinela y tienen la función de brindar cuentas sobre el desempeño institucional. Mientras los primeros son voluntarios, los segundos son mandatorios y sujetos a auditoría.

Dadas las características de este manual, elegimos centrarnos en el modelo de registro apuntado al aprendizaje organizacional. Liam Donaldson usa el ejemplo de la prueba del cable naranja para hacerse la pregunta de *cuándo el sistema de salud pasará una prueba asumida como rutinaria en otras disciplinas*, como por ejemplo, la aviación.¹¹ Se plantea la situación en la cual un técnico revisa un avión encontrando que una pieza esencial para el correcto funcionamiento del mismo (el cable naranja) tiene un desgaste no atribuible al uso habitual, lo cual lo lleva a la pregunta ¿qué pasará después? Seguramente, muchos aviones en diferentes partes del mundo serán revisados para evaluar el estado de sus cables naranjas. Seguidamente, expresa la visión de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS: “que un día sea posible que una mala experiencia sufrida por *un paciente en un lugar* del mundo sea fuente de un aprendizaje que se transmita a equipos de salud de todo el mundo para beneficiar a futuros pacientes”.

El esquema conceptual que proponemos para avanzar en el entendimiento de los registros de EA es:

- ¿Quién |
- ¿Qué | reporta?
- ¿Cómo |

¿Quién reporta?

De acuerdo con el tipo de registro serán diferentes los actores involucrados en el reporte. Mientras que en los sistemas de rendición de cuentas hay personal oficialmente designado dentro de la institución, en los sistemas basados en el aprendizaje se estimula a todo el personal a participar de la estrategia. Independientemente de la visión institucional y de las características del programa implementado, la participación de los diferentes roles profesionales es muy dispar. En una publicación basada en 26 hospitales de agudos durante 33 meses de monitoreo y más de 90 mil reportes de errores se observó la siguiente participación relativa de profesionales:¹²

- Enfermeros matriculados 47%
- Farmacéuticos 16%
- Técnicos de laboratorio 10%
- Administrativos 10%
- Auxiliares de enfermería 3%
- Médicos 1%

Este comportamiento puede obedecer a muchas razones, pero hay un concepto generalizado, aún entre diferentes países, de que los enfermeros reciben formación específica y son entrenados durante la carrera para reportar los EA, mientras que los médicos no sólo no la reciben sino que adicionalmente no lo hacen por "cortesía entre colegas" y para evitar las repercusiones del señalamiento de un profesional.¹³ Este hallazgo es consistente con otros.¹⁴

La tasa de reporte tiene habitualmente mucha variabilidad entre instituciones, y esto no necesariamente se relaciona con el tamaño del hospital, aunque parece haber una tendencia a mayor reporte en aquellos con más experiencia (uso por más de dos años).¹² Un dato que puede ser engañoso es observar una mayor tasa de reporte de EA y asumir que se corresponde con un hospital más inseguro, cuando en realidad puede reflejar el comportamiento de una institución con una cultura de seguridad del paciente más instalada, que impulsa el reporte y que integra los resultados en su estrategia de mejora de la calidad, enfatizando los problemas del sistema más que la culpa individual. El reporte de EA es útil en la captura de estos defectos del sistema, o errores "latentes" o "casi fallas" que pueden no detectarse durante la revisión de historias clínicas y es información muy relevante para nutrir los análisis de causa raíz.^{15,16} Ver línea 8.6.

¿Qué reporta?

Los tipos de registros de EA son muy variados y van desde modelos basados en texto libre donde se incluye todo tipo de eventos hasta otros con un enfoque mucho más reducido y definido (eventos relacionados con medicación o con dispositivos). Estos últimos tienden a ser mucho más estructurados que los primeros. De acuerdo con las características de cada servicio dentro de la institución, se define el tipo de registro que esté de acuerdo con la visión organizacional. Los registros más estructurados brindan información más precisa para el monitoreo de la tendencia de ciertos eventos definidos mientras que los registros abiertos tienen mayor capacidad de identificar nuevas áreas de riesgo. Las formas de envío de los reportes pueden variar desde el llenado a mano de formularios, el envío a través de un correo electrónico, una llamada telefónica o desarrollos cerrados específicos que incluyen validación de identidad de los usuarios. Una forma sencilla de implementar es la colocación de buzones (cajas cerradas) en lugares comunes, en los que los miembros del equipo de salud coloquen las planillas en forma anónima. Posteriormente, el equipo designado se encargará de retirar los reportes para su registro y análisis.

Desde el punto de vista de los eventos a reportar, sólo los nombraremos ya que fueron definidos previamente (ver 8.1):

- **Eventos adversos:** los registros basados en eventos son menos sensibles que los que registran también errores, pero proveen una vía más directa para la definición de acciones correctivas.
- **Errores:** el error, como se señala previamente, apunta a detectar las fallas en el equipo más que en las consecuencias de los mismos que puedan afectar a los pacientes. Si bien es válido el enfoque de que la identificación de un error puede alertar sobre futuros EA, aunque en la oportunidad de monitoreo vigente no se hayan detectado, un

registro exhaustivo de errores a nivel institucional es prácticamente imposible dado que la cantidad puede ser abrumadora.

- “Casi fallas”: el reporte de estos eventos tiene dos puntos a favor; por un lado, como se asume que las características subyacentes son las mismas que las de los EA, aprender de éstos implica ser capaces de prevenir más EA; por el otro, como no ocurre daño al paciente, el miembro del equipo involucrado estará libre de culpa, facilitando un ambiente de discusión más abierto y permeable a la mejora.
- **Riesgos o condiciones inseguras:**¹⁷ estos fenómenos son la versión más sensible del enfoque de seguridad del paciente. Si en el caso previo (“casi fallas”) se trataba de un error que no había llegado al paciente, en este caso no se trata siquiera de errores, sino de condiciones latentes que pueden terminar en un daño para el paciente. Ejemplos de este enfoque son la revisión periódica del funcionamiento de las alarmas de dispositivos como bombas de infusión y ventiladores mecánicos o el monitoreo de presentaciones farmacológicas con envases o nombres similares.

¿Cómo reporta?

El sistema de reporte de EA dependerá de las características del hospital en el cual se implemente. Si bien el llenado de un formulario electrónico suele ser la modalidad preferida, dado que facilita buena parte del procesamiento posterior, la implementación de la historia clínica electrónica (HCE) no tiene en este momento en la Argentina el nivel de adopción como para hacer una recomendación sólo para ese contexto.

En el caso de contar con la misma, se recomienda que el reporte tenga una integración parcial: que la HCE pueda servir como fuente de información y evitar duplicar la carga de datos ya registrados (identificación del paciente, sector de la atención) pero que el reporte no forme parte de la misma. De esa manera, se facilita el registro y reporte, pero se preserva la confidencialidad de la información capturada dentro de la institución. La recomendación que proponemos surge de la revisión de múltiples modelos y tiene un enfoque heterodoxo. Se aclara que esta propuesta es genérica y, por lo tanto, no tiene en cuenta las particularidades de cada ámbito. Se sugiere que cada servicio evalúe los eventos que considere más frecuentes y los incorpore específicamente. El esquema incluye, por un lado, una sucesión de campos estandarizados con menús de selección claros que incluyan información sobre:

- Datos demográficos y de identificación
- Fecha y hora del evento
- Localización dentro del hospital donde ocurrió el evento
- Personal involucrado
- Tipo de evento (clínico, medicación, administrativo, caídas, otros)
- Factores contribuyentes
- Impacto en el paciente (ver 8.7): desconocido, seguridad/entorno, casi falla, evento adverso (“llegó al paciente”).
- Tratamiento posterior

Pero también incorporar un campo de texto libre con preguntas disparadoras que permitan al usuario brindar la contextualización necesaria para entender un fenómeno tan complejo como

el que se está estudiando: ¿presenció el evento en forma directa o se lo refirieron? ¿dónde estaba usted cuando ocurrió? ¿cómo se dio cuenta? ¿quién o quiénes lo acompañaban en ese momento? (no preguntamos por nombres de personas sino por cantidad y roles), de acuerdo con su opinión ¿cuál fue el factor que motivó el evento? ¿el evento reportado fue evidente para varias personas o sólo usted lo identificó? ¿piensa que podría haberse evitado? ¿cómo? ¿piensa que puede repetirse? Algunos destacan que, más allá de proveer información más rica, la inclusión del texto libre tiene una retroalimentación positiva en quienes reportan, dado que sus relatos son escuchados y tenidos en cuenta para generar acciones de mejora.^{11,19}

Se recomienda que el tiempo requerido para este reporte no exceda los diez minutos, y se recomienda también que la implementación de este sistema de reporte se lleve a cabo sin identificación del usuario. El modelo se muestra en el documento “Registro de Eventos Adversos. Propuesta conceptual”

Línea 8.3 | Paso a paso

Productos esperados: sistema de notificación de incidentes de seguridad

1. **Primer paso:** relevar la existencia de sistemas de notificación de incidentes de seguridad dentro de la institución, tanto de reporte voluntario como de herramientas disparadoras.
2. **Segundo paso:** en caso de contar con algún sistema instalado, evaluar su eficacia y la eventual necesidad de realizar modificaciones o adaptaciones en base a las recomendaciones de esta línea. En caso de no contar con ningún sistema de notificación, diseñar la herramienta de notificación de incidentes de seguridad, tomando en consideración las recomendaciones realizadas para esta línea.
3. **Tercer paso:** comunicar a los equipos de salud involucrados sobre el sistema de notificación definido (ya sean adaptaciones en base a procesos previos o bien diseñadas íntegramente). Para ello se recomiendan instancias de intercambio, con participación activa de la dirección de la institución.
4. **Cuarto paso:** Implementar el sistema de notificación de incidente de seguridad, y llevar a cabo un proceso de monitoreo durante las primeras semanas para la adopción de estrategias correctivas, en caso de ser necesarias.

8.4. Promueve una cultura no punitiva para el abordaje de los eventos adversos

El concepto clave para el establecimiento de una cultura no punitiva es la convicción de que los EA y errores son síntomas de sistemas defectuosos y no defectos en sí. En relación a esto, la experiencia mostró que la confidencialidad en el manejo de la información reportada es clave para el logro de mejores resultados. El hecho de que la institución no tenga que identificarse como tal en un reporte externo (provincial, nacional) incrementa la probabilidad de generar una cultura no punitiva hacia adentro de la organización, para el mismo personal, incrementando su participación en el reporte de eventos.^{3,18}

La OMS listó en su borrador de guías para el reporte de EA las 8 características de los sistemas exitosos, y la "no punitividad" figura en el primer lugar, seguida de confidencialidad, independencia, análisis de expertos, credibilidad, oportunidad, orientación a sistemas y responsividad.¹⁷ El documento se refiere al carácter "no punitivo" como la característica más importante para el logro de un sistema de reporte de EA exitoso. No existen razones para tener una actitud punitiva con ningún miembro del equipo: con el que reporta ni con otro que sea mencionado en el reporte.

La "no punitividad" es de una importancia esencial para el equipo encargado de revisar, procesar y analizar los reportes, debiendo eliminarse toda referencia directa a miembros del equipo de salud. Como un sistema exitoso es aquél que logra proveer información útil para reducir los EA, en la medida que la "no punitividad" no esté garantizada, ningún usuario reportará un EA que haya pasado desapercibido para otros, y el sistema no cumplirá con su objetivo. De ahí que la segunda característica más relevante de los sistemas de reporte de EA sea la preservación de la confidencialidad. Cuando se logra institucionalizar esta visión, el establecimiento puede optar por incorporar la identificación del paciente en el que ocurrió el evento, y en etapas posteriores, cuando la maduración institucional lo permite, la identificación también del profesional. Para que esto pueda ponerse en práctica debería garantizarse el acompañamiento del equipo y de la institución al profesional que participó en el evento.

Línea 8.4 | Paso a paso

Producto esperado: cultura no punitiva para el abordaje de EA

1. **Primer paso:** en caso de contar con instancias de abordaje y revisión de EA, relevar y evaluar las estrategias de manejo, considerando si se trata de casos que pudieran ser punitivistas. En caso de contar con instancias de abordaje y revisión de EA, o bien en caso de registrarse acciones punitivistas, garantizar que tanto los procesos como las herramientas de relevamiento y notificación de EA no incluyan datos de identificación de los profesionales y, en caso de que este dato esté incluido en el reporte, sea eliminado por el equipo a cargo del análisis.
2. **Segundo paso:** consensuar y definir con la dirección y los equipos de salud las pautas de revisión y manejo de EA, de modo tal que se garantice un trato "no punitivista" que priorice la perspectiva organizacional. Se sugiere que esto sea tenido en cuenta por el comité de seguridad a la hora de definir los encuentros de revisión de EA.
3. **Tercer paso:** comunicar y difundir las pautas de revisión y manejo a los/as profesionales de salud de diferentes sectores involucrados.

8.5. Promueve la participación activa del personal de salud en el reporte de incidentes de seguridad

Una derivación directa del punto previo es que si se logra transmitir un enfoque no punitivo para el tratamiento de los EA, esto derivará en una mayor utilización del sistema y un incremento en la probabilidad de cumplir con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente.

Un ejemplo es el relatado por Dale Arroyo en el Hospital Naval de Oak Harbor, donde tenían un sistema para mejorar la seguridad del paciente que incluía el reporte obligatorio e identificado de los EA para su revisión por un miembro del hospital, que luego lo enviaba a un revisor regional. Con este esquema las revisiones tardaban semanas o meses antes de que una decisión pudiera tomarse, llevando al equipo hospitalario a vivir la experiencia de estar siendo observados sin recibir una devolución útil para la mejora de los objetivos. El nuevo sistema, acompañado de una política "no punitiva" hizo que se observara un incremento sostenido de más de 50% en los reportes de EA en los dos años siguientes a su implementación. Más aún, un aspecto especialmente relevante fue el incremento en los "autoreportes" y el resultado en las encuestas periódicas de que el 90% de los miembros del equipo se sentía seguro de sí mismo al reportar sus errores.¹⁹

El involucramiento del equipo hospitalario en el diseño del plan es clave para el éxito de una estrategia de estas características. La propuesta es que el equipo encargado del programa (comité de seguridad del paciente) presente los lineamientos generales y que convoque a

participantes clave para que brinden su mirada de cuáles serían las características a tener en cuenta para la aplicación en cada una de las áreas ponderadas. Esta función vinculante entre el comité de mejora de la seguridad del paciente y los equipos asistenciales de las unidades de internación no está descrita explícitamente como en otras líneas (ver línea 3) pero el funcionamiento es similar. El miembro del equipo que funcione como vínculo debería tener conocimiento de las estrategias para reducir los EA.

Algunas recomendaciones para la implementación de programas exitosos en este punto son: (1) impulsar y reforzar en forma continua el carácter "no punitivo" de la estrategia, (2) involucrar al personal del hospital, (3) contar con soporte técnico para los problemas de funcionamiento del sistema y (4) capacitar inicialmente a un equipo de sujetos clave para que entrene a la mayor cantidad posible de usuarios.

Línea 8.5 | Paso a paso

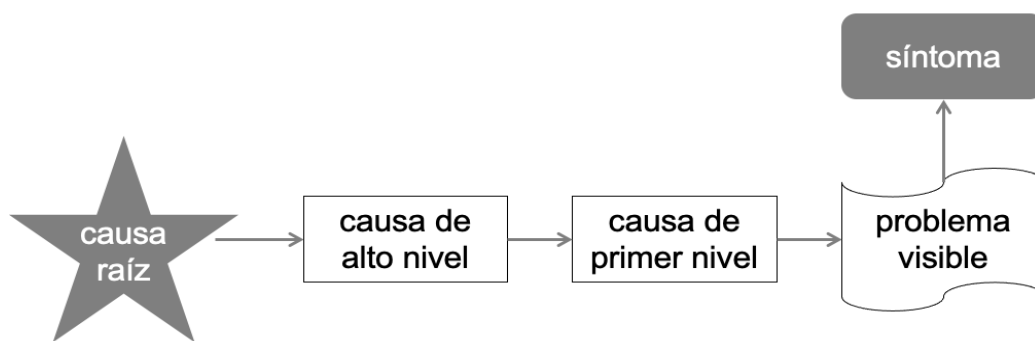
Producto esperado: participación de los equipos de salud en EA

1. **Primer paso:** en caso de que existieran instancias previas de abordaje de EA, evaluar el grado de participación de los equipos de salud en los mismos.
2. **Segundo paso:** en caso de no contar con instancias previas de abordaje de EA, o bien de que el grado de participación fuera bajo, integrar a profesionales de diferentes disciplinas y sectores a las reuniones de trabajo planificadas. Esto se recomienda especialmente para las reuniones iniciales de definición y diseño de estrategias o herramientas de trabajo, para promover su adhesión.

8.6. Existe una instancia de análisis causa-raíz de los incidentes reportados que permita diseñar acciones para su prevención

El análisis causa-raíz o de la raíz de la causa es un proceso de diagnóstico etiológico de un resultado inesperado. Desde la mirada de mejora de la calidad y de la seguridad del paciente, se propone la creación de un equipo independiente que pueda analizar los motivos que llevaron a la ocurrencia de un evento adverso. Desde la perspectiva de la Sociedad Norteamericana para la Calidad (ASQ)²⁰, la causa raíz motiva una causa de alto nivel, que genera una causa de primer nivel, que a su vez provoca un problema visible, que muchas veces se presenta como un síntoma (fig. 8.1).

Figura 8.1 | Causa-raíz de incidentes



Fuente: adaptación propia de Andersen B, Fagerhaug TN, 2014²⁰

Un enfoque posible para el abordaje es el modelo simplificado de seis pasos que brinda la ASQ:

1. Describir sucintamente el evento o el desvío que llevó al mismo.
2. Buscar causas a partir de un listado tan extenso como se pueda.
3. Buscar la causa raíz, ponderando cada una de las identificadas.
4. Buscar soluciones para resolver el problema y prevenir la recurrencia del evento.
5. Tomar medidas, implementar soluciones para asegurar que las cosas se mantengan de ese modo.
6. Medir y evaluar si el plan definido funcionó y resolvió el problema.

Línea 8.6 | Paso a paso

Producto esperado: análisis de causa-raíz de incidentes

1. **Primer paso:** relevar la existencia de instancias de evaluación de causa-raíz dentro de la institución.
2. **Segundo paso:** en caso de contar con dichas instancias, evaluar su eficacia y la eventual necesidad de realizar modificaciones o adaptaciones en base a las recomendaciones aquí realizadas. En caso de no contar con dichas instancias, crear un equipo independiente destinado al análisis de las causas de EA, en base a las recomendaciones aquí realizadas. Para garantizar su independencia, se recomienda que el equipo esté compuesto por personas externas al comité de seguridad.
3. **Tercer paso:** establecer un cronograma y modalidad de trabajo para el funcionamiento regular del equipo.

8.7. Existe una categorización de los EA basada, por ejemplo, en el nivel de impacto que son capaces de producir sobre el paciente

El registro de datos carece de sentido a menos que se siga de una acción para modificar las circunstancias que llevaron al evento reportado. Si bien en el punto 8.3 se hizo referencia a la necesidad de contar con información cualitativa para la caracterización del evento, esto debe balancearse con la incorporación de datos estandarizados que permitan la clasificación del mismo. Clasificar los EA permitirá agruparlos con eventos similares y brindar una respuesta más orgánica.

El Centro Nacional de Seguridad del Paciente de Veterans Health Administration provee en su manual una matriz que combina la gravedad de un EA clasificada en 4 categorías bien definidas (menor, moderada, mayor y catastrófica) con la probabilidad de que ocurran (frecuente, ocasional, poco común, remota) para construir una matriz y proveer una gradación del evento, que va de 1 a 3 (riesgo bajo, intermedio y alto), tal como se aprecia en la tabla 8.1:²¹

Tabla 8.2 | Clasificación de EA

Probabilidad y gravedad	Catastrófica	Mayor	Moderada	Menor
Frecuente	3	3	2	1
Ocasional	3	2	1	1
No común	3	2	1	1
Remota	3	2	1	1

Fuente: VHA National Patient Safety Improvement Handbook 1050.01, 2011

A modo de cierre, se provee una serie de lineamientos generales planteados por la OMS y la JCAHO para un esquema de clasificación ideal:

- Incluir un rango amplio y diverso de aspectos relacionados con la seguridad del paciente y que sean inclusivos de múltiples sectores asistenciales
- Identificar campos de datos de alta prioridad que sean importantes para los sistemas de salud
- Clasificar la información correspondiente al manejo clínico teniendo en cuenta dónde y cómo se cometió un error, las razones por las cuales el mismo se produjo y qué estrategias preventivas y correctivas podrían desarrollarse para evitar que ocurran o bien mitigar sus efectos y evitar su recurrencia.
- Proveer una vinculación significativa y abarcadora entre los factores que contribuyen a los errores y las fallas de los sistemas que llevan a los EA
- Facilitar el monitoreo, reporte e investigación de los EA y “casi fallas” a nivel de la salud pública, permitiendo que los datos agregados puedan combinarse y monitorearse longitudinalmente

Línea 8.7 | Paso a paso

Productos esperados: categorización de EA

1. **Primer paso:** relevar la existencia de una categorización/clasificación de EA en la institución.
2. **Segundo paso:** en caso de contar con una categorización/clasificación previa, evaluar su eficacia y la eventual necesidad de realizar modificaciones o adaptaciones en base a las recomendaciones previamente realizadas. En caso de no contar con una categorización/clasificación previa, realizar una categorización/clasificación de EA. Esta tarea puede ser llevada a cabo por el comité de seguridad o bien por un equipo de profesionales que se designe para tal fin.
3. **Tercer paso:** una vez definida la categorización/clasificación de EA, integrar a los procesos y herramientas de registro y notificación de EA para su uso.

Referencias bibliográficas

1. Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria. Acciones para la Seguridad de los Pacientes en el Ámbito de la Atención Sanitaria. Secretaría de Gobierno de Salud, 2019. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/acciones-seguridad-pacientes.pdf>
2. Subcomisión de Calidad en Salud y Seguridad del Paciente, Sociedad Argentina de Pediatría, Sabio Paz V, Panattieri ND, Cristina Godio F, Ratto ME, Arpi L, Dackiewicz N. Seguridad del paciente: glosario [Patient safety: Glossary]. Arch Argent Pediatr. 2015;113:469-472. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2015/v113n5a26.pdf>
3. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Kohn L, Corrigan J, and Donaldson M, eds. Washington, DC, National Academy Press, 1999.
4. Reason J. Human Error. Cambridge: Cambridge University Press, 1990; Impresión 20º, 2009.
5. 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 Affairs. 2011; 30:581-589.
6. Adler L, Denham CR, McKeever M, et al. Global Trigger Tool: Implementation Basics. J Patient Saf 2008;4:245-249
7. Griffin FA, Resar RK. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition). IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2009.
8. Davenport MC, Domínguez PA, Ferreira JP, et al. Detección de eventos adversos en pacientes pediátricos hospitalizados mediante la Herramienta de Disparadores Globales Global Trigger Tool. Arch Argent Pediatr 2017;115:357-363.
9. Fajreldines A, Schnitzler E, Torres S, et al. Medición de la incidencia de eventos adversos atribuidos a la atención sanitaria en un Departamento de Pediatría de un hospital universitario. Arch Argent Pediatr 2019;117:e106-e109
10. Teglock PE, Mellers BA. Chapter 11. Structuring Accountability Systems in Organizations: Key Trade-Offs and Critical Unknowns. En: National Research Council 2011. Intelligence Analysis:

- Behavioral and Social Scientific Foundations. Washington, DC: The National Academies Press, 2011.
11. World Health Organization. Draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. Geneva: World Health Organization, 2005.
 12. Milch CE, Salem DN, Pauker SG, et al. 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;21:165-170.
 13. Leape LL. Reporting of adverse events. *N Engl J Med.* 2002.
 14. Rowin EJ, Lucier D, Pauker SG, et al. Does error and adverse event reporting by physicians and nurses differ? *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2008;34:537-545.
 15. Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What practices will most improve safety: evidence-based medicine meets patient safety. *JAMA.* 2002;288:501-507.
 16. Ioannidis JP, Lau J. Evidence on interventions to reduce medical errors: an overview and recommendations for future research. *J Gen Intern Med.* 2001;16:325-34
 17. World Health Organization. World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action. World Health Organization, 2009. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69797>
 18. Quality Interagency Coordination Task Force. Doing what counts for patient safety: Federal actions to reduce medical errors and their impact. Washington, DC, Agency for Healthcare Research and Quality, 2000 (<https://web.archive.org/web/20030312043547/http://www.quic.gov/report/errors6.pdf>)
 19. Arroyo DA. A Nonpunitive, Computerized System for Improved Reporting of Medical Occurrences. En: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, et al., editors. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 4: Programs, Tools, and Products)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005 Feb. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20602/>
 20. Andersen B, Fagerhaug TN. *ASQ pocket guide to root cause analysis*. Milwaukee: American Society for Quality, Quality Press, 2014.
 21. VHA National Patient Safety Improvement Handbook 1050.01, marzo de 2011. Disponible en: https://www.va.gov/vhapublications/ViewPublication.asp?pub_ID=2389

Línea 9: El rol del paciente en la seguridad del paciente

Introducción

Históricamente, el cuidado de la salud tuvo un enfoque paternalista en el que el médico, que ocupaba el centro de la escena, era infalible, tenía la potestad del saber, tomaba las decisiones en forma autónoma y generaba una comunicación unidireccional, mientras que el paciente era un actor pasivo en la relación. Esto fue modificándose en las últimas décadas a lo que hoy se conoce y promueve como la **atención centrada en el paciente**.⁹ Este enfoque tiene en cuenta las diferencias, los valores y las experiencias de cada paciente y su familia, y los incluye en la planificación, ejecución y evaluación de la atención de la salud para mejorar la calidad y seguridad.¹⁻³ Este paradigma de atención requiere la participación activa de los pacientes en su cuidado, lo cual, además de devolverle el rol fundamental que se merece, ha mostrado mejorar la calidad de la atención y disminuir los eventos adversos (Tabla 9.1).⁴ Estos beneficios se deben a que los pacientes aportan las siguientes cualidades a la relación:⁴

- Conocen mejor que nadie sus síntomas y la respuesta a los tratamientos.
- Están muy interesados en su propio bienestar.
- Siempre están presentes (a menos que se vean afectados por factores fuera de su control), son los primeros en saber o sentir cuando un síntoma cambia y pueden comunicárselo a su equipo de atención.
- Su motivación y resiliencia pueden inspirar y movilizar al equipo de atención.
- A menudo conocen los procesos de atención mejor que el equipo de salud.

Tabla 9.1 | Mejoras en la atención con la participación de los pacientes y las familias.⁴

Área de mejora	Ejemplos de mejora
Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora en la higiene de manos y reducción de tasas de infección. • Autogestión de la medicación. • Menos incidentes de seguridad (ej. errores de medicación o caídas intrahospitalarias). • Identificación de posibles problemas de seguridad y prevención de eventos.
Atención centrada en el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la ansiedad y el estrés con la presencia de familiares. • Mejor comunicación con el equipo de salud. • Mejor comprensión de su estado de salud, las opciones y el plan de atención. • Mayor satisfacción del paciente y experiencia con la atención.
Coordinación de la atención	<ul style="list-style-type: none"> • Mejor planificación del alta y transición del hospital al hogar. • Mejora en el trabajo de los equipos interdisciplinarios.
Equidad	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor conciencia y consideración de las diversidades culturales.
Resultados en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora en la salud emocional del paciente. • Mejoría en los síntomas, movilidad y control del dolor. • Mejora en parámetros fisiológicos (ej. tensión arterial, glucemia). • Disminución de la mortalidad (ej. EPOC).

Efectividad y adecuación	<ul style="list-style-type: none"> ● Mejora en la atención y prestación de servicios (ej. personal con credenciales de identificación, rondas horarias). ● Disminución de las reinternaciones evitables. ● Reducción de la estadía hospitalaria.
Eficiencia	<ul style="list-style-type: none"> ● Reducción de costos por paciente en la estancia hospitalaria. ● Mejora en el reclutamiento y retención del personal. ● Menores costos por demandas contra el equipo de atención y el hospital.

Fuente: adaptación propia en base a Canadian Patient Safety Institute. Engaging Patients in Patient Safety, (2021)

A pesar de los beneficios mencionados, la participación de los pacientes representa en mayor o menor medida un cambio en la cultura de la organización y de los pacientes. Esto requiere un esfuerzo que debe promoverse desde los líderes en calidad y seguridad del paciente y los directivos institucionales. Para poder generar estos cambios, cada institución deberá evaluar internamente las barreras y facilitadores presentes (Tabla 9.2), para luego adaptar las acciones a tomar a su propio contexto.⁴

Tabla 9.2 | Barreras y facilitadores para la participación de los pacientes en la atención sanitaria

Barreras		
Pacientes	Equipo de salud	Infraestructura
<ul style="list-style-type: none"> ● Características socio-demográficas ● Caracterización como “paciente conflictivo” ● Falta de respuesta del equipo de salud ● Temor a la represalia ● Falta de conocimiento ● Fe ciega 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuestiones legales ● Carga de trabajo ● Ambivalencia ● Prejuicios 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fallas en la comunicación ● Problemas organizacionales ● Falta de cultura de atención centrada en el paciente
Facilitadores		
<ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes motivadores ● Compartir información con los pacientes ● Establecer relaciones de confianza ● Establecer atención centrada en el paciente ● Mejora de recursos organizacionales 		

Fuente: adaptación propia en base a Chegini et al (2021).⁴

Según esta evaluación de las características organizacionales, pueden establecerse distintos niveles de involucramiento de los pacientes: información, consulta, participación y asociación (Tabla 9.3).⁵ Estos niveles de participación son un continuo que se da tanto en la relación con el equipo de atención, como con las organizaciones sanitarias y las políticas de salud. Según el nivel de involucramiento, cada institución deberá tomar acciones acordes para generar los cambios de manera progresiva.

Tabla 9.3 | El continuo de la participación de los pacientes en la atención sanitaria

Niveles de participación	Información	Consulta	Participación	Asociación
Atención directa (micro = clínica)	Los pacientes reciben información de los profesionales (diagnóstico, tratamiento)	Los pacientes son consultados sobre sus percepciones	Decisiones compartidas sobre preferencias terapéuticas	Los pacientes toman sus propias decisiones en función de sus objetivos de vida
Instituciones de salud (meso = organizacional)	Los pacientes reciben documentación sobre su enfermedad	Grupos de discusión sobre temas específicos	Creación de comités con pacientes	Co-construcción de servicios, programas, proyectos de mejora de la calidad
Políticas de salud (macro = regulatorio)	Centro de información para pacientes y/o medios de comunicación	Asociaciones de pacientes	Recomendaciones de los pacientes sobre las prioridades sanitarias	Co-construcción de políticas de salud con pacientes/ciudadanos

Fuente: adaptación propia en base a Pomey y Label (2016).⁵

Acciones para el involucramiento de pacientes en la seguridad de atención

El tipo y grado de participación de los pacientes variará en cada institución según la evaluación interna de la cultura de seguridad, la atención centrada en el paciente y el nivel de participación de los mismos en la atención, teniendo en cuenta tanto el perfil del paciente como la etapa de la vida que atraviesa (niñez, embarazo, adulto). Por ello, las acciones a desarrollar deberán adaptarse en cada institución según su contexto.

Los pacientes deberían involucrarse en todas las líneas priorizadas que figuran en el manual, algunas de las cuales han sido desarrolladas en los capítulos correspondientes. Por ejemplo, el documento “*Acciones*” y la OMS han remarcado la participación de los pacientes en el programa de higiene de manos, las transfusiones seguras, la medicación sin daño y la cirugía segura.^{6,1,2}

En el documento “*Acciones*” se describen algunas recomendaciones para promover la participación de los pacientes, como capacitaciones multinivel e información para los pacientes.⁶ A nivel organizacional, es preciso reorganizar los procesos de atención y reorientarlos para que los servicios se centren en el paciente. Por último, la OMS sugiere incorporar la visión de los pacientes a través de pacientes “líderes” y creando Comités de pacientes asesores que se centren en la seguridad del paciente.⁸

A continuación se exponen sugerencias de la OMS (2016) para favorecer el involucramiento de los pacientes y consejos para pacientes de la Agencia de Investigación en Calidad y Salud de Estados Unidos (AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality).⁷

Sugerencias de la OMS para favorecer el involucramiento de los pacientes ²

1. Educar a los proveedores de atención médica sobre la participación de los pacientes
 - a. educar a los miembros del equipo de salud para que involucren a los pacientes, tanto a nivel organizacional como individual;
 - b. incluir la participación y la seguridad del paciente en los planes de estudio educativos a nivel de pregrado y posgrado;
 - c. desarrollar una cultura de aprendizaje, en lugar de una cultura de culpar.
2. Ayudar a los pacientes para que participen activamente
 - a. alentar a los pacientes a informar sobre incidentes de seguridad, casi-error y preocupaciones sobre la seguridad;
 - b. promover activamente los sistemas de retroalimentación de los pacientes;
 - c. dar retroalimentación a los pacientes sobre las acciones de seguimiento tomadas sobre los problemas que plantearon;
 - d. considerar una legislación que apoye a los pacientes y sus familias a involucrarse en asuntos relevantes para su seguridad;
 - e. brindar a los pacientes información adecuada, precisa y actualizada sobre el tratamiento y los problemas de seguridad en un lenguaje y formato fáciles de usar.
3. Ampliar las formas de participación de los pacientes
 - a. explorar formas alternativas de comunicarse con los pacientes, como el teléfono, el correo electrónico y las videollamadas en línea;
 - b. poner en marcha sistemas para facilitar el acceso de los pacientes a sus historias clínicas;
 - c. apoyar el trabajo de asociaciones de pacientes y voluntarios;
 - d. considerar campañas destinadas a concientizar al público sobre la necesidad y los beneficios de una mayor participación de los pacientes y sus familiares en la seguridad del paciente en la atención primaria.
4. Reconocer la importancia de las diferencias culturales
 - a. adaptar las estrategias de participación al contexto social y cultural local;
 - b. reconocer que los pacientes son parte de grupos sociales, familias y comunidades y que estas redes más amplias pueden ser una fuerza positiva para el cambio.
5. Generar un entorno propicio
 - a. alentar y facilitar la interacción entre los profesionales de la salud y el compromiso con los pacientes y sus familias;
 - b. promover la divulgación abierta sobre incidentes de seguridad a los pacientes;
 - c. vincular los sistemas de retroalimentación de los pacientes a los programas de mejora de la calidad de las instituciones, similar a los informes de incidentes reportados por el personal;
 - d. proporcionar información y apoyo para el autocuidado, como asesoramiento, grupos de apoyo y tutorías;
 - e. designar y apoyar a los líderes en seguridad del paciente en facilitar la participación de los pacientes;

- f. establecer mecanismos para la participación de los pacientes a nivel de sistemas de salud.

20 consejos de la AHRQ para que los pacientes se involucren activamente en la seguridad de su atención (modificado) ⁷

Medicamentos

1. Asegúrese de que todos los miembros del equipo de salud que lo atienden (médicos, enfermeros, etc.) estén informados de cada medicamento que usted está tomando. Esto incluye medicamentos con y sin receta, además de suplementos dietéticos, como las vitaminas y productos herbales.
2. Reúna y lleve todos sus medicamentos y suplementos a sus consultas médicas. Esta práctica les ayudará a usted y a su médico a hablar sobre sus medicamentos y descubrir si hay algún problema. También puede ayudar a su médico a mantener actualizado su registro y ayudarlo a usted a recibir una atención de mejor calidad.
3. Asegúrese de que todo el equipo de salud (médicos, enfermeros, etc.) esté enterado de cualquier alergia o reacción adversa a medicamentos que usted haya tenido. Esto puede ayudarlo a evitar que le den un medicamento que pueda hacerle daño.
4. Cuando su médico le escriba una receta, verifique que pueda leerla. Si no entiende la letra de su médico, probablemente tampoco la entenderá su farmacéutico.
5. Cuando recibe información sobre sus medicamentos, pídale a su médico o farmacéutico que utilice palabras que sean fáciles de entender, ya sea cuando le receten o le entreguen sus medicamentos:
 - ¿Para qué es el medicamento?
 - ¿De qué manera debo tomarlo y por cuánto tiempo?
 - ¿Qué efectos secundarios puede causar? ¿Qué hago si se presentan?
 - ¿Es seguro tomar este medicamento junto con otros medicamentos o suplementos dietéticos que estoy tomando?
 - ¿Qué alimento, bebida o actividades debo evitar mientras tomo este medicamento?
6. Cuando recoja su medicamento en la farmacia, pregunte: ¿Es este el medicamento que me recetó el médico?
7. Si tiene alguna duda sobre las instrucciones que vienen en la etiqueta del medicamento, pregunte. Las instrucciones del envase pueden ser difíciles de entender. Por ejemplo, pregunte si “cuatro veces al día” significa tomar una dosis cada 6 horas consecutivas o solamente durante las horas en que normalmente está despierto.
8. Pregunte a su farmacéutico con qué dispositivo se puede medir mejor su medicamento líquido. Por ejemplo, muchas personas usan cucharitas caseras, que a menudo no equivalen a una cucharadita de líquido. Los dispositivos especiales, como las jeringas marcadas, ayudan a medir la dosis correcta.
9. Pida información escrita sobre los efectos secundarios que puede causar su medicamento. Si conoce lo que puede suceder, estará mejor preparado si ocurre o si hay algún imprevisto.

Internaciones

10. Si está en un hospital, considere preguntar a todo el personal de salud que vaya a tocarlo, si se ha lavado las manos. El lavado de manos puede evitar la propagación de infecciones en los hospitales.
11. Cuando le estén dando de alta del hospital, pídale a su médico que le explique el plan de tratamiento que deberá seguir en casa. Esto incluye aprender sobre sus nuevos medicamentos, asegurarse de que sabe cuándo programar las citas de seguimiento y averiguar cuándo podrá volver a sus actividades normales. Es importante saber si debe o no seguir tomando los medicamentos que tomaba antes de su hospitalización. El obtener instrucciones claras puede ayudar a evitar un regreso inesperado al hospital.

Cirugía

12. Si lo van a operar, asegúrese de que usted, su cirujano y el resto del equipo (anestesiólogo, instrumentadora, enfermera, etc.) estén de acuerdo con lo que se va a hacer exactamente. Es raro que se haga una cirugía en el lugar equivocado (por ejemplo, que se opere la rodilla izquierda en vez de la derecha), pero es algo evitable. Se sugiere que el cirujano firme sus iniciales directamente en la parte donde operará antes de una cirugía.
13. Se ha visto que algunas cirugías complejas tienen mejores resultados en hospitales donde realizan ese procedimiento frecuentemente. Consulte con su cirujano si ésta es su situación y, en caso de ser conveniente, sobre una posible derivación.

Otras acciones

14. Exprese libremente todas sus inquietudes o preguntas. Tiene usted el derecho de hacerle preguntas a cualquiera que participe en su atención.
15. Asegúrese de que algún profesional, como su médico de cabecera, coordine su atención. Esto es aún más importante si usted tiene muchos problemas de salud o está en el hospital.
16. Asegúrese de que todos sus médicos tengan toda la información importante sobre su salud. No suponga que todos tienen toda la información que necesitan.
17. Pídale a un familiar o amigo que vaya con usted a las consultas. Aunque no necesite ayuda ahora, podría necesitarla más adelante.
18. Tenga en cuenta que "más" no siempre es "mejor". Le conviene averiguar por qué es necesario un examen o tratamiento y cómo puede ayudarle. Incluso puede que sea mejor no hacérselo.
19. Si le hacen un examen, no piense que todo está bien si no lo contactan para darle los resultados. Pregunte cómo y cuándo recibirá los resultados.
20. Aprenda sobre su condición y tratamientos, haciéndole preguntas a su médico y enfermero y usando otras fuentes confiables. Pregunte a su médico si su tratamiento se basa en la evidencia más reciente.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Regional Office for Europe. Exploring Patient Participation in Reducing Health-Care-Related Safety Risks. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2013. Accessed December 6, 2021. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326442>
2. World Health Organization. WHO Guideline on Self-Care Interventions for Health and Well-Being. World Health Organization; 2021. Accessed December 3, 2021. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342741>
3. Goodridge D, McDonald M, New L, et al. Building patient capacity to participate in care during hospitalisation: a scoping review. *BMJ Open*. 2019;9(7):e026551. doi:10.1136/bmjopen-2018-026551
4. Canadian Patient Safety Institute. Engaging Patients in Patient Safety – a Canadian Guide. Published online 2019. Accessed December 6, 2021. https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Patient-Engagement-in-Patient-Safety-Guide/Documents/EngagingPatientsInPatientSafety_EN_2020.pdf
5. Pomey MP, Lebel P. Patient Engagement: The Quebec Path. *Healthc Pap*. 2016;16(2):78-83.
6. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria - Reedición febrero 2021. Published online 2021. Accessed October 6, 2021. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/acciones-para-la-seguridad-de-los-pacientes-en-el-ambito-de-la-atencion-sanitaria-reedicion>
7. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Veinte consejos para ayudar a evitar errores médicos. Published online 2018. Accessed December 7, 2021. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/20tipssp.pdf>
8. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization. Published online 2021. Accessed December 6, 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
9. WHO World Health Alliance for Patient Safety. London Declaration: Patients for Patient Safety. Published online 2006. Accessed December 6, 2021. https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/London_Declaration_EN.pdf



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
Las Malvinas son argentinas

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: Manual de Seguridad del Paciente EX-2022-34231465- -APN-DNCSSYRS#MS

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 140 pagina/s.