ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA

MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES

NORMA NACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PUBLICACIÓN 549

Serie: Documentos Técnico Normativos

La Paz - Bolivia
2024

ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA

MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES

NORMA NACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PUBLICACIÓN 549

Serie: Documentos Técnico Normativos

La Paz - Bolivia
2024

R-BO
W84.4
M665n
No. 549
2024

Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Redes de Servicios de Salud.
Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad. Área de Calidad y Auditoría en Salud.
Norma Nacional de Seguridad del Paciente./Ministerio de Salud y Deportes; Marco Antonio Manguia Calizaya; Carlos Roberto Calizaya Morales; Ingrid Fridley Tapia Rivera. Coaut. La Paz: Stigma, 2024.

70p.: ilus. (Serie: Documentos Técnico Normativos No. 549)

Depósito legal: 4-1-373-2024 P.O.

I. SEGURIDAD DEL PACIENTE^snormas
II. ATENCIÓN AL PACIENTE^snormas
III. MANEJO DE ATENCIÓN AL PACIENTE^snormas
IV. SERVICIOS DE SALUD
V. CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD^snormas
VI. ESTRATEGIAS DE SALUD
VII. ÉTICA MÉDICA
VIII. BOLIVIA
1. t.
2. Serie
3. Manguia Calizaya, Marco Antonio; Calizaya Morales, Carlos Roberto; Tapia Rivera, Ingrid Fridley. Coaut.

"NORMA NACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE"
Área de Calidad y Auditoría en Salud, Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad, Dirección General de Redes de Servicios de Salud, Piso 7 Edificio "Torre Azul", Avenida 20 de octubre No 2665, Zona San Jorge. Tel: 591-2-2433545 /Fax: 591-2-2434306, www.minsalud.gob.bo

RM: Nº 0437 de 3 de septiembre de 2024
Depósito Legal: 4-1-373-2024 P.O.

Elaboración:
Dr. Carlos Roberto Calizaya Morales – Responsable del Área de Calidad y Auditoría en Salud a. i.
Dra. Ingrid Fridley Tapia Rivera – Profesional Técnico del Área de Calidad y Auditoría en Salud

Edición:
ACAL/URSSyC/DGRSS/VGSNS/MSyD

Diseño y diagramación:
Unidad de Comunicación/MSyD

Validación (Anexo editorial)
Revisión: Dr. Marco Antonio Manguia Calizaya – Jefe de la Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad
Revisión final: Dr. Yecid Ramiro Humacayo Morales – Director General de Redes de Servicios de Salud

Comité Técnico de Revisión de Publicaciones CTRP/DGPPS
Comité de identidad Institucional y Publicaciones CIIP/VGSNS

- Dra. Mariana Camila Ramírez López
- Dr. Juan Marcos Rodríguez Morales
- Dra. Sdenka Maury Fernández
- Dr. Reynaldo Aguilar Álvarez
- Dra. Claudia Reas Mayta
- Dra. Tania Huanca Uluri
- Tec. Rodrigo Omar Chipana Cortez
- Tec. Marcelo Martinez Quisbert

La Paz, Área de Calidad y Auditoría en Salud - Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad - Dirección General de Redes de Servicios de Salud - Comité de Identidad Institucional y Publicaciones - Viceministerio de Gestión del Sistema Nacional de Salud – Ministerio de Salud y Deportes – 2024

© Ministerio de Salud y Deportes 2024

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia, se autoriza su reproducción, total o parcial, siempre que no sea con fines de lucro, a condición de citar la fuente y la propiedad.
Impreso en Bolivia.

MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES

AUTORIDADES NACIONALES

Maria Renée Castro Cusicanqui
MINISTRA DE SALUD y DEPORTES

Dr. Max Francisco Enríquez Nava
VICEMINISTRO DE PROMOCIÓN, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y MEDICINA TRADICIONAL

Dra. Mariana Camila Ramirez López
VICEMINISTRA DE GESTIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD a.i.

Soraya Karen Palenque Gutierrez
VICEMINISTRA DE DEPORTES a.i.

Dr. Yecid Ramiro Humacayo Morales
DIRECTOR GENERAL DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD

PRESENTACIÓN

El Estado Plurinacional de Bolivia, a través del Ministerio de Salud y Deportes, en cumplimiento al mandato de la Constitución Política del Estado Plurinacional y con el fin de garantizar un Sistema Único de Salud, universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, con calidad, calidez y participación social para todas las bolivianas y bolivianos; presenta la “Norma Nacional de Seguridad del Paciente», normativa elaborada en el marco de la Agenda Patriótica, del Plan de Desarrollo Económico y Social 2021-2025, Plan Sectorial de Desarrollo Integral 2021-2025 del Sector Salud, Plan Estratégico Institucional 2021-2025 y el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

La “Norma Nacional de Seguridad del Paciente», se constituye en uno de los pilares fundamentales de la Política Nacional de Calidad en Salud, cuyo objetivo principal se centra en establecer medidas y metas orientadas a la prevención de riesgos, eventos adversos y/o consecuencias no deseadas que se puedan suscitar durante el proceso de atención en salud. Esta normativa busca establecer actividades organizadas teniendo como principios transversales a la atención centrada en la persona, un enfoque biopsicosocial, la comunicación efectiva con el paciente y su familia, todo bajo una cultura de seguridad.

De esa forma brindar atención en salud integral, intercultural, oportuna, continua e ininterrumpida a toda la población en los tres subsectores de salud: público, seguridad social de corto plazo y privado; contribuyendo a la reducción de los índices de morbimortalidad de la población que reside en el Estado Plurinacional de Bolivia.

María Renée Castro Cusicanqui
MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES

ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Resolución Ministerial Nº 0437

03 SEP 2024

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, el Parágrafo I del Artículo 35 de la Constitución Política del Estado, dispone que, el Estado en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

Que, el Artículo 37 del Texto Constitucional, determina que, el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Que, los incisos a) y c) del Artículo 3 de la Ley N° 3131, de 8 de agosto de 2005, del Ejercicio Profesional Médico, establecen dentro los principios: la profesión médica está consagrada a la defensa de la vida, cuidado de la salud integral de la persona, familia y comunidad; el médico en el ejercicio de su profesión actuará con autonomía e independencia, guiado por normas y protocolos vigentes.

Que, el inciso a) del Artículo 13 de la Ley N° 3131, prevé dentro los derechos del paciente recibir atención médica, humanizada y de calidad.

Que, el numeral 1 del Parágrafo I del Artículo 81 de la Ley N° 031, de 19 de julio de 2010, Marco de Autonomías de Descentralización "Andrés Ibáñez", dispone dentro las competencias asignadas al nivel central del Estado elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionados con la salud.

Que, el Artículo 3 del Código de Salud aprobado por Decreto Ley N° 15629, de 18 de julio de 1978, preceptúa que corresponde al Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, al que este Código denominará Autoridad de Salud, la definición de la política nacional de salud, la normación, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna.

Que, el Artículo 2 del Decreto Supremo N° 28562, de 22 de diciembre de 2005, Reglamento a la Ley N° 3131, del Ejercicio Profesional Médico, determina que todo el Sistema Nacional de Salud se regirá por la normativa vigente elaborada y validada por el Ministerio de Área de Salud.

Que, el Artículo 5 del Decreto Supremo N° 29601, de 11 de junio de 2008, establece que el modelo de atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.

Que, el inciso w) del Parágrafo I del Artículo 14 del Decreto Supremo N° 4857, de 06 de enero de 2023 señala como atribución de las Ministras y los Ministros del Órgano Ejecutivo, emitir Resoluciones Ministeriales, así como bi-ministeriales y multiministeriales en coordinación con las Ministras (os) que correspondan, en el marco de sus competencias.

Que, los incisos b) y o) del Artículo 84 del Decreto Supremo N° 4857, determinan como atribuciones de la Ministra (o) de Salud y Deportes, en el marco de las competencias asignadas al nivel central por la Constitución Política del Estado ejercer la rectoría, regulación y conducción sanitaria del sistema de salud; Elaborar normas y reglamentos para el ejercicio de la profesión en el sector de salud.

Que, mediante Acta de Reunión del Comité de Coordinación Técnica (COCOTEC), de 13 de diciembre de 2023, se valida el documento técnico normativo: "Norma Nacional de Seguridad del Paciente".

Que, a través del Acta de Comité de Identidad Institucional y Publicaciones, de 30 de julio de 2024, se da la aprobación al documento técnico normativo: "Norma Nacional de Seguridad del Paciente", asignando el número de publicación N° 549, dentro la serie Documentos Técnico Normativo.

Que, por Informe Técnico MSyD/VGSNS/DGRSS/URSSyC/ACAL/IT/30/2024, de 21 de agosto de 2024, la Dirección General de Redes de Servicios de Salud a través del Área de Calidad y Auditoría en Salud de la Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad, concluye manifestando que el documento técnico

normativo "Norma Nacional de Seguridad del Paciente" ha sido elaborado con la colaboración técnica y financiera de la OPS/OMS, el cual, establece estrategias y lineamientos para orientar las acciones del sector salud, el mismo cuenta con la validación del Comité de Coordinación Técnica y aprobación del Comité de Identidad Institucional y Publicaciones; por lo que, otorgan viabilidad técnica al referido documento, requiriendo la emisión de la Resolución Ministerial.

Que, el Informe Legal MSyD/DGAJ/UAJ/IL/1009/2024, de 26 de agosto de 2024, concluye manifestando que es procedente la emisión de la Resolución Ministerial que apruebe el documento técnico normativo: "Norma Nacional de Seguridad del Paciente", asignado con el número de publicación N° 549, en estricto cumplimiento a lo dispuesto en los incisos b) y o) del Artículo 84 del Decreto Supremo N° 4857, de 6 de enero de 2023, de Organización del Órgano Ejecutivo; toda vez que, no contraviene a las normas jurídicas vigentes.

POR TANTO:

LA MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES, en uso de las atribuciones que le confiere el Decreto Supremo N° 4857 de 06 de enero de 2023, Organización del Órgano Ejecutivo.

R E S U E L V E:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR el documento técnico normativo: **"NORMA NACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE"**, asignado con el N° 549, que en Anexo forma parte integrante e indisoluble de la presente Resolución Ministerial.

ARTÍCULO SEGUNDO.- AUTORIZAR al Área de Calidad y Auditoría en Salud de la Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad dependiente de la Dirección General de Redes de Servicios de Salud, la impresión del mencionado documento, debiendo depositarse un ejemplar en Archivo Central del Ministerio de Salud y Deportes.

ARTÍCULO TERCERO.- La presente Resolución deberá ser publicada en la Página Web Institucional, http://www.minsalud.gob.bo.

ARTÍCULO CUARTO.- El Viceministerio de Gestión del Sistema Nacional de Salud, a través de la Dirección General de Redes de Servicios de Salud, queda encargado de la ejecución y difusión del mencionado documento.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Abg. Marck M. Salazar Balderrama
DIRECTOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Dra. Mariana Camila Ramirez Lopez
VICEMINISTRA DE GESTIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD a.i.
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Lic. María Renee Castro Cusicanqui
MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES
Estado Plurinacional de Bolivia

V°B° Abg. Sorianga JEFE UNIDAD ANALISIS JURIDICO MSyD

V°B° X.A.C.H. MSyD

INTRODUCCIÓN

La Seguridad del Paciente, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es “un marco de actividades organizadas que crea culturas, procesos, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos en la atención de salud que disminuyen los riesgos asociados a la misma de forma constante y sostenible, reducen la aparición de daños evitables, hacen que sea menos probable que se cometan errores y atenúan el impacto de los daños cuando se producen”.

La Seguridad del Paciente es un componente primordial de la Calidad en Salud y representa un desafío global para los sistemas de salud, debiendo abordarse desde perspectivas diferentes, incorporando conceptos y tendencias actuales a nivel mundial, nacional y local en lo que corresponde a los procesos de gestión de la calidad de la atención en salud.

En Bolivia, el Sistema Nacional de Salud, Sistema Único de Salud (SUS) y el modelo inclusivo de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), están priorizando la mejora continua de la calidad en salud y aspectos concernientes a la Seguridad del Paciente, razón por la cual se elabora la “Norma Nacional de Seguridad del Paciente”, que tiene como objetivo: Establecer lineamientos estratégicos generales con el fin de prevenir y evitar los eventos adversos que pueden ocurrir al brindar atención en los establecimientos de salud y de esta manera incidir en mejorar la salud de todas las bolivianas y bolivianos.

La Norma Nacional de Seguridad del Paciente es de cumplimiento obligatorio para todo el Sistema Nacional de Salud y debe ser aplicada a nivel nacional, con implementación prioritaria y sistemática, para lograr un impacto positivo en la calidad y eficacia de todo el Sistema Nacional de Salud. El seguimiento y control del cumplimiento de los distintos lineamientos estratégicos y metas de la Norma Nacional de Seguridad del Paciente, de acuerdo a su nivel de complejidad, está a cargo de los SEDES y la ASUSS, quienes reportaran e informaran al Ministerio de Salud y Deportes como ente rector del sector.

En este documento se consideran todos los aspectos generales que involucran la gestión de la Seguridad del Paciente, consensuados en 3 capítulos:

En el primer capítulo “Generalidades” se presentan los antecedentes, marco normativo, alineación y contribución a las normas de salud, justificación, objetivos, alcance y definiciones.

En el segundo capítulo “Seguridad del Paciente” se desarrolla la clasificación internacional, los principios, la gestión, prevención de los incidentes y eventos adversos y cultura de la seguridad del paciente.

En el tercer capítulo “Prácticas Seguras” se exponen las 6 metas internacionales, el sistema de registro y notificación de eventos adversos e incidentes, las condiciones esenciales, la investigación y la educación en seguridad del paciente.

CONTENIDO

CAPÍTULO 1: GENERALIDADES 17
1.1 ANTECEDENTES GENERALES 17
1.2 MARCO NORMATIVO 18
1.2.1 MARCO NORMATIVO NACIONAL 18
1.2.2 MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL 19
1.3 ALINEACIÓN Y CONTRIBUCIÓN A LAS NORMAS DE SALUD 21
1.4 JUSTIFICACIÓN 22
1.5 OBJETIVOS 23
1.5.1 OBJETIVO GENERAL 23
1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS 24
1.6 ALCANCE 24
1.7 DEFINICIONES 24

CAPÍTULO 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE 26
2.1 ASPECTOS GENERALES 26
2.2 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (CISP) 28
2.3 PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 30
2.4 GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 31
2.5 PREVENCIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS 33
2.6 CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 34

CAPÍTULO 3: PRÁCTICAS SEGURAS 36
3.1 METAS INTERNACIONALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 36
META 1: IDENTIFICAR CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES 36
META 2: MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA 38
META 3: MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS 41
META 4: GARANTIZAR CIRUGÍAS DEL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO Y EL PACIENTE CORRECTO 48
META 5: REDUCCIÓN EN LOS RIESGOS DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS) 52
META 6: REDUCIR RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS 55
3.2 SISTEMAS DE REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES 57
3.3 CONDICIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 58
3.4 INVESTIGACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE 59
3.5 EDUCACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE 62

BIBLIOGRAFÍA 63
ANEXO EDITORIAL 69

ÍNDICE DE CUADROS:

CUADRO 1: ÁREAS DE ACCIÓN SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS DIFERENTES NIVELES DE GESTIÓN 31
CUADRO 2: LISTA DE ABREVIATURAS QUE SE DEBEN EVITAR DURANTE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA 43
CUADRO 3: IDENTIFICACIÓN POR MARCAS DE COLORES, DE LOS ELECTROLITOS CONCENTRADOS 45
CUADRO 4: ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN 51
CUADRO 5: NIVEL DE MADUREZ DE LAS CONDICIONES MÍNIMAS 58
CUADRO 6: ÁREAS PRIORITARIAS PARA LA INVESTIGACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE 60
CUADRO 7: PERSPECTIVA INDIVIDUAL Y COLECTIVA DEL ESTUDIO DE LOS RESULTADOS ADVERSOS 61

INDICE DE FIGURAS:

FIGURA 1: LOS CINCO NIVELES DE LA ATENCIÓN 28
FIGURA 2: MARCO CONCEPTUAL DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 29
FIGURA 3: MARCO CONCEPTUAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 60
FIGURA 4: ESTRATEGIA PARA APLICAR UNA PRÁCTICA SEGURA: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA 62

SIGLAS

ASUSS	Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo
CISP	Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente
ETA	Entidad Territorial Autónoma
IAAS	Infecciones Asociadas a la Atención en Salud
IBEAS	Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos
IHI	Institute for Healthcare Improvement (Instituto para la Mejora de la Atención Sanitaria)
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones Sanitarias)
MISP	Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (Instituto Nacional de Salud y Excelencia en la Atención)
NN	Ningún Nombre
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIOC	Pueblo Indígena Originario Campesino
PRONACS	Proyecto Nacional de Calidad en Salud
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SNS	Sistema Nacional de Salud
SUS	Sistema Único de Salud
WHA	World Health Assembly (Asamblea Mundial de la Salud)

CAPÍTULO 1: GENERALIDADES

La Seguridad del Paciente es un componente primordial de la Calidad en Salud y un derecho reconocido de las personas, es esencial para que los procedimientos tengan buenos resultados para así reducir los riesgos en las atenciones de salud, teniendo en cuenta el principio de "*Primun Non Nocere*" (lo primero es no hacer daño) en toda práctica asistencial.

A través de la presente norma, se establecen los lineamientos estratégicos basados en la mejor evidencia científica disponible para la implementación de fundamentos, procesos y procedimientos destinados a salvaguardar la Seguridad de los Pacientes durante las atenciones en salud.

1.1 ANTECEDENTES GENERALES

Una de las formulaciones más destacadas desde la época de Hipócrates es precisamente el "*Primun Non Nocere"* como principio fundamental de la práctica médica, también reflejado en la práctica de la medicina en el Juramento Hipocrático, que contempla lineamientos de **ética médica** y Seguridad del Paciente, evitando hacerle cualquier daño y dedicándole todos los esfuerzos a su recuperación. (1)

Desde tiempos inmemoriales se ha considerado un acto noble el cuidado de una persona que padece cualquier patología, buscando siempre el bien y el mejor beneficio mediante una buena práctica, evitando descuidos que causen daño y/o lesiones que agraven el estado de la persona. (2)

Diversas culturas basadas en tradiciones, normas o reglas han evolucionado a lo largo del tiempo para desarrollar una mejor forma de brindar atención médica en el contexto de sus tiempos (3), situación que ha conducido al desarrollo de las bases para la seguridad en la atención al paciente.

Algo relacionado con la gestión de la calidad en los hospitales en el siglo XX, fue el planteamiento del Dr. Ernest Codman en 1916, al divulgar los resultados positivos y negativos de la atención brindada en los hospitales, los cuales se podían estudiar y mejorar (diagnóstico y tratamiento) comparándolos con los resultados de otros hospitales. En este sentido, el Colegio Americano de Cirujanos ante el aumento de quejas y demandas derivadas de los malos resultados de la atención en Estados Unidos tomo en consideración estas acciones, para exigir a las instituciones de salud el cumplimiento de los estándares de calidad. (1)

Un estudio de la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale publicado en 1964 (4) advertía sobre los daños iatrogénicos a los pacientes ingresados en el hospital después de auditar un hospital. El veinte por ciento de los ingresos hospitalarios presentaban lesiones de esta naturaleza, siendo una de cada cinco lesiones graves. Este tipo de investigación ha despertado el interés y la motivación de otros profesionales para realizar otras investigaciones, desde entonces, la identificación de malos resultados en los servicios de salud se ha vuelto cada vez más importante, obligando a diferentes países a tomar las medidas necesarias en el personal de salud y en las organizaciones del sector.

Durante la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra en 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS), se reconoció la necesidad de promover la seguridad del paciente como uno de los principios fundamentales del sistema de salud y propuso estrategias conjuntas para mejorar la calidad de la atención en salud. En octubre de 2004, estableció la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en respuesta a la Resolución 55.18 de la Asamblea Mundial de la Salud, que instó a la OMS y a los países miembros a prestar la mayor atención a los problemas de Seguridad del Paciente.

Esta alianza promueve la concientización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención y apoya a los países miembros en el desarrollo de políticas y prácticas de Seguridad del Paciente.

Esta alianza propone hacer realidad el compromiso de los países miembros de la OMS para mejorar la seguridad en la atención de la salud, mediante la mejora de los procesos de atención en los establecimientos de salud, la aplicación de buenas prácticas de atención y el desarrollo de políticas de Seguridad del Paciente. El 2005 se creó esta alianza para lanzar el Primer Reto Global de Atención Segura OPS-OMS, que es la "Atención Limpia es una atención segura", siendo el punto de partida para el desarrollo de la Seguridad del Paciente a nivel mundial (5) (6), y de esta forma pasar al Segundo Reto Global: «Cirugía Segura» y al Tercer Reto Global: «Medicación sin daños».

En cuanto a América Latina, en 2007, se realizó el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos - IBEAS (sobre la prevalencia de efectos adversos en Hospitales de Latinoamérica) en conjunto con la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, en 58 hospitales de cinco países (Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú), donde se pudo demostrar que la incidencia de eventos adversos registrados fue 10,5 %, de los cuales 60 % se consideraron evitables, así como 6 % de las muertes. Los resultados y métodos de este estudio se publicaron unos años más tarde, en el año 2011. (7). Por la escala y calidad de su diseño, se convirtió en una referencia obligada para las publicaciones sobre seguridad del paciente y eventos adversos. (8) (9)

Es así que el Estado Plurinacional de Bolivia a través del Ministerio de Salud y Deportes impulsa la Seguridad del Paciente, como aspecto esencial de la calidad en los servicios de salud, con el fin de desarrollar estrategias que mejoren la calidad de atención, como el estudio de eventos adversos, la gestión de riesgos en la atención de la salud, contribuyendo así a brindar una atención segura en los Establecimientos de Salud.

Con la presente Norma, el Estado Plurinacional de Bolivia ahora cuenta con una normativa nacional específica en materia de Seguridad del Paciente, que establece estrategias y lineamientos para orientar las acciones del sector, como la tienen otros países de la región.

1.2 MARCO NORMATIVO

1.2.1 MARCO NORMATIVO NACIONAL

El Marco Normativo Nacional que sustenta la implementación de la Norma Nacional de Seguridad del Paciente, es la siguiente:

- Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, de 7 de febrero de 2009.
- Ley de 14 de diciembre de 1956, Código de Seguridad Social.
- Ley N° 3131, de 8 de agosto de 2005, del Ejercicio Profesional Médico.
- Ley N° 031, de 19 de julio de 2010, Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Ibáñez".

- Ley N° 223, de 2 de marzo de 2012, General para Personas con Discapacidad.

- Ley N° 650, de 19 de enero de 2015, “Agenda Patriótica del Bicentenario 2015 - 2025”.

- Ley N° 1407, de 9 de noviembre de 2021, Plan de Desarrollo Económico Social 2021 – 2025 “Reconstruyendo la Economía para Vivir Bien, hacia la Industrialización con Sustitución de Importaciones”.

- Decreto Ley Nº 15629, de 18 de julio de 1978, Código de Salud.

- Decreto Supremo N° 25233, de 27 de noviembre de 1998, Organización, Atribuciones y Funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud.

- Decreto Supremo N° 28562, de 22 de diciembre de 2005, Reglamento a la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico.

- Decreto Supremo N° 29601, de 11 de junio de 2008, Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural – SAFCI.

- Decreto Supremo N° 3561, de 16 de mayo de 2018, crea la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASUSS).

- Decreto Supremo N° 4857, de 06 de enero de 2023, de Organización del Órgano Ejecutivo.

- Resolución Ministerial N° 0025, de 14 de enero de 2005, que aprueba el “Reglamento General de Hospitales”.

- Resolución Ministerial N° 0090, de 26 de febrero de 2008, que aprueba las “Bases para la Organización y Funcionamiento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud” (PRONACS).

- Resolución Ministerial N° 0766, de 30 de diciembre de 2022, que aprueba el “Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien Sector Salud PSDI-S”

- Resolución Ministerial N° 0051, de 06 de febrero de 2023, que aprueba el “Plan Estratégico Institucional 2021 – 2025”.

- Resolución Ministerial N° 0414, de 04 de julio de 2023, que aprueba la “Política Nacional de Calidad en Salud”.

1.2.2 MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL

- **55 ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 13-18 de mayo de 2002** (10)

  “Calidad de la atención: seguridad del paciente

  Reconociendo la necesidad de promover la seguridad del paciente como uno de los principios fundamentales de los sistemas de salud.

2. PIDE a la Directora General que, en el contexto de un programa relativo a la calidad:

1) elabore normas, patrones y directrices mundiales sobre la calidad de la atención y la seguridad del paciente que permitan definir, medir y notificar los eventos adversos de la atención de salud, producidos o que se haya logrado evitar, examinando las experiencias de los programas existentes y recabando aportaciones de los Estados Miembros, a fin de proporcionar apoyo para el desarrollo de sistemas de notificación, la adopción de medidas preventivas y la aplicación de medidas de reducción de los riesgos

2) promueva la formulación de políticas fundamentadas en pruebas científicas, con inclusión de normas mundiales que permitan mejorar la atención al paciente, prestando especial atención"

- **57ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 17-22 de mayo de 2004** (11)

  "Asuntos técnicos y sanitarios:
  12.12 Calidad y seguridad de los medicamentos: sistemas de reglamentación"

- **Primer Reto Mundial en pro de la Seguridad del Paciente**: Una atención limpia es una atención más segura 2005-2006. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la Salud. (12)

- **Segundo Reto Mundial en pro de la Seguridad del Paciente:** La cirugía segura salva vidas. 2008. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la Salud. (13)

- **Tercer Reto Mundial en pro de la Seguridad del Paciente:** Medicación sin daños 2017. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la Salud. (14)

- **Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS)** (sobre la prevalencia de efectos adversos en Hospitales de Latinoamérica) (15)

- **57ª Consejo Directivo. 71ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas** (16) Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2019.

  Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025

  - Línea estratégica de acción 1: Implementar procesos permanentes para mejorar la calidad de la atención a las personas, las familias y las comunidades en la prestación de servicios integrales de salud
  - Línea estratégica de acción 2: Fortalecer la rectoría y la gobernanza de los sistemas de salud para desarrollar una cultura de calidad y promover la mejora sostenida en la prestación de servicios integrales de salud
  - Línea estratégica de acción 3: Establecer estrategias de financiamiento que promuevan la mejora de la calidad de la atención en la prestación de servicios integrales de salud

- **<u>72 ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 20-22 de mayo de 2019</u>** (17)

  - INSTA a los Estados Miembros a:
    1) reconocer la seguridad del paciente como una prioridad sanitaria en las políticas y programas del sector de la salud y a convertirla en un componente esencial para fortalecer los sistemas de atención de la salud con miras a lograr la cobertura sanitaria universal;
    3) elaborar y aplicar políticas, leyes, estrategias, orientaciones y herramientas nacionales y a destinar los recursos adecuados, con el fin de reforzar los sistemas y garantizar la seguridad de todos los servicios de salud, según proceda;
    4) trabajar en colaboración con otros Estados Miembros, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones de pacientes, asociaciones profesionales, instituciones académicas y de investigación, la industria y otras partes interesadas pertinentes para promover y priorizar la seguridad del paciente e incorporarla a todas las políticas y estrategias de salud;
    14) considerar la posibilidad de participar cada año en las Cumbres Ministeriales sobre Seguridad del Paciente;

  - PIDE al Director General
    1) que subraye la seguridad del paciente como prioridad estratégica fundamental de la labor de la OMS en el programa relativo a la cobertura sanitaria universal;
    2) que elabore orientaciones normativas sobre políticas, prácticas óptimas, herramientas y normas mínimas para la seguridad del paciente, entre otras cuestiones sobre la cultura de la seguridad, los factores humanos, la infraestructura para la higiene, la gobernanza clínica y la gestión de riesgos; difusión; 1
    3) que presente un informe sobre los progresos realizados en relación con la aplicación de la presente resolución para su examen en la 74.ª, la 76.ª y la 78.ª Asambleas Mundiales de la Salud.

- **<u>74 ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 24 de mayo - 01 de junio de 2021</u>** (17)
  - *Decisión WHA74(13)* Acción mundial en pro de la seguridad del paciente*":*
    La 74.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe consolidado del Director General, Decidió:
    1) adoptar el Plan de Acción Mundial en pro de la Seguridad del Paciente 2021-2030.

1.3 ALINEACIÓN Y CONTRIBUCIÓN A LAS NORMAS DE SALUD

La Norma Nacional de Seguridad del Paciente, se encuentra alineado al pilar 3 "Salud, Educación y Deportes" del Plan General de Desarrollo Económico y Social - PGDES y al eje 6 del Plan de Desarrollo Económico y Social – PDES, "Salud y deportes para proteger la vida con cuidado integral en tiempos de pandemia", garantizando el acceso universal e impulsando la Seguridad del Paciente, como aspecto esencial de la calidad en los servicios de salud en el marco del Vivir Bien. En este contexto, la Dirección General de Redes de Servicios de Salud, a través del Área de Calidad y Auditoría en Salud dependiente de la Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad, contribuyen al logro del Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien – PSDI Sector Salud 2021- 2025 y al Plan Estratégico Institucional – PEI 2021-2025.

El Sector Salud cuenta con normativas específicas y propias, como es el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) y el Sistema Único de Salud (SUS):

- La Norma Nacional de la Seguridad del Paciente está alineada a los principios de la SAFCI: *Participación; Intersectorialidad; Interculturalidad; Integralidad; y* está estructurada bajo los componentes de la SAFCI el Modelo de atención en salud y el Modelo de gestión en salud: *El Modelo de Atención de Salud* hace referencia al "…*conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna*…", siendo también el propósito de la Norma Nacional de la Seguridad del Paciente; y el *Modelo de Gestión de Salud* que plantea la articulación entre la estructura social y la estructura estatal tanto para llevar a cabo las acciones de planificación, seguimiento y/o ejecución como de control de las metas, estrategias y lineamientos de la Seguridad del Paciente.

- En el marco del Sistema Único de Salud, que garantiza el acceso universal, equitativo, oportuno y gratuito a la atención integral en salud de la población boliviana, la Norma Nacional de la Seguridad del Paciente representa a uno de los principios fundamentales del SUS, la eficacia, proponiendo brindar una respuesta efectiva a los problemas de salud o situaciones que inciden sobre el bienestar de la población boliviana y la satisfacción de los pacientes, la familia y las comunidades.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La Seguridad del Paciente es una estrategia implementada en el Sector Salud para prevenir y evitar posibles eventos adversos, que pueden ocurrir durante la atención en los Establecimientos de Salud, cumpliendo la normativa nacional dentro del Sistema Nacional de Salud, a través de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, que incluyen la calidad como atención como aspecto relevante al modelo de atención y gestión, incidiendo en mejorar la salud de todas las bolivianas y bolivianos para el Vivir Bien.

Bajo este enfoque, la Seguridad del Paciente se constituye en una parte importante de la atención en salud, asociada con la evolución compleja del Sistema Nacional de Salud y el aumento de posibles daños a los pacientes que reciben atención en los Establecimientos de Salud. Por lo que se debe mejorar la calidad de los servicios de salud para que sean efectivos, eficaces, eficientes y seguros. (18)

En este sentido la implantación de la seguridad del paciente, misma que complementa la Política Nacional de Calidad en Salud, en articulación con disposiciones específicas como la implementación de nuevos modelos de gestión hospitalaria, acceso a la información, mejora continua de la calidad, competencia profesional y participación efectiva de los pacientes que reciben atención médica.

Todos estos esfuerzos son necesarios para enfrentar situaciones de preocupación por la seguridad, por el tipo de práctica médica realizada, que muchas veces es observada debido a los eventos adversos sufridos por los pacientes durante la atención recibida. Entre ellos destacan los siguientes: (18)

- Procedimientos quirúrgicos inseguros que provocan complicaciones en hasta el 25% de los pacientes. Cada año, cerca de siete millones de pacientes quirúrgicos sufren complicaciones graves, un millón de ellos mueren durante o inmediatamente después de la intervención. (19)

- Los errores de medicación son una de las principales causas de lesiones y daños prevenibles en el Sistema Nacional de Salud: los costos asociados a los errores de medicación se estiman en 42.000 millones de dólares anuales en todo el mundo. (20)

- Las infecciones asociadas a la atención de la salud afectan a 7 de cada 100 pacientes hospitalizados en países de ingresos altos y 10 de cada 100 pacientes hospitalizados en países de ingresos bajos y medios. (21)

- Las prácticas de transfusión poco seguras exponen a los pacientes al riesgo de sufrir reacciones adversas a la transfusión y transmisión de infecciones (22). Los datos sobre reacciones adversas a transfusiones de sangre de 21 países mostraron un promedio de 8,7 reacciones graves por cada 100.000 unidades de componentes sanguíneos dispensados. (23)

- Los errores de diagnóstico aparecen aproximadamente al 5% de los adultos que reciben atención ambulatoria y más de la mitad de estos errores resultarán en lesiones graves; la mayoría de las personas se ven afectadas por algún error de diagnóstico a lo largo de su vida. (24)

- Los errores de irradiación incluyen casos de sobreexposición a la radiación y casos de paciente equivocado o zona equivocada que se está irradiando (25). Según una revisión de 30 años de datos publicados sobre seguridad de radioterapia, se estima que la incidencia de errores es de aproximadamente 15 por cada 10.000 ciclos de tratamiento. (26)

- Dado que muchas de las infecciones que la provocan son resistentes a los antibióticos, pueden provocar un deterioro clínico rápido, se estima que 31 millones de personas en todo el mundo se ven afectados cada año, y más de 5 millones mueren, siendo que la sepsis a menudo no se diagnostica a tiempo. (27)

- El tromboembolismo venoso es una de las causas más comunes y prevenibles de daño al paciente y representa un tercio de las complicaciones hospitalarias, se calcula que cada año se producen 3,9 millones de casos en países de ingresos altos y 6 millones de casos en países de ingresos bajos y medianos. (28)

A partir de estas experiencias, es necesario desarrollar estrategias encaminadas a mejorar la Seguridad del Paciente en respuesta a un imperativo social, científico, ético y legal en la atención en salud, buscando prevenir riesgos y evitar daños a los pacientes atendidos por personal en establecimientos de salud. (6) (29)

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer lineamientos estratégicos generales sobre seguridad del paciente con el fin de prevenir y evitar los eventos adversos que pueden ocurrir al brindar atención en los establecimientos de salud y de esta manera incidir en mejorar la salud de las bolivianas y bolivianos.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Normar e implementar lineamientos estratégicos de la Seguridad del Paciente como elemento clave de la Calidad en Salud.
- Implementar las Prácticas Seguras y las Metas internacionalmente establecidas para la Seguridad del Paciente.
- Estandarizar el proceso de registro y reporte de “Incidentes” y “Eventos Adversos”.
- Fomentar y desarrollar el conocimiento y la cultura de la seguridad del paciente, a través de la Investigación.

1.6 ALCANCE

La Norma Nacional de Seguridad del Paciente es de cumplimiento obligatorio para todo el Sistema Nacional de Salud y debe ser aplicada a nivel nacional por todos los prestadores de servicios de salud de los sub sectores Público, Seguridad Social de Corto Plazo, Privado con y sin fines de lucro, Medicina Tradicional Ancestral Boliviana, Entidades Territoriales Autónomas (ETA’s) y Pueblos Indígenas Originarios Campesinos (PIOC’s).

1.7 DEFINICIONES

La Organización Mundial de la Salud, en el Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, plantea el siguiente glosario: (30)

- *Atención en Salud*: Servicios recibidos por personas o comunidades con el fin de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.
  “Prestación preventiva, diagnóstica, terapéutica o rehabilitadora que tiene por objeto promover, mantener o restablecer la salud de las personas” (31)

- *Daño*: Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella. Comprende los conceptos de enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad y muerte. (32)

- *Discapacidad*: Es el resultado de la interacción de la persona, con deficiencias de función físicas, psíquicas, intelectuales y/o sensoriales a largo plazo o permanentes, con diversas barreras físicas, psicológicas, sociales, culturales y comunicacionales. (33).

- *Evento Adverso:* Incidente que causa daño en un paciente, imprevisto y no deseado, relacionado directamente con la atención o con los servicios prestados al paciente, no con la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente. (32)

- *Expediente Clínico:* Es el conjunto de documentos, médico legales, escritos e iconográficos evaluables que constituyen el historial clínico de una persona que ha recibido o recibe atención en un establecimiento de salud. Su manejo debe ser escrupuloso porque en él se encuentran todos los datos que nos permiten encarar de la mejor manera el estado de salud-enfermedad del paciente y su respectivo tratamiento. (34)

- *Factor contribuyente*: Circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca. (32)

- *Historia Clínica:* Documento médico legal, confidencial y sometido a reserva, en el cual se registra los datos de identificación y los procesos relacionados con la atención del paciente, cronológicamente, las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud en la relación directa con el paciente y la enfermedad.

- *Medidas adoptadas para reducir el riesgo*: Acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar un daño futuro o la probabilidad de un daño asociado a un incidente. (32)

- *Mejora del sistema*: Resultado o consecuencia de la cultura, los procesos y las estructuras que están dirigidos a prevenir el fallo del sistema y a mejorar la seguridad y la calidad. (32)

- *Seguridad del paciente:* Disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios, con el objetivo de prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. (18)

- *Tipo de incidente*: Término descriptivo para una categoría constituida por incidentes de naturaleza común que se agrupan por compartir características acordadas. (32)

CAPÍTULO 2: SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad del paciente, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los profesionales que oferten una asistencia en salud segura, efectiva y eficiente. (35)

Se calcula que en los países desarrollados hasta 1 de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital (36). El daño puede ser consecuencia de distintos errores o eventos adversos y las consecuencias derivadas de estas: gastos médicos, infecciones intrahospitalarias, demandas, el lucro cesante y la discapacidad. (37)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su 55ª Asamblea Mundial de Salud, reconoció la necesidad de promover la Seguridad del Paciente como principio fundamental de los sistemas de salud a través de las acciones para elaborar normas, patrones y directrices mundiales sobre la calidad de la atención y la seguridad del paciente que permitan definir, medir y notificar los eventos adversos de la atención de salud, producidos o que se haya logrado evitar. (38)

Actualmente algunas naciones de todo el mundo ofrecen una adecuada atención en salud, a todos los usuarios que asisten a las instituciones de salud, incorporando las estrategias internacionales que genera la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el tema de seguridad, dentro del Sistema de Garantía de la Calidad de la atención. (39)

Los lineamientos estratégicos de seguridad del paciente en la atención en salud, son necesarias a la hora de gestionar un cambio cultural en términos de seguridad bajo estándares internacionales, sin dejar de lado al profesional de la salud como una pieza clave en todo este proceso con sus conocimientos y destrezas, orientando a generar y optimizar procesos que mejoren la seguridad del paciente. (40)

La seguridad de los pacientes constituye un proceso complejo de implicancias subjetivas, individuales y colectivas, ético-políticas, científicas, prácticas y organizacionales que intervienen de manera multidimensional e interdependiente en la atención de la salud en cuanto ella está vinculada con la promoción y protección de la vida, los derechos fundamentales de las personas, la provisión de ambientes y prácticas de salud libres de amenazas y riesgos, y la mitigación de los daños producidos por el proceso de atención. (9)

2.1 ASPECTOS GENERALES

Entre los aspectos importantes de la Seguridad del Paciente, se destacan aquellos relacionados a sus principios y a la articulación estrecha que tiene con respecto a la calidad de la atención en salud a través de las practicas seguras, constituyéndose en uno de sus aspectos más relevantes.

Esto debido a que se constituye en una obligación de tipo técnico y tipo ético de parte de los prestadores de servicios en salud, siendo la calidad de la atención, el grado en el que los servicios de salud que se brindan a las personas, familias y comunidades, aumenten la probabilidad de que se produzcan los efectos buscados en la salud y éstos sean coherentes con los conocimientos profesionales del momento. (30)

Cuando se hace referencia a la calidad en salud, la seguridad es una dimensión imprescindible, que, de no considerársela, no se podría hablar de calidad de la atención con un enfoque centrado en la seguridad del paciente. Lo que representa un factor indispensable que debe gestionarse permanentemente en cualquier institución o establecimiento de salud. (38) . Es así, que la atención de salud, se ve representada por los procesos asistenciales sanitarios que combinan las actuaciones, tecnologías e interacciones de un gran número de profesionales, que asocia un riesgo creciente de eventos adversos. Por lo que la seguridad de la atención en salud se centra en prácticas seguras basado en: (41)

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

Considerando es la brecha que existe entre la atención que prevén los estándares y las guías con la atención real que se brinda a los pacientes, en base a cinco niveles de atención, en la que cada nivel se aleja de la atención ideal y según baje de nivel, va aumentando la probabilidad de daño. (18) (42)

1. El nivel 1: Atención óptima prevista por los estándares. Los estándares se establecen por las instituciones nacionales y profesionales, representan un consenso sobre qué puede ser considerado como la atención óptima que es viable considerando las limitaciones presupuestarias. Este nivel proporciona una referencia compartida ideal de la excelencia en la atención.

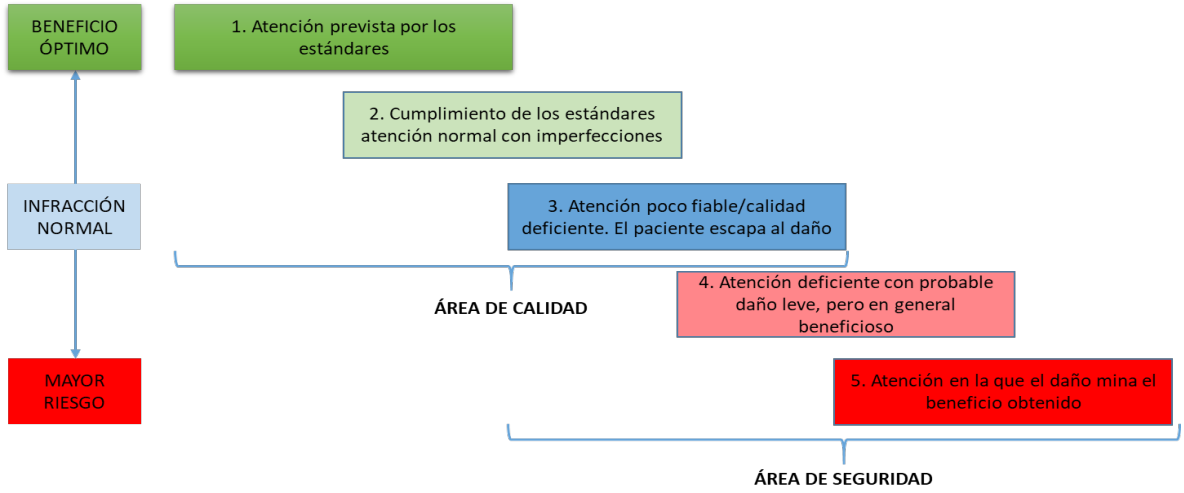
2. El nivel 2: Cumplimiento de los estándares de atención normal con imperfecciones. Representa el estándar de atención que los expertos consideran que proporciona un buen resultado para el paciente y también resulta viable en el ejercicio cotidiano de la profesión. La atención tiene un buen nivel y el resultado es bueno, aunque puede que haya variaciones y problemas de escasa importancia.

3. El nivel 3: Atención poco fiable/calidad deficiente. Paciente escapa al daño. Representa el primero de los niveles en los que la seguridad del paciente puede peligrar. Es probable que una parte considerable de las atenciones, encajen en este nivel, donde las desviaciones de la práctica óptima son frecuentes y se presentan por una extensa variedad de motivos constituyendo una amenaza para los pacientes.

4. El nivel 4: Atención deficiente con probable daño leve, pero en general beneficioso. Representa una desviación de los estándares suficiente para producir daño evitable.

5. El nivel 5: Atención en la que el daño es mayor al beneficio obtenido. Hace referencia a la asistencia deficiente durante un prolongado período de tiempo y que coloca al paciente en situación de riesgo de daño importante y duradero.

FIGURA 1: LOS CINCO NIVELES DE LA ATENCIÓN



***Fuente**: Adecuación propia en base a la versión didáctica de los Cinco Estándares de la Atención – Seguridad del Paciente* (18) (42)

A todo esto, se puede incluir situaciones donde los pacientes pueden recibir algunos tratamientos con calidad deficiente (que son poco sistemáticos y que la observancia de los estándares aceptados, son poco consistentes) y aun así no sufrir daño alguno. Sin embargo, el daño es mucho más probable cuando la atención en salud se aleja de la práctica óptima (niveles 4 y 5). Esto se debe a que desviaciones obvias de los estándares (como no comprobar la identidad del paciente) pueden acarrear daño inmediato, pero el mayor riesgo para el paciente posiblemente se derive del efecto acumulativo de los problemas de menor importancia. (43)

2.2 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (CISP)

En mayo de 2002, la 55ª Asamblea Mundial de la Salud (30), aprobó la resolución en la que se pide a los Estados Miembros "que presten la mayor atención posible al problema de la Seguridad del Paciente, que establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención sanitaria" (44). En octubre de 2004, la OMS presentó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Se identificó al proyecto de elaboración de una Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente como una de las principales iniciativas del Programa de actividades de la Alianza para 2005 (Taxonomía de la seguridad del paciente) (18).

Es importante comprender por clasificación a un conjunto de conceptos vinculados entre sí por relaciones semánticas. Este comprende una estructura para organizar información destinada a utilizarse con muchos fines, como estadísticas nacionales, estudios descriptivos e investigaciones evaluativas. (30)

La Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP), en su marco conceptual describe las 10 clases superiores. Esto para una comprensión global del tema de la Seguridad del Paciente, siendo su objetivo, representar un ciclo continuo de aprendizaje y mejora haciendo énfasis en la identificación de riesgos, la prevención, la detección, la reducción de riesgos, la recuperación de los incidentes y la resiliencia del sistema. Las diez clases de incidentes superiores son: (30)

1. Tipo de incidente.
2. Resultados para el paciente.

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

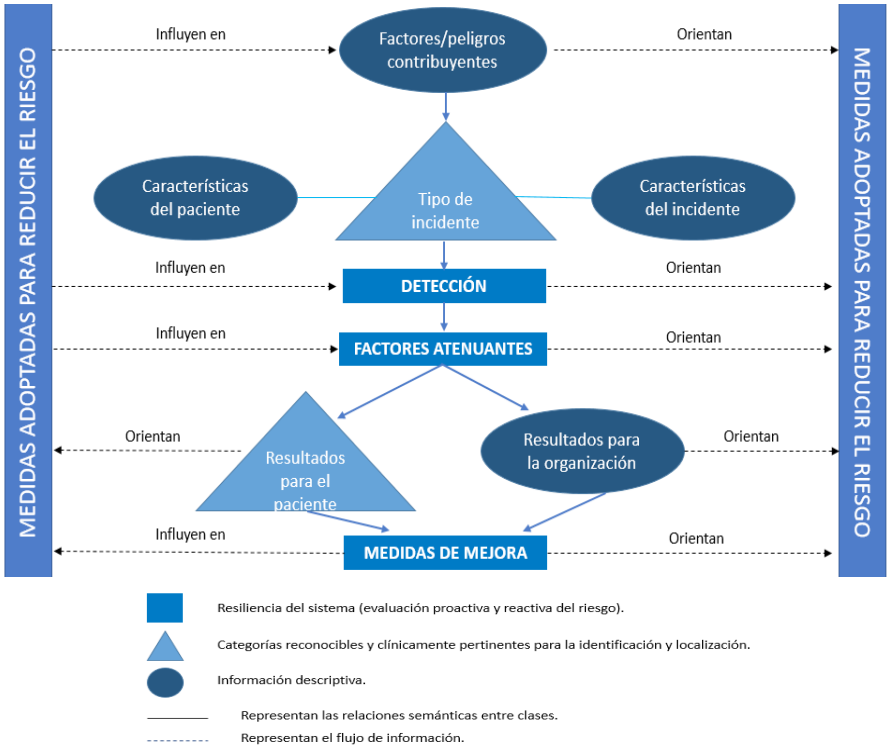
Con respecto al incidente y resultado para el paciente:

La clase *tipo de incidente* es un término descriptivo para una categoría constituida por incidentes de naturaleza común que se agrupan por compartir características acordadas, como “proceso clínico/procedimiento” o “medicación/líquido para administración intravenosa”, aunque cada concepto de tipo de incidente es singular, un incidente relacionado con la Seguridad del Paciente puede clasificarse como más de un tipo de incidente. (30)

La clase *resultados para el paciente* contiene los conceptos relacionados con las repercusiones para el paciente, total o parcialmente atribuibles a un incidente, los resultados para el paciente pueden clasificarse según el tipo de daño, el grado de daño y el impacto social o económico; en conjunto.

Las clases tipo de incidente y resultados para el paciente, tienen por objeto agrupar los incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente en categorías clínicamente pertinentes. (30)

FIGURA 2: MARCO CONCEPTUAL DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



***Fuente**: Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente* (30)

Cuatro clases dan cuenta de la información descriptiva pertinente que confiere contexto al incidente: (30)

- Las *características del paciente* clasifican la información demográfica del paciente, la razón original por la que se solicitó atención en salud y el diagnóstico principal.

- Las *características del incidente* clasifican la información sobre las circunstancias que rodearon el incidente, como en qué momento y lugar del paso del paciente por el Sistema Nacional de Salud, lugar el incidente, quiénes se vieron implicados y quién lo notificó.

- Los *factores / peligros / contribuyentes* son las circunstancias, acciones o influencias que se cree que han desempeñado un papel en el origen o el desarrollo de un incidente o que elevan el riesgo de que se produzca. Son ejemplos de ello factores humanos tales como el comportamiento, el desempeño o la comunicación, factores del sistema como el entorno de trabajo y factores externos que escapan al control de la organización, como el medio natural o las políticas legislativas. Es habitual que en un incidente relacionado con la seguridad del paciente intervenga más de un factor contribuyente o un peligro.

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

- Las clases: *detección, factores atenuantes, medidas de mejora y medidas adoptadas para reducir el riesgo* dan cuenta de información relacionada con la prevención, la recuperación del incidente y la resiliencia del sistema. (30)

2.3 PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (45)

Para la implementación de la Norma Nacional de Seguridad del Paciente, entre todos los actores clave, es relevante aplicar los principios transversales que orienten todas estas acciones:

- *Atención centrada en la persona*: El Sistema Nacional de Salud debe asegurar un trato digno y con respeto, personalizado, colaborativo y activado, con el propósito de obtener los mejores resultados para el paciente. (46)

- *Atención integral con enfoque Bio-Psico-Social*: Que incluya no solo en la rehabilitación física, si no también que abarque tratamientos psicológicos y sociales de acuerdo al caso de cada paciente.

- *Comunicación efectiva con el paciente y su familia*: El paciente y su familia trabajan en forma conjunta con el profesional de salud en el cuidado de su salud, fomentando una comunicación efectiva entre ellos. (46)

- *Cultura de Seguridad:* Promueve un ambiente en el que se desarrollen las actividades de seguridad, basado en la confidencialidad y la confianza entre pacientes, personal de salud y la comunidad. (46)

- *Impacto: C*onsidera la manera en la que se logran alcanzar o superar los objetivos mediante la implementación de metodologías y herramientas prácticas, en base a la mejor evidencia científica disponible. (46)

- *Liderazgo y trabajo en equipo*: Acciones que deben ser realizadas con liderazgo por todos aquellos que son parte y están involucrados en el proceso de atención (46). Aspecto relevante para una atención de calidad.

- *Visión sistémica y multicausal*: El enfoque en seguridad del paciente es sistémico y multicausal, en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores. El evento adverso, como tal, es resultado del sistema. (46)

2.4 GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Para la implementación de la Norma Nacional de Seguridad del Paciente, se deben llevar adelante un conjunto de actividades en diferentes niveles, como es a nivel ejecutivo en lo que concierne en la planificación, organización, dirección, control, supervisión, asignación de presupuesto y otros; en un nivel directivo a nivel del establecimiento de salud y servicios de salud, que incluye la coordinación y motivación del personal; y a un nivel operativo que hace referencia a la toma de decisiones sobre el paciente con respecto a la gestión diaria de los recursos y actividades que se realizan como diagnóstico y tratamiento (47); considerando el nivel de atención y el sub sector al que corresponde.

Con todo esto, lo que se desea lograr, es asegurar una gestión efectiva y objetiva, para el logro tangible de los objetivos que tiene la Norma Nacional de Seguridad del Paciente, articulando las distintas actividades que se deben desarrollar en los distintos niveles de gestión.

CUADRO 1: ÁREAS DE ACCIÓN SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS DIFERENTES NIVELES DE GESTIÓN

NIVEL DE GESTIÓN	ÁREAS DE ACCIÓN
Ejecutivo	Compromiso institucional Leyes y normativas Programas (objetivos, recursos y tiempo)
Directivo	Establecimientos seguros Cultura de la Seguridad Planes de gestión de crisis
Operativo	Prácticas clínicas seguras Decisiones fundamentadas en la mejor evidencia Soluciones tecnológicas: dispositivos a prueba de errores, sistema de prescripción informatizadas y otros Incorporación del paciente a la toma de decisiones

***Fuente**: Adecuación propia en base a* Áreas de *actuación sobre la Seguridad del Paciente en los diferentes niveles de gestión* (47)

En el Nivel Ejecutivo, pueden considerarse las siguientes acciones: (47)

- Enfoque asistencial fundamentado en la centralidad del paciente como eje de la actividad asistencial y razón de ser del sistema.
- Introducción de la cultura del rendimiento de cuentas respecto a la calidad y seguridad de la atención.

- Involucrar a los profesionales en el desarrollo de actuaciones orientadas a la mejora de la seguridad del paciente y de la calidad en salud.
- Impulsar la participación de los pacientes y sus familias en los procesos de toma de decisiones relacionadas con su asistencia.
- Promover la aplicación de aquellas medidas que han demostrado su efectividad para mejorar la Seguridad de los Pacientes, denominadas “Prácticas Seguras”.
- Desarrollo de esfuerzos formativos en calidad y seguridad.
- Desarrollo y mantenimiento de sistemas, información, notificación y registro de incidentes o eventos adversos y buenas prácticas.
- Análisis de la evidencia científica de la efectividad y seguridad de cualquier nueva técnica diagnóstica, terapéutica o guía clínica que se introduzca en la práctica asistencial.

En el Nivel Directivo, se pueden identificar dos formas complementarias de enfocar las actuaciones dirigidas a reducir los riesgos asistenciales: (47)

- Centradas en las personas
  Considerando que la mejora de la seguridad requiere profesionales capaces de reducir el riesgo innecesario, evitando lo que no se debe hacer, gestionar los riesgos ligados a la atención en salud, promoviendo un entorno asistencial y una atención más segura, promoviendo la cooperación y la colaboración entre servicios en el desarrollo de procesos clínicos, protocolos, guías de actuación y proyectos de mejora de la calidad.

  En esta línea, las acciones deberían centrarse en la mejora de los conocimientos, aptitudes y habilidades en relación con la seguridad y la prevención, en el fomento de valores y actitudes positivas, mediante la formación, el incentivo profesional y el desarrollo de actuaciones institucionales y cuidado a los profesionales cuando ha acontecido un evento adverso.

- Dirigidas hacia el sistema en que se desarrollan sus actividades
  Dirige sus actividades hacia la eliminación de ciertas condiciones latentes y la modificación del entorno en que trabajan las personas, por medio de la construcción de barreras dirigidas a evitar la aparición de incidentes o limitar sus consecuencias incluyendo los planes de actuación frente a crisis ocasionadas por la aparición de daños graves para los pacientes.

  En el Nivel Directivo, se pueden considerar las siguientes acciones: (47)

- Situar la calidad y la seguridad tanto en la misión, visión y valores del Establecimiento de Salud, así como en la agenda de actuaciones a desarrollar, con recursos, objetivos y tiempos específicos.
- Incorporación de objetivos de seguridad unidos a los cuantitativos asistenciales en los acuerdos de gestión.
- Desarrollo y mantenimiento de un sistema de información con indicadores que permita evaluar la calidad y la seguridad de la atención que se presta.
- Definición precisa de puestos de trabajo y de los requerimientos necesarios para acceder a los mismos.
- Impulso de grupos colaborativos de trabajo o comisiones interdisciplinares para el desarrollo e implementación de iniciativas de mejora de la seguridad del paciente.
- Establecimiento de sistemas de comunicación efectivos entre el personal de salud y entre éstos y los pacientes.

- Generalizar la estandarización de procedimientos y protocolización de actividades.
- Desarrollo de sistemas automatizados en procedimientos diagnósticos y de prescripción de medicamentos.
- Promover un entorno asistencial seguro a través de programas efectivos de mantenimiento de dispositivos y recursos.
- Desarrollo de planes de crisis y atención al personal (segundas afectadas).
- Desarrollo de planes de gestión del riesgo asistencial, incluyendo al análisis retrospectivo de eventos adversos.
- Mejora de las barreras del sistema con el objeto de bloquear la posibilidad de que ocurran incidentes y eventos adversos.
- Establecimiento de programas de coordinación que garanticen la continuidad la transición asistencial a través de los diferentes niveles asistenciales.
- Incentivos a la formación continua.
- Incorporación de objetivos e indicadores de calidad y seguridad a los acuerdos de gestión con los servicios y personal del establecimiento.

En el Nivel Operativo, se pueden considerar las siguientes acciones: (47)

- Fundamentación científica, lo que significa realizar una práctica fundamentada en la mejor evidencia y los mejores resultados tanto en cuanto a eficacia como a efectividad clínica y seguridad.
- Estar centrada en el paciente, lo que implica un trato personalizado, adecuado a sus valores y necesidades, con la meta de lograr decisiones compartidas.
- Desarrollar sus actividades enmarcado a los principios de la política SAFCI y del Sistema Único de Salud.
- Desarrollar acciones en la prevención de los incidentes y eventos adversos.

2.5 PREVENCIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

Entre las situaciones más relevantes relacionadas a los incidentes y eventos adversos, que constituyen los principales problemas de la Seguridad del Paciente, están los fallos del sistema, la vulnerabilidad de los pacientes, los errores del personal y otros, los que se deben prevenir: (48)

a) Conocimiento del daño y cultura de la seguridad, como prevención primordial de los daños relacionados con la Seguridad del Paciente; cuantificar y comprender los daños relacionados con la insuficiente Seguridad de los Pacientes, con el análisis individual de los eventos adversos más comunes y de mayor gravedad; lo que permite lograr un cambio en relación al manejo de los problemas de seguridad.

b) Prevención primaria de incidentes y eventos adversos, haciéndose referencia a aquellas actividades desarrolladas para reducir su incidencia, esencialmente, aquellas dirigidas a incrementar los factores que mejoran la Seguridad del Paciente y las orientadas a reducir aquellos factores que contribuyen a la aparición de errores y fallos latentes del sistema. Entre otras pueden destacarse:

   - La formación y entrenamiento de los profesionales en técnicas y procedimientos complejos.
   - La supervisión de tareas complejas cuando no existe el entrenamiento o formación suficientes.

- Las dirigidas a evitar procedimientos diagnósticos y terapéuticos sin valor para el paciente.
- La eliminación de procedimientos diagnósticos y tratamientos para los que existen alternativas más seguras.
- La aplicación de la mejor evidencia disponible en las áreas de prevención, diagnóstico, tratamiento, cuidados y organización de la actividad asistencial tales como prácticas clínicas seguras, normativas, guías clínicas basadas en la evidencia, listados de verificación.
- La difusión de alertas clínicas encaminadas a evitar eventos adversos.
- El fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, garantizará el acceso con calidad, a la salud para todas las bolivianas y bolivianos.
- El diseño de procesos que eviten la aparición de fallos y errores previsibles en su desarrollo.
- La incorporación de sistemas de identificación de pacientes.
- La mejora de la higiene de las manos del personal asistencial.

c) Prevención secundaria de incidentes y eventos adversos, está dirigida a mitigar las consecuencias para el paciente y los servicios de salud, mediante la detección y abordaje precoz de los eventos adversos. Destacan las siguientes actividades:

- Sistemas de notificación para el aprendizaje.
- Monitorización de eventos adversos como: mortalidad, infecciones asociadas a la atención en salud, caídas, reacciones adversas a fármacos y otros.
- Mejora de los sistemas de comunicación entre el personal y los servicios, a fin de detectar lo más precozmente posible, situaciones de riesgo de incidentes y sucesos adversos.
- Actuación proactiva con el paciente, comunicándole precozmente la aparición del evento adverso, las actuaciones a seguir para minimizar sus consecuencias y evitar que vuelva a producirse.

d) Prevención terciaria de incidentes y eventos adversos, cuando los dos niveles anteriores han fracasado, el evento adverso ha ocurrido y sus consecuencias clínicas son evidentes, los objetivos de las actuaciones deben:

- Reducir el impacto y las consecuencias derivadas del evento adverso para el paciente (incapacidad, dolor y complicaciones clínicas).
- Emprender acciones dirigidas a evitar litigios, pérdida de prestigio institucional, repercusiones sobre el equipo asistencial y evitar su reaparición.

Las actividades más apropiadas son las siguientes:

- Análisis detallado, profundo y pormenorizado de las causas que han contribuido a la aparición del evento adverso, por medio de la técnica del análisis de causas raíz o similares.
- Atención esmerada y dialogo cuidadosamente planificado, con el paciente que ha sufrido un evento adverso.
- Atención institucional a los profesionales involucrados en un evento adverso grave.

2.6 CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La característica clave de la cultura de la seguridad es “la percepción compartida entre los administradores y el personal sobre la importancia de la seguridad”. (49)

El desarrollo de la cultura positiva de la seguridad ha sido declarado como un medio para reducir el potencial de los incidentes y accidentes relacionados con las tareas de rutina. Cuando la cultura de la seguridad se aplica al cuidado de la salud tiene una importancia aún mayor, ya que la seguridad no sólo se aplica a la fuerza de trabajo, sino también a los pacientes que puedan ser perjudicados por la actuación del personal. (49)

a) Características de la Cultura de Seguridad del Paciente:

- Conciencia de que las cosas pueden ir mal.
- Capacidad para reconocer errores, aprender de ellos y actuar para mejorar las cosas, identificando los incidentes o eventos adversos.
- Capacidad de resiliencia e imparcialidad para compartir información y para tratar al profesional en eventos adversos.
- Enfoque del sistema, considerando que las cosas no están sólo ligadas al individuo, sino también al sistema en el que se trabaja.
- Abordaje de lo que está mal en el sistema, lo que ayuda a aprender lecciones y prevenir su recurrencia.

b) Beneficios de la Cultura de Seguridad del Paciente:

- Impacto positivo en el funcionamiento del Establecimiento de Salud.
- Transición desde el análisis de fallos para la mejora continua y seguridad.
- Reducción en la recurrencia y severidad debido al proceso de aprendizaje.
- Personal con más capacidades, menos stress, menor falta de confianza al ocurrir menos eventos adversos.
- Tiempo de espera menor debido a menos retorno de pacientes ligados a errores.
- Reducción de costos por posibles complicaciones, incidentes o eventos adversos.
- Reducción de costos en recursos requeridos para gestionar quejas y reclamaciones.

CAPÍTULO 3: PRÁCTICAS SEGURAS

Las Prácticas Seguras son una serie de lineamientos estratégicos de buenas prácticas clínicas en distintos ámbitos de la atención en salud, encaminadas a prevenir y evitar incidentes o eventos adversos, mejorando la calidad asistencial, a través de la aplicación de las metas internacionales para la seguridad del paciente. (50)

3.1 METAS INTERNACIONALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente (MISP) se crearon en mayo de 2007 por la OMS como parte de las "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" con la finalidad de reducir los daños relacionados con la atención sanitaria. (18) Estas metas internacionales, son las siguientes: (51)

META 1: IDENTIFICAR CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES

La identificación de los pacientes es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante su estadía en el hospital. El no identificar a los pacientes causa errores en las actividades diarias, así como en la administración de medicación, transfusiones, exámenes de laboratorio, exámenes de diagnóstico, procedimientos y entrega de recién nacidos a padres equivocados, e inclusive en el suministro de dietas equivocadas.

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

Evitar los errores de identificación de pacientes, los errores referidos a la atención del paciente equivocado ocurren frecuentemente en prácticamente todos los servicios asistenciales. Los pacientes pueden estar sedados, desorientados o no completamente alerta, puede que los cambien de cama, de habitación o de lugar dentro del establecimiento, pueden padecer discapacidades sensoriales o estar sujetos a otras situaciones que pueden conducir a errores en cuanto a la identificación correcta. (31)

El identificar correctamente a los pacientes, es una de las acciones más importantes, para disminuir los errores en la atención de la salud, el objetivo es estandarizar esta acción en todos los establecimientos de salud, usando al menos dos métodos de identificación (nombres y apellidos completos y fecha de nacimiento) para los pacientes ingresados o que vayan a permanecer tiempo en las dependencias del establecimiento de salud (52), de esta manera prevenir eventos adversos generados por errores en la identificación de los pacientes. (53). Todo esto con la finalidad de mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud, generar certeza en el personal y además de constituirse un parámetro dentro del desarrollo de la auditoría médica dentro de los ciclos de mejora continua.

Se debe aplicar en los siguientes casos: (52) (54) (53)

- En pacientes hospitalizados y aquellos atendidos en los servicios de emergencias/urgencias.
- En los pacientes atendidos en los servicios materno-infantil, por las especiales circunstancias que confluyen.

- En los pacientes con algún tipo de alergia.
- En pacientes con tratamientos de hemodiálisis, radioterapia, terapia intermedia, terapia intensiva o cirugías.
- En todos los documentos que se generan sobre el paciente: expediente clínico, recetas, ordenes médicas y todo documento médico legal.
- Al administrar soluciones, medicamentos, sangre o hemoderivados.
- Al extraer sangre u otras muestras para análisis clínicos.
- En pacientes trasladados, en tanto sea temporal, la identificación será la del establecimiento de origen, que garantizará la trazabilidad con los documentos que le acompañan.

La pulsera, brazalete o manilla es un dispositivo que se le coloca al paciente hospitalizado en la que figuran los datos identificativos inequívocos propios. Este dispositivo debe contar con las siguientes características: (55)

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

El uso de la pulsera, brazalete o manilla de identificación del paciente hospitalizado debe tomar en cuenta lo siguiente: (53)

- El portar pulsera, brazalete o manilla debe ser obligatorio y requisito para realizar las atenciones en salud.
- En pacientes adultos, de preferencia debe colocarse en la muñeca derecha, de no poderse, se debe emplear la muñeca izquierda, y si no, en las extremidades inferiores a nivel del tobillo.
- En recién nacidos se debe colocar dos manillas: una en la muñeca derecha con datos del recién nacido y otra en el tobillo izquierdo con los datos de la madre.
- Se debe informar al paciente y familiares sobre la importancia de portarlo y no quitarlo o retirarlo durante su estancia en el establecimiento de salud.
- Cuando exista algún problema con la legibilidad se debe reemplazar inmediatamente.
- Se lo debe retirar y desechar al egreso del establecimiento de salud.

Consideraciones:

- La colocación se realizará dentro de los primeros treinta minutos posteriores al ingreso a internación desde Consulta Externa y se registrará en la respectiva Historia Clínica y Expediente Clínico.
- Si el paciente ingresa por el Área de Emergencia, el personal de Enfermería deberá identificar en el lapso de treinta minutos, antes de hacer el ingreso oficial del paciente a internación.

- En el caso del recién nacido se realizará inmediato al nacimiento y antes de la primera media hora de internación en el servicio correspondiente.
- El personal que realice el proceso de admisión del paciente, será responsable del llenado de los datos y la colocación del brazalete de identificación con todos los datos mencionados.
- El personal de cuidado directo deberá vigilar la presencia del brazalete y confirmar sus datos cada vez que se proceda a realizar algún procedimiento relacionado con:

    - Administrar medicación.
    - Medición de signos vitales.
    - Obtener muestras de laboratorio.
    - Realizar transfusiones.
    - Intervenciones quirúrgicas.
    - Realizar un proceso invasivo.
    - Exámenes de diagnóstico.
    - Otros relacionados con el cuidado directo.

Consideraciones especiales: (53)

- En el caso del usuario fallecido su identidad deberá ser corroborada con su brazalete y su certificado de defunción y/o formulario respectivo.
- Sí para realizar un procedimiento se requiere retirar la pulsera, brazalete o manilla de identificación, este deberá ser reinstalado a la mayor brevedad posible, por el personal de enfermería responsable del paciente.
- En el caso de los recién nacidos internados, como prematuros extremos y/o aquellos con múltiples elementos invasivos, los dos brazaletes quedarán colocados en un lugar visible de la incubadora (pared interior y posterior), hasta que sus condiciones clínicas permitan colocar nuevamente el brazalete.
- Los niños que están en incubadora NO deberán cambiarse a cuna sin su brazalete colocado y verificadores correspondientes.
- Si no es posible conocer la identidad del paciente, se escribirá “NN” (No Nombre), sexo, fecha y hora de ingreso, y número de atención hasta que se logre conocer su identidad.
- En los servicios de Emergencia o en situaciones en que la vida del paciente se pueda ver afectada, tienen prioridad los cuidados antes que la identificación del paciente. En cuanto sea posible, se identificará correctamente al paciente.
- En el caso de que el paciente rechace llevar la identificación a pesar de ser informado de los riesgos de no llevar su identificación, se registrará en la Historia Clínica, con fecha, hora, firma y sello del profesional asistencial que brindo la información.
- En casos de intolerancia por alergias, se dejará constancia por escrito en la Historia Clínica con fecha, hora, firma y sello del profesional asistencial.
- El número de habitación del paciente o su número de ficha de atención no pueden ser usados como identificadores.

META 2: MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA

Considerando que la comunicación efectiva, es la transmisión oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida de un código de información entre un emisor y un receptor (56). Las órdenes verbales, dentro del establecimiento, en torno a la atención de pacientes hospitalizados o

en casos de emergencias, deben ser consideradas o aplicadas en ***casos estrictamente necesarios y/o de urgencia***.

a.) Emisión y recepción de órdenes verbales: *Escuchar-escribir-leer-confirmar-transcribir-confirmar y verificar* (57)

- El receptor escucha atentamente la orden.
- El receptor escribe la orden en la libreta auxiliar.
- El receptor lee la orden al emisor.
- El emisor confirma que la orden es correcta.
- El receptor transcribe y firma la indicación de la libreta auxiliar a la Historia Clínica.
- El emisor confirma la indicación y verificará que se encuentra en la Historia Clínica confirmándola.

b.) En caso de urgencias: *Escuchar – Repetir – Confirmar – Transcribir* (57)

- El receptor escucha atentamente la orden.
- El receptor repite la orden en voz alta.
- El emisor confirma que la información es correcta.
- El receptor transcribe la orden a la Historia Clínica después de haber atendido al paciente.

En cuanto a la transferencia de información de un paciente para interconsulta, solicitudes de estudios y recetas éstas ***se hacen por escrito,*** debido a que esta información debe quedar en el Expediente Clínico, con fecha, hora, firma y sello del personal quien lo prescribe.

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

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

Dentro del Establecimiento de Salud, un paciente puede ser atendido por diferentes prestadores de servicios en múltiples entornos, los pacientes suelen moverse entre áreas y/o servicios clínicos (por ejemplo, apoyo al diagnóstico o apoyo al tratamiento). Igualmente, pueden tener contacto con empleados de los tres turnos de trabajo a lo largo de cada día. La transferencia de información durante estas transiciones es crítica para la seguridad del paciente, las interrupciones en la comunicación son la principal causa raíz de eventos adversos y centinela.

La transferencia de la información de los pacientes en los Establecimientos de Salud se produce cuando:

- Los pacientes necesitan cuidados en otra área del mismo servicio (quirúrgico, postquirúrgico, recuperación post anestésica).
- Los pacientes necesitan cuidados en otro servicio del mismo establecimiento.
- Los pacientes necesitan los cuidados de un nuevo especialista.
- Los pacientes requieren ser trasladados a otra institución, referencia, transferencia o contrareferencia.
- Los pacientes son entregados en los turnos.

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

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

Con el objetivo es garantizar la comunicación efectiva entre los profesionales y personal de salud sobre las condiciones, cuidado y manejo del paciente, se requiere:

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

El establecimiento de salud deberá contar con un protocolo documentado para transferir información de manera correcta de los pacientes durante los puntos de transición que se hayan definido.

El equipo de salud utilizará herramientas y mecanismos en los puntos de transición que aseguren una entrega de información real, oportuna y veraz, para ejecutar un traslado, referencia, contrareferencia y/o derivación se aplicará la Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia, teniendo además en cuenta lo siguiente:

- Quién la realiza.
- Cuando se realiza.
- Hacia dónde se realiza.
- Cómo se realiza.
- Información relevante de la patología y del paciente.

El tipo de información para transferir incluye:

- Situación actual del paciente, alergias, cambios recientes en su condición.
- Tratamiento en curso o posibles cambios, complicaciones que pudieran ocurrir o que ocurrieron.
- Exámenes que estén pendientes.
- El intercambio de información se debe realizar de forma física, con la información contenida en el Expediente Clínico y en los Reportes de Enfermería durante cambios de turno.

Es una tarea de los Establecimientos de Salud, desarrollar procedimientos para mejorar la efectividad de la comunicación entre profesionales (58). La comunicación efectiva, oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuye errores y mejora la seguridad del paciente.

Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes de atención al paciente dadas verbalmente y aquellas dadas por teléfono, **aspecto que no está permitido en nuestro país, salvo casos de urgencia o emergencia, que luego deben ser registradas en la Historia Clínica** por el profesional que las indico, en este sentido, los establecimientos de salud deben realizar actividades

orientadas al cumplimiento de esta meta, considerando para ello mínimamente los siguientes parámetros. (58)

- El receptor de la orden o del resultado del análisis verbal y/o telefónico anota la orden o resultado del análisis.
- Los procedimientos de la organización refuerzan la utilización de una práctica consistente para la verificación de la comunicación verbal o telefónica.

META 3: MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

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

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

Los incidentes asociados a una mala gestión de medicamentos de alto riesgo no sólo implican errores más frecuentes, sino que en caso de producirse estos, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves. Es por ello que los medicamentos de alto riesgo han sido establecidos como un objetivo de seguridad internacional, siendo un aspecto prioritario en los programas de seguridad que se establecen en los establecimientos de salud. (49)

Si bien no se puede garantizar que los errores no se produzcan, pero su formulación de los "correctos**"** ayuda a mejorar la seguridad y la calidad de la atención al paciente durante la administración de medicamentos. (49)

- Paciente correcto: Este "correcto", es claro y parece ser simple, pero con base en circunstancias o eventos, la administración de los medicamentos para el paciente correcto puede convertirse en una acción delicada. Preguntarle al paciente nombre completo y proceder a verificar si corresponde con el nombre identificado en el brazalete de identificación, la historia clínica y confirmar con el paciente de manera verbal (verificación cruzada). Una forma que ayuda a evitar la administración de medicamentos a un paciente errado es evitar que dos pacientes con el mismo nombre estén juntos en la misma habitación; en situaciones especiales, la identificación cuidadosa del paciente para administrar los medicamentos debe ser redoblada, porque los pacientes con bajo nivel de conciencia, con enfermedades que afectan a las actividades psicomotoras, pediátricos, ancianos u otras situaciones, pueden no ser capaces de identificarse o no tener el brazalete de identificación. Nunca administrar el medicamento hasta tener absoluta seguridad que es la persona correcta.

- Medicamento correcto: Una de las causas relacionadas con los errores es la similitud entre los nombres de los medicamentos. Una barrera de seguridad para minimizar errores es prescribir el medicamento según el nombre genérico, evitando el uso de nombres comerciales, pero aun así puede haber similitud entre la fonética de los nombres, por lo que debe confirmarse el nombre del medicamento antes de su administración y verificar la fecha de caducidad del medicamento. Es importante asegurarse que el paciente no es alérgico al medicamento. Cualquier hecho descrito por los pacientes u observados por el equipo de salud, se debe documentar en la Historia Clínica,

de fácil visibilidad; los pacientes alérgicos reciban una identificación diferente, con el fin de alertar a todo el equipo de salud.

- Vía correcta: Cada medicamento debe administrarse por la vía indicada, cada vía de administración tiene diferentes tiempos de absorción; debe asegurarse que la vía es la correcta; si la vía de administración no está registrada en la prescripción se debe consultar inmediatamente y registrar en la Historia Clínica; si, aunque estuviera indicada y el personal de enfermería identifica un error, debe comunicar el hecho al médico que dio la indicación para que realice la correspondiente aclaración, realizando la vigilancia y control de la vía utilizada para la administración del medicamento conforme a normas y protocolos de atención, por ningún motivo un medicamento debe ser administrado si no tiene la seguridad de la vía correcta.

- Forma correcta: Muchos medicamentos están disponibles en varias formas farmacéuticas para administrar por diferentes vías, antes de que el personal de salud administre el medicamento debe asegurarse de que sea por la forma correcta, para la vía prescrita y en el paciente correcto.

- Hora correcta: El medicamento debe administrarse en el horario establecido para garantizar los niveles séricos terapéuticos, caso contrario se puede comprometer el mecanismo de acción del medicamento o su eficacia, las causas de la no administración deben registrarse y aclararse en el Expediente Clínico.

- Dosis correcta: Consiste en administrar exactamente la dosis del medicamento, para ello se debe comprobar dos veces la prescripción realizada por el médico, en caso de parecer inapropiada confirmarla con el prescriptor; la habilidad y competencia en el cálculo de dosis farmacológicamente establecidas son competencia del médico y son imprescindibles para la administración del mismo en forma segura.

- Registro de la administración correcta: El personal que administra los medicamentos debe registrar la fecha, hora, medicamento, dosis, vía de administración con sello y firma de los responsables de la administración en la historia clínica, con la finalidad de evitar duplicar la dosis.

- Educar al paciente: Informar al paciente o familiar el nombre, la acción del medicamento, la razón por la cual está siendo administrado y toda información que sea requerida.

- Respuesta correcta: una vez que se administre el medicamento, el personal de enfermería debe acompañar al paciente para evaluar la respuesta, reacciones adversas o efectos, mismo que en algunos casos, puede determinar la pérdida de la vida del paciente porque si un medicamento de alto riesgo falla existe la probabilidad de resultados no deseados, deterioro e inclusive la muerte del paciente.

ABREVIATURAS PELIGROSAS EN LA INDICACIÓN DE MEDICAMENTOS

Los errores de medicación se derivan de una gran variedad de causas, incluyendo los problemas de comunicación entre médicos, enfermeras y farmacéuticos, debido a abreviaturas poco claras. El peligro que entraña el uso de ciertas abreviaturas, comenzó a preocupar a las organizaciones encargadas de velar por la seguridad del paciente e incluso surgieron listas de “abreviaturas peligrosas”. (45)

El riesgo de error obviamente es mayor en los textos escritos a mano, pero también puede ocurrir en materiales impresos o electrónicos, por lo que se debe evitar el uso de abreviaturas en todos los casos, por lo que no se deben realizar abreviaciones en los documentos del Expediente Clínico.

- No administrar la medicación si se observan abreviaciones y en caso contrario preguntar directamente al prescriptor, registrando la aclaración del mismo.
- Todo Establecimiento de Salud debe disponer de un Protocolo de Control de Abreviaturas Peligrosas, mismo que debe ser de conocimiento por todo el personal.
- Las abreviaturas más frecuentes que pueden generar errores durante la prescripción médica, por lo que deben estar claramente escritas, son: (45)

CUADRO 2: LISTA DE ABREVIATURAS QUE SE DEBEN EVITAR DURANTE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA

ABREVIATURAS	SIGNIFICADO
Kg	Kilogramo
g	Gramo
mg	Miligramo
mcg	Microgramo
L	Litro
ml	Mililitro
dl	Decilitro
mEq	Miliequivalentes
mEq/L	Miliequivalentes de soluto por litro de solución
mmol/L	Milimol de soluto por litro de solución
%	Porcentaje
Gts	Gotas
UI	Unidades internacionales
PRN	Por Razones Necesarias
STAT	del latín “Statim” (Inmediatamente)
QD	Cada día
BID	Dos veces al día
TID	Tres veces al día
QUID	Cuatro veces al día
HS	Hora Sueño
Hrs	Horas
Min	Minutos
Max	Máximo
Aprox.	Aproximadamente
Dx	Diagnóstico
PCI	Parálisis Cerebral Infantil
PCI	Procedimiento Cardiológico Intervencionista
RAM	Reacciones Adversas a Medicamentos
RAM	Ruptura Artificial de Membranas
SNG	Sonda naso gástrica
IV	Intravenoso
VO	Vía oral
IM	Intramuscular
VR	Vía rectal
SC	Subcutánea
SL	Sublingual
VT	Vía tópica
OT	Vía ótica
NE	Nutrición enteral
NPH	Nutrición Parenteral Hipercalórica
NPT	Nutrición Parenteral Total

***Fuente**:* Área de Calidad y Auditoría en Salud MSyD (2024)

PRÁCTICAS SEGURAS EN EL PROCEDIMIENTO DE COLOCACIÓN DE INYECCIONES

Las principales Prácticas Seguras para la administración de inyectables y de control contra infecciones intradérmicas, intravenosas, subcutáneas e intramusculares, son:

- El uso de un dispositivo médico descartable para cada procedimiento.
- Cumplir con las normas de bioseguridad. (Mantener asepsia y antisepsia al preparar y administrar los medicamentos, manejo de desechos corto punzantes).
- Capacitar a los profesionales sanitarios, sobre el uso seguro de las jeringas, almacenamiento, descarte y disposición final de los residuos corto punzantes.
- Almacenar los medicamentos en forma adecuada según lo establecido en la normativa vigente.
- En el caso que se guarde en el refrigerador debe constar en el registro nombres y apellidos completos del paciente, número de Cédula de Identidad del paciente y número de Expediente Clínico, fecha y hora que se prepara los medicamentos, la dosis, dilución y el responsable de la dilución.
- Verificar fecha de vencimiento del medicamento antes de su preparación, dosis, dilución y administración.
- Para la dilución de los medicamentos se debe tomar en cuenta la prescripción médica registrada en las indicaciones de la Historia Clínica.

MANEJO ADECUADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

Todos los medicamentos tienen potencial riesgo de causar algún evento adverso, sin embargo, se pone énfasis en los medicamentos de alto riesgo, debido a que son aquellos que por sus características propias, como margen terapéutico estrecho, pueden causar daño, incluso la muerte, cuando se produce un error en el curso de su administración. (55)

La implementación de una estrategia integral para la gestión de todos los medicamentos con énfasis en los medicamentos de alto riesgo, es un valioso recurso para mejorar la seguridad del paciente, ninguna práctica por sí sola va a permitir garantizar la seguridad de la utilización de los medicamentos de alto riesgo, sino que es preciso introducir diversas prácticas en todas y cada una de las etapas que configuran el sistema de utilización de los medicamentos. Por ello se aconseja que se implementen prácticas específicas dirigidas a evitar errores en el envasado, etiquetado, almacenamiento, prescripción, dispensación, preparación y administración de los mismos.

Los nombres confusos de medicamentos es otra de las causas más comunes de errores de medicamentos, esto incluye principios activos y nombres comerciales. Muchos medicamentos tienen aspecto o nombre parecidos, lo que contribuye a la confusión, junto con la caligrafía ilegible, el registro incompleto de los nombres de los medicamentos, los productos nuevos en el mercado, los envases o etiquetas similares, el uso clínico similar, las concentraciones similares, las formas de dosificación, la frecuencia de administración, la falta de reconocimiento por parte de fabricantes y organismos de reglamentación del potencial de error. (49)

Las acciones que desarrollan profesionales, personal de salud y administrativo en general del Establecimiento de Salud, deben encontrarse enmarcados en la Ley del Medicamento, Política Nacional del Medicamento, Norma de buenas prácticas de almacenamiento, Norma de Buenas Prácticas de Dispensación, Sistema Nacional de Farmacovigilancia y Normativa conexa vigente.

CONTROL DE ELECTROLITOS CONCENTRADOS

Los medicamentos forman parte del plan de tratamiento del paciente, por lo que resulta fundamental su gestión adecuada a fin de garantizar la seguridad del paciente. Se considera medicación de alto riesgo aquella medicación implicada en un porcentaje alto de errores, medicación que implica un riesgo alto de eventos adversos y medicación de aspecto o nombre similar. (58)

CUADRO 3: IDENTIFICACIÓN POR MARCAS DE COLORES, DE LOS ELECTROLITOS CONCENTRADOS

Identificación por marcas de colores, de los electrolitos concentrados	
Cloruro de Potasio 2meq/ml 10 ml	ROJO
Gluconato de Calcio 10% /10ml	VERDE
Fosfato de Potasio	MORADO
Bicarbonato de Sodio 10ml	FUCSIA
Sulfato de Magnesio 10% 1g / 10 ml	ROSA
Concentrado de sodio 17.7%	NARANJA

***Fuente**: Adecuación propia en base a "Guía para la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente de la Cédula de Certificación de Establecimientos de Atención Médica"* (59)

En el caso de los electrólitos concentrados, deberán manejarse como sustancias controladas, resguardados, etiquetados y clasificados para su fácil identificación, con medidas de seguridad en su almacenamiento. Para su etiquetado cada electrólito concentrado (viales o frascos) deberán ser marcados con los siguientes colores por tipo de electrólito, para diferenciarlo de otros, contemplando para el manejo de los electrolitos concentrados, lo siguiente:

- La Responsable del Servicio de Enfermería, será la encargada de provisión y custodia de las soluciones de electrólitos concentrados en cada servicio.
- Anualmente se planificará una auditoría, con la finalidad de verificar, evaluar y elaborar un informe del manejo de los electrolitos concentrados.
- En las áreas o servicios del Establecimiento de Salud no debe haber sobrantes de medicación, si lo hubiera, se debe gestionar su devolución a farmacia.
- Si hubiera la necesidad de disponer en las áreas, se justificará su aprobación con farmacia, Jefatura de Enfermería y Jefatura Médica.
- El personal de farmacia es el responsable de almacenar, etiquetar, preparar y distribuir los electrolitos a los diferentes servicios según requerimiento o prescripción escrita.
- Los electrólitos concentrados estarán debidamente identificados con: nombre del medicamento, fecha de caducidad, fecha de entrega y rotulado "Alto Riesgo".
- El profesional de enfermería es el responsable de preparar las soluciones y/o de electrólitos concentrados en el área específica y exclusiva para este procedimiento.
- Para la administración de electrolitos concentrados se utilizará la Bomba de Infusión, debiendo todo el personal estar capacitado en el uso, manejo y utilización de la misma.
- Si durante la administración, el médico dispone adjuntar electrolitos a la mezcla registrado en la Historia Clínica, se descartará la solución iniciada para continuar la nueva solución.
- En caso de identificar eventos adversos o fallas, se notificará al médico responsable, registrándose en la Historia Clínica y en el Formulario de Eventos Adversos que debe de existir en cada servicio.

En este sentido, los Establecimientos de Salud deben realizar actividades orientadas al cumplimiento de esta meta, considerando para ello mínimamente los siguientes parámetros: (58)

- Se desarrollan e implementan procedimientos que definan la identificación, la ubicación, el etiquetado y el almacenaje de medicación de alto riesgo.
- No se debe almacenar electrólitos concentrados en unidades de atención al paciente, salvo en aquellas áreas el procedimiento lo autorice y sean necesarios desde el punto de vista clínico y se tomen medidas contra la administración involuntaria.
- Los electrolitos concentrados que se almacenan en las unidades de atención al paciente se identifican claramente y se almacenan de forma que tengan un acceso restringido y de uso exclusivo del personal de salud.

USO DE BOMBAS DE INFUSIÓN

Con el objetivo de garantizar el uso correcto de las bombas de infusión en los Establecimientos de Salud, es necesario desarrollar acciones de capacitación que involucren la participación de todo el personal vinculado con esta actividad, con la finalidad de generar acciones que eviten los eventos adversos y reduzcan los riesgos para los pacientes, entre las cuales se pueden destacar: (45) (49)

- El establecimiento de salud debe contar con un Protocolo para el Manejo de Bombas de Infusión.
- Todo el personal encargado de la administración de medicamentos a pacientes debe ser capacitado en el manejo de las bombas de infusión.
- Realizar la capacitación acerca de las bombas de infusión para el personal de nuevo ingreso, antes y durante el desempeño de sus funciones.
- Documentar las capacitaciones realizadas, especificando el servicio y datos de identificación del personal.
- Reportar de manera escrita, inmediata y oportunamente daños del equipo en el caso de su identificación y el tiempo de respuesta por el personal responsable de su mantenimiento.
- Aplicar las medidas necesarias de almacenamiento, disponibilidad contemplando medidas de bioseguridad antes, durante y después del uso de estos dispositivos médicos.

ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Con el objetivo de disminuir la incidencia de infecciones asociadas a la atención asistencial, relacionadas con la herida quirúrgica; resultado de procedimientos quirúrgicos que se realicen en los Establecimientos de Salud, de acuerdo a su tipología y nivel de complejidad, en los casos en el que el personal médico precise la administración oportuna de antibióticos profilácticos, como una forma ampliamente reconocida de reducir infecciones postoperatorias sin embargo, los antibióticos pueden administrarse con demasiada anticipación, muy tarde o de manera errática, e inclusive el uso prolongado o inapropiado de antibióticos de amplio espectro puede llevar a los pacientes a un riesgo adicional, desarrollando cepas resistentes a los mismos.

Las infecciones de heridas quirúrgicas siguen siendo una de las causas más comunes de complicaciones posoperatorias, aunque la evidencia indica que las medidas preventivas comprobadas se siguen de manera muy inconsistente. (49) por lo que es necesario desarrollar e implementar acciones orientadas a minimizar estos riesgos:

- Los Establecimientos de Salud deben elaborar un Protocolo del Manejo de Antibióticos Profilácticos, acorde a mejor evidencia clínica científica disponible.
- Registrar la Administración del antibiótico, detallando el día de inicio y los días de administración del mismo.
- En el caso de procedimientos quirúrgicos menores se administrará profilaxis antibiótica de acuerdo a la mejor evidencia clínica científica disponible.

COMUNICACION DE MEDICAMENTOS

Los errores de medicación se producen en procesos relacionados con la transición asistencial y cambios con el responsable del paciente. Las discrepancias que se producen entre los medicamentos que el paciente tomaba antes del ingreso y la prescripción al ingreso se han puesto en evidencia en diversos estudios, lo que conlleva errores de comunicación que constituyen un problema de seguridad y han sido señalados por organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Institute for Health care Improvement (IHI) y la Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations (JCAHO) como un tema prioritario dentro de la estrategia de seguridad del paciente. (45)

Los medicamentos deben comunicarse en todas las transiciones del personal asistencial, esto es cada vez que un nuevo profesional clínico participa en su atención, el paciente cambia de servicio o nivel asistencial. En el Establecimiento de Salud se debe realizar el historial fármaco-terapéutico, completo y lo más detallado posible, de acuerdo a la situación al ingreso, siendo parte importante de la anamnesis del paciente. El objetivo es conocer el historial fármaco-terapéutico de cada paciente es para evitar reacciones e interacciones medicamentosas no deseadas y optimizar los efectos terapéuticos deseados en todas las transiciones asistenciales, para lo cual se requiere:

- Definir el procedimiento para la conciliación de medicamentos y asegurar su aplicación, administración o uso, de acuerdo a las indicaciones médicas.
- Prevenir los errores por una inadecuada comunicación de medicamentos en los Establecimientos de Salud y entre los mismos al momento de la referencia, transferencia o contrareferencia de los mismos.

Comunicación de los medicamentos al ingreso:

Se debe implementar un proceso estandarizado para obtener información de los medicamentos que el paciente toma en el medio ambulatorio con los prescritos en el ingreso, y deberá ser conocido por todos los profesionales implicados en el uso y administración de medicamentos, mediante el registro obligatorio en el Expediente Clínico por parte del personal de salud responsable de su atención. (49)

- La información básica del paciente (Nombre completo, Servicio de Internación, número de Expediente Clínico, Cédula de Identidad, Médico tratante, entre otros) misma que deberá estar clara (letra legible y/o estandarizada o impresa por medios electrónicos).
- La información del paciente en cuanto a diagnóstico de ingreso, comorbilidades (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Insuficiencia Renal, Insuficiencia Hepática, etc.) o condiciones especiales (Embarazo, lactancia, alergias, etc.), se recopilará en la Historia Clínica y se comunicará al personal de cuidado directo.
- La información sobre alergias del paciente estará disponible tanto para el personal de cuidado directo como para el farmacéutico.

- El farmacéutico deberá participar activamente en el proceso del sistema de utilización de medicamentos del Establecimiento de Salud registrando, validando y monitorizando todas las prescripciones de medicamentos antes de iniciar los tratamientos por medio de la implementación de un sistema de dispensación en dosis unitaria. (A excepción de situaciones de urgencia vital o indicaciones explícitas registradas en la Historia Clínica).
- Los cambios realizados deben ser adecuadamente documentados.
- Se utilizará el Kardex de administración de medicamentos para enfermería, no se administra nada que no esté registrado en el Kardex de administración con lo que se asegura que no exista diferencia entre la prescripción y la administración.
- Se informará al paciente y sus familiares de las posibles sustituciones y suspensiones de su tratamiento habitual durante su estadía conforme a indicaciones médicas; el paciente y el familiar deberá saber que todo su tratamiento está perfectamente supervisado y que no debe, ni tiene que tomar ningún medicamento que no le sea administrado por el personal de enfermería y de salud.
- Se debe comunicar al prescriptor, al personal de enfermería o al personal de salud los medicamentos que el paciente trae al ingreso, para lo cual el paciente debe informar los medicamentos que está tomando habitualmente, en caso que la información proporcionada carezca de claridad y seguridad, el familiar debe portar y enseñar los medicamentos.
- En el proceso de comunicación deberá considerar siempre el uso de plantas medicinales, productos homeopáticos, suplementos dietéticos y otros que el paciente ingiera con regularidad.

Comunicación de los medicamentos al egreso:

- Se indicará y registrará en el Expediente Clínico el tratamiento de egreso, características propias de la prescripción y tiempo de tratamiento; los pacientes pueden consultar después de su egreso cualquier preocupación o duda sobre sus medicamentos con el personal de salud responsable o médico tratante.

META 4: GARANTIZAR CIRUGÍAS DEL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO Y EL PACIENTE CORRECTO

Actualmente, la mayoría de los eventos adversos que afectan a los pacientes internados están relacionados con la atención y los servicios quirúrgicos. (60). Estos eventos son prevenibles cuando las herramientas de Seguridad del Paciente se utilizan correctamente, como la “Lista de Verificación de Cirugía Segura” recomendada por la Organización Mundial de la Salud. (45), con el fin de optimizar la seguridad durante los procedimientos quirúrgicos y reducir el riesgo de error del paciente, los Establecimientos de Salud deben planificar los procedimientos quirúrgicos del lugar correcto, con el procedimiento correcto y con el paciente correcto. (58)

Realizar el procedimiento del lugar equivocado, utilizando el procedimiento equivocado o en el paciente equivocado es un problema latente, estos errores son el resultado de una comunicación deficiente o inadecuada entre los miembros del equipo quirúrgico, la falta de participación del paciente en el marcado del sitio y la falta de procedimientos de verificación del sitio quirúrgico, además, la evaluación inadecuada del paciente, la revisión inadecuada del Expediente Clínico, una cultura que no apoya la comunicación abierta entre los miembros del equipo quirúrgico, problemas relacionados con la escritura ilegible y el uso de abreviaturas son los factores más comunes que incurren en incidentes o eventos adversos, por lo que la Lista de Verificación de Cirugía Segura es un instrumento de uso frecuente por los profesionales en salud para mejorar la seguridad quirúrgica.

Los Establecimientos de Salud, deben contar con procedimientos efectivos para eliminar estos incidentes o eventos adversos, estos procedimientos deberán incluir definiciones en el marco de los protocolos de atención para procedimientos quirúrgicos que incluyan, como mínimo, aquellas pruebas de diagnóstico o tratamiento que involucren el sitio de la incisión, extracción, modificación o inserción de dispositivos diagnósticos o terapéuticos. Los procedimientos esenciales que se deben incluir son:

a) Marcado del sitio quirúrgico.
b) Proceso de verificación preoperatorio.
c) Al menos de una Pausa Quirúrgica o "Time Out", que es una pausa momentánea de todo el equipo, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales.

Considerando la implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía de la OMS, (54)

a) El marcado del sitio quirúrgico se realiza con la participación del paciente y con marcas identificables, todos los sitios deben estar marcados por igual, debe ser realizado por la persona que realiza el procedimiento, debe realizarse con el paciente despierto y consciente, y debe ser visible una vez que el paciente esté listo y cubierto (se debe proporcionar la información al paciente de forma anticipada sobre la marca que se realizar si estuviera consciente). En todos los casos se marca el sitio quirúrgico, pero con mayor cuidado en los sitios asociados a lateralidad, estructuras múltiples (dedos de manos y pies) o segmentos múltiples (columna vertebral).

b) En el proceso de verificación preoperatorio se debe verificar que el sitio, el procedimiento y el paciente sean correctos, asegurando que sean accesibles, disponibles, debidamente etiquetados todos los documentos del Expediente Clínico, Estudios relevantes y se debe verificar la presencia y correcto funcionamiento de todos los equipos, materiales, insumos e implantes especiales que sean necesarios

c) La Pausa Quirúrgica o "time-out" es una pausa momentánea de todo el equipo, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales, previo al procedimiento permite resolver los posibles problemas o confusión, como donde se realizará la cirugía, justo antes de que comience e involucra la participación de todo el equipo quirúrgico, además de realizarlo durante el procedimiento quirúrgico para registrar el recuento de material e insumos y la descripción de hallazgos o eventualidades.

d) Los siguientes formularios se adjuntarán y verificarán en el Expediente Clínico previo al procedimiento quirúrgico, Consentimiento Informado de la Intervención Quirúrgica o Cirugía, Consentimiento Informado de Anestesia, Valoración Preanestésica, Lista de Verificación de Cirugía Segura, Consentimiento Informado de Transfusión Sanguínea (en caso de ser necesario), Lista de verificación prequirúrgica para la preparación del paciente quirúrgico.
   En todos los Establecimientos de Salud donde se realicen intervenciones quirúrgicas, al menos se realizará la Lista de Verificación de Cirugía Segura propuesta por la OMS. Registrándose esta información mensualmente de acuerdo a los requerimientos de la Matriz de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y el Consentimiento Informado debe estar registrado y autorizado por el paciente, el familiar y el cirujano **antes de la cirugía** con la fecha, hora, sellos y firmas correspondientes acorde a normativa vigente.

En este sentido, los Establecimientos de Salud deben realizar actividades encaminadas a lograrlo, teniendo en cuenta al menos los siguientes parámetros (58)

- El establecimiento utiliza marcadores reconocibles para la identificación del sitio quirúrgico e involucra a los pacientes en el proceso de marcado.
- El establecimiento utilizara la Lista de Verificación de Cirugía Segura u otro proceso para verificar que todos los documentos y equipos necesarios estén disponibles, sean los correctos y funcionen de manera adecuada.
- Todo el equipo quirúrgico realizara y documentara al menos de una Pausa Quirúrgica o "Time Out", principalmente antes de iniciar el procedimiento.
- Los procedimientos desarrollados definen un proceso uniforme para garantizar su realización en el lugar correcto, utilizando el procedimiento correcto y en el paciente correcto, incluidos los procedimientos médicos y odontológicos realizados fuera del quirófano.

LINEAMIENTOS A PRIORIZAR:

1. *PROFILAXIS DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO*

   El tromboembolismo, es el término colectivo para la trombosis venosa profunda y la embolia pulmonar, siendo una complicación grave y común para los pacientes que se encuentran internados o sometidos a procedimientos quirúrgicos. La evidencia científica muestra que la incidencia puede reducirse o evitarse al identificar a los pacientes que corren riesgo y al proporcionar intervenciones basadas en la evidencia apropiada de trombo profilaxis. (49)

   El tromboembolismo es una enfermedad aguda, originada por la conjunción de múltiples causas que confluyen en un momento determinado de un paciente. Normalmente existe una causa desencadenante, evidente o no, que suma a una combinación de factores, más o menos permanentes, que predisponen al paciente a padecer un tromboembolismo venoso. (49)

   Formas de profilaxis.

   Las medidas profilácticas deberán estar dirigidas a impedir la formación del trombo, en general se distinguen dos tipos de profilaxis, la primaria y la secundaria; la *primaria* se refiere a tratar todos los pacientes en riesgo con métodos físicos o farmacológicos de acuerdo a la categoría de riesgo y la profilaxis *secundaria* se refiere a practicarla en los pacientes que se les diagnostica una trombosis venosa profunda subclínica, mediante exámenes especializados y tratarlos en forma completa. Para esta finalidad se deberá aplicar los procesos y procedimientos establecidos en las normas de diagnóstico y tratamiento de vigencia nacional.

   Evaluación del riesgo y medidas preventivas

   - Identificar los pacientes con factores de riesgo más alto relacionados con tromboembolismo.
   - Proporcionar los cuidados de profilaxis acorde a la mejor evidencia disponible.
   - El profesional médico responsable del cuidado del paciente, verificará si está documentada la evaluación de riesgo, según el protocolo definido por el Establecimiento de Salud, en el Expediente Clínico previa a la intervención quirúrgica.
   - En todo paciente sometido a cirugía con factores de riesgo de acuerdo a la evaluación previa, el profesional médico responsable del cuidado del paciente, confirmará que están indicadas las medidas preventivas.

- El profesional médico responsable del cuidado del paciente, verificará que se están realizando las medidas preventivas indicadas y si existe constancia de ello en el Expediente Clínico.
- Identificar a los pacientes con cirugías ortopédicas mayores y asegurarse de proporcionar la adecuada profilaxis durante la internación y posterior al egreso.

2. PREVENCION DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)

Con el objetivo de disminuir la aparición de lesiones, que se producen en la piel y en los tejidos que se encuentran inmediatamente por debajo, debido a la presión que ejercen sobre estos, los objetos de superficies duras (camas, colchonetas y sillas) y el sistema óseo se desarrollan los lineamientos orientados a reducir y prevenir la aparición de ulceras por presión.

La presencia de úlceras por presión en pacientes internados, que no solo ocasionan la incomodidad física al paciente, sino también se relacionan con la internación prolongada, aumento del riesgo de desarrollo de complicaciones adicionales, necesidad de cirugía correctiva y efectos en la tasa de mortalidad.

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

Los pacientes en Medicina Crítica y Cuidados Intensivos son los más propensos a padecer úlceras de presión debido a la sedación, alteración del nivel de conciencia, soporte de respiración, uso de drogas vaso activas, restricción de movimientos por un período prolongado de tiempo e inestabilidad hemodinámica.

El instrumento de evaluación del riesgo utilizado y probado es la Escala de Braden y a pesar de no haber sido desarrollada específicamente para pacientes críticamente enfermos, presenta una especificidad y sensibilidad para esta población. (49)

CUADRO 4: ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Puntuación / Parámetros	1	2	3	4
Percepción Sensorial	Completamente Limitada	Muy Limitada	Ligeramente Limitada	Sin Limitaciones
Exposición a la Humedad	Siempre Húmeda	Muy Húmeda	Ocasionalmente Húmeda	Rara Vez Húmeda
Actividad	En Cama	En Silla	Camina Ocasional	Camina con Frecuencia
Movilidad	Inmóvil	Muy Limitada	Ligeramente Limitada	Sin Limitaciones
Nutrición	Muy Pobre	Probablemente Inadecuada	Adecuada	Excelente
Fricción / Peligro de Lesiones	Problema o Riesgo Máximo	Problema Potencial	No Hay Problema Aparente	

PUNTUACIÓN TOTAL	**<12 Puntos** Riesgo alto	**13-15 Puntos** Riesgo moderado	**>16 Puntos** Riesgo bajo

Fuente: *Adecuación propia en base a Escala de Braden* (61)

La escala evalúa al paciente y determina el riesgo de Úlceras por Presión mediante seis parámetros: Percepción Sensorial, Exposición a la Humedad, Actividad, Movilidad, Nutrición y Fricción/Peligro de Lesiones. Según el grado de moderación de cada parámetro se le asigna una puntuación: 1, 2, 3 o 4, donde a mayor riesgo menor puntaje y a menor riesgo mayor puntaje; de la puntuación total obtenida, se los clasifica en tres grupos: Riesgo Alto (menor a 12 puntos), Riesgo Moderado (entre 13 a 15 puntos) y Riesgo Bajo (mayor a 16 puntos), tal como se muestra en el cuadro 4. (61)

Localizaciones más frecuentes

Las úlceras por presión normalmente se producen en los puntos de apoyo del cuerpo que coinciden con las prominencias o rebordes óseos, en la población pediátrica las localizaciones más frecuentes difieren de las de los adultos, en niños ingresados en UCIP se localizan con mayor frecuencia en: cabeza (sobre todo en occipucio), oreja, pecho y sacro, esto es debido a las características antropomórficas de los niños. (49) mientras que en los adultos se localizan en región dorsal, sacra, glútea, articulación de las rodillas, codos y tobillos.

Evaluación del riesgo y medidas preventivas (49)

- Evaluar el riesgo de desarrollar una úlcera por presión a cada paciente hospitalizado independientemente del servicio o localización al interior del Establecimiento de Salud.
- En el caso de personas con discapacidad en domicilio, en cuidados paliativos a largo plazo y otras con riesgo de desarrollar úlceras por presión, se realizará la respectiva valoración del riesgo durante la atención domiciliaria.
- Aplicar una escala de riesgo validada por los profesionales de enfermería (Braden u otra, dependiendo de la evaluación del riesgo) en todos los pacientes internados, principalmente en unidades de medicina crítica y cuidados intensivos adultos y pediátricos, en todas las especialidades dentro de las 48 horas de su ingreso, cada vez que cambien las condiciones del paciente o por cambio de servicio y en pacientes que requieran atención domiciliaria.
- Evaluar y reevaluar con regularidad mediante la escala de riesgo, a todos los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión o si las condiciones clínicas no son favorables.
- Realizar una evaluación del estado nutricional en todos los pacientes con factores de riesgo de desarrollar úlceras por presión.
- Registrar en el Expediente Clínico y en los Registros de Enfermería la evaluación del riesgo y la indicación de medidas de prevención.
- El profesional médico y de enfermería responsables del cuidado del paciente, verificarán en el Expediente Clínico si está documentada la evaluación de riesgo según el protocolo definido por el Establecimiento de Salud y la realización de medidas preventivas.

META 5: REDUCCIÓN EN LOS RIESGOS DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS)

La prevención y el control de infecciones suponen un desafío ante el aumento de infecciones asociadas con la atención en salud representan una preocupación importante tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios. Las infecciones más frecuentes incluyen infecciones de las vías urinarias asociadas con el uso de catéteres, infecciones sanguíneas y neumonía (a menudo asociadas con la respiración asistida). Para erradicar estas y otras infecciones es fundamental una adecuada higiene de manos. (58)

La prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), son un elemento clave para garantizar la seguridad del paciente, todo paciente ambulatorio o internado está en riesgo de adquirir una infección relacionada con los cuidados de salud. Los avances de los últimos años en la prevención, diagnóstico y terapéutica, no han logrado desvanecer por completo el riesgo de adquirir una IAAS.

NORMAS ASISTENCIALES PARA EVITAR LAS IAAS.

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

Los programas de prevención y control de IAAS, tienen como punto fundamental la higiene de las manos, que a su vez es la medida de prevención menos costosa. Todo el equipo de salud que se encuentra en contacto directo o indirecto con los pacientes, debe practicar esta medida de prevención de infecciones, en cada momento que sea necesario; igualmente, los familiares de los pacientes tienen la responsabilidad de practicar el lavado de manos o su higienización con alcohol en gel.

Las prácticas de higiene de manos, en base a las guías internacionalmente sugeridas publicada por la OMS, en Establecimientos de Salud considera 5 momentos de higiene de manos:

1. Antes de tocar al paciente.
2. Antes de realizar una tarea aséptica.
3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
4. Después de tocar un paciente.
5. Después del contacto con el entorno del paciente.

Sin embargo, dentro de las publicaciones de la OMS, se generó la higiene de las manos en la asistencia ambulatoria, domiciliaria y en los cuidados de larga duración, la guía propuesta establece que para la atención ambulatoria la utilización es de 4 momentos.

1. Antes de tocar al paciente.
2. Antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
4. Después de tocar al paciente. (62)

INDICACIONES PARA LA HIGIENIZACIÓN DE LAS MANOS

- Lavarse las manos con agua y jabón cuando estén sucias, contaminadas o manchadas con sangre o líquidos corporales o estén expuestas a organismos con capacidad de esporular (producir esporas), después de ir al baño.
- Aplicar los cinco momentos en el lavado de manos.
- Lavarse las manos con agua y un jabón simple o antimicrobiano, o frotárselas con una preparación alcohólica antes de manipular medicamentos o preparar alimentos.

- No utilizar jabones antimicrobianos cuando ya se haya utilizado una preparación alcohólica para la fricción de las manos.

Procedimiento sugerido por la OMS para la higiene de manos.

1. Abrir el grifo y mojar las manos.
2. Aplicar en la palma de la mano, suficiente jabón líquido para cubrir toda la superficie de ambas manos.
3. Enjabonar las palmas de las manos, frotándolas entre sí.
4. Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos, y viceversa.
5. Entrelazar los dedos y frotar los espacios entre ellos.
6. Frotar la parte posterior de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, sosteniendo sus dedos, moviendo hacia adelante y hacia atrás, y viceversa.
7. Frote el pulgar derecho con la ayuda de la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento circular, y viceversa.
8. Frote las puntas digitales y las uñas de la mano izquierda contra la palma de la mano derecha, cerrada en concha, haciendo un movimiento circular y viceversa.
9. Frote la muñeca izquierda con la ayuda de la palma de la mano derecha, haciendo un movimiento circular, y viceversa.
10. Enjuague las manos, retirando los residuos de jabón, evite el contacto directo de las manos enjabonadas con el grifo.
11. Seque las manos con papel descartable, empezando por las manos y siguiendo por los puños. En el caso de grifos con contacto manual para el cierre, siempre use papel descartable.
12. El tiempo de duración del lavado de manos es de 40 a 60 segundos.

Higiene de las manos con alcohol gel al 70%

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

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

Para esta finalidad el Establecimiento de Salud debe realizar las acciones orientadas a difundir, impulsar y documentar el proceso del lavado de manos, debiendo contemplar los siguientes puntos: (58)

- El Establecimiento de Salud tiene que elaborar la Guía para la higiene de manos.
- El Establecimiento de Salud implementa un programa efectivo para la higiene de manos.
- Se debe desarrollar procedimientos e indicadores para reducir y monitorizar continuamente el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.

META 6: REDUCIR RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS

Todos los pacientes que se encuentran internados o que reciben atención en un Establecimiento de Salud, tienen el riesgo de sufrir caídas, la población más vulnerable son los niños, adultos mayores y las personas con discapacidad física, intelectual o mixtas. Las caídas pueden causar lesiones serias a los pacientes e incrementan los costos, aumentando los días de permanencia institucional y procesos judiciales originados por caídas de paciente.

El objetivo es prevenir y reducir el riesgo de caídas y los efectos adversos derivados de las mismas e instaurar las medidas estandarizadas de acuerdo al riesgo identificado. Esta meta en los Establecimientos de Salud, trata de identificar, evaluar y reevaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes y tomar las medidas preventivas correspondientes, las principales actividades al respecto para evitar el riesgo de caídas son: (63)

1. Señalética de piso húmedo o deslizable (alertas visuales).
2. Proporcionar apoyo para la obtención de silla de ruedas.
3. Área específica para niños.
4. Báscula a nivel del piso (como medida de evitar caídas en el área de geriatría se propuso colocar a nivel del piso la báscula con la cual se disminuyó el riesgo de caídas al realizar la toma de peso).
5. Elevar los barandales de la cama y camillas cuando el paciente se encuentre solo.
6. Trasladar al paciente en camilla segura.
7. Sujeción del paciente en caso de ser necesario.
8. Colocar interruptores de llamado al alcance del paciente y revisar correcto funcionamiento.
9. Colocar una silla para el baño y aseo del paciente.
10. Acercar aditamentos de ayuda (bastones, andadera, silla de ruedas y otros)
11. Establecer una iluminación adecuada a las necesidades.
12. Pasamanos en los baños.

VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS:

La valoración del riesgo de caídas es esencial a la hora de establecer medidas preventivas y adecuadas a cada paciente, en la planificación de actividades de prevención se deberá considerar la valoración global del paciente contemplando cada uno de los factores de riesgo. Se considerará que todo paciente, por el hecho de ingresar en un Establecimiento de Salud tiene factores extrínsecos de riesgo de caída, por consiguiente, deberá realizarse la valoración del riesgo de caídas a todos los pacientes que ingresen en cualquiera de los servicios. Se debe valorar siempre el riesgo de caída relacionado con cada uno de los factores intrínsecos previamente definidos.

a) Factores *AMBIENTALES:*

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

b) Factores del PACIENTE:

- Movilización sin asistencia ante la necesidad de ayuda.
- Movimientos en la cama.
- Valorar la necesidad básica de seguridad, en relación a:
  - Nivel de conciencia al ingreso y durante su internación.
  - Nivel de dependencia movilización asistida o independiente.
  - Nivel de dependencia relaciones sociales (acompañante)
- Tratamiento Medicamentoso uso de hipnóticos, sedantes o diuréticos.
- Edad mayor de 65 años, analizando el grado de autonomía personal.

Medidas de seguridad relacionadas con el equipo de salud:

- Elaborar e implementar un protocolo para reducir el riesgo de caídas, considerando las necesidades del Establecimiento de Salud.
- Evaluar el riesgo de caídas en pacientes ingresados (adultos y pediátricos), registrando el puntaje obtenido en el Expediente Clínico.
- Identificar al paciente que presenta riesgo de caídas (Colocación de una señal de riesgo en el brazalete de identificación).
- Informar a los familiares de la conveniencia de comunicar la situación de acompañamiento o no del paciente en períodos de 24 horas o por turno.
- Asegurar que el paciente tenga accesibilidad en todo momento el timbre de llamada o un teléfono y comprobar su funcionamiento por turno.
- Promover el uso de calzado cerrado con suela antideslizante por turno.

Medidas de seguridad relacionadas con el mobiliario.

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

Medidas de seguridad relacionados con el equipo de salud y pacientes pediátricos

- Disponer de una cama o cuna en posición lo más baja posible, con los frenos puestos, funcionales y barandales laterales elevados.
- Evaluar los espacios de los barandales laterales de la cama o cuna, para evitar que las extremidades de un niño u otra parte de su cuerpo queden atrapadas.
- Comunicar a los cuidadores del paciente, especialmente pediátrico, acerca de la vestimenta y calzado adecuados para evitar caídas.

- Educar al paciente pediátrico y cuidadores en relación a las medidas de seguridad durante su estancia y además sobre el uso del timbre o luz de llamada en caso de requerirse alguna necesidad o asistencia.

En este sentido, los establecimientos de salud deben realizar actividades orientadas al cumplimiento de esta meta, considerando para ello mínimamente los siguientes parámetros. (58)

- El establecimiento implementa un proceso para la evaluación inicial del riesgo de caídas del paciente y una reevaluación del paciente cuando así lo indique un cambio en su estado de salud o su medicación.
- Implementar medidas para reducir el riesgo de caídas en los pacientes con riesgo de caídas identificado.
- Monitorizar los resultados obtenidos por las acciones correctivas implementadas.
- Los procedimientos apoyan la reducción continua del riesgo de daño al paciente producido por caídas dentro del Establecimiento de Salud.
- Identificar número de accidentes por caída de pacientes en un periodo semestral o mínimamente anual.

3.2 SISTEMAS DE REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES (64)

Es indispensable que los Establecimientos de Salud cuenten con un sistema de registro y notificación de eventos adversos e incidentes, para su registro y análisis de dónde, cómo y porqué de su ocurrencia; para de esta manera poder tomar las medidas necesarias para reducir la probabilidad de que vuelva a ocurrir. Si bien es el personal de salud quien detecta el error ocurrido, son sin embargo los Responsables o Directores de los Establecimientos de Salud quienes tienen la capacidad de implementar las acciones necesarias.

La notificación, debe ser de consenso obligatorio para cualquier evento adverso o incidente relacionado a la seguridad del paciente, sea por la misma persona que protagonizo el hecho o por cualquier otra de la institución y/o servicio. Para este fin, se debe contar con un sistema de notificación, que tenga las siguientes características:

- Fácil de utilizar.
- Accesible.
- El reporte de notificación debe ser anónimo.
- Obligatorio.
- Independiente.
- Oportuno.
- No se debe culpabilizar al profesional, sino que encuentre en la notificación una oportunidad de mejora del sistema

A tiempo de contar con un sistema que facilite el registro y notificación de los eventos adversos e incidentes, su correspondiente plan de mejora continua estará a cargo del Comité de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente capaz de clasificar y analizar los mismos, para gestionar la implementación de las acciones correctivas pertinentes con las instancias que correspondan de forma oportuna, debiendo realizar sus funciones en base a un reglamento específico, (siendo los SEDES y la ASUSS las instancias principales encargadas del control y seguimiento de su correcto funcionamiento, informando al Ministerio de Salud y Deportes como ente rector y regulador).

3.3 CONDICIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Las condiciones esenciales son indispensables para lograr una atención de salud con calidad, oportuna, adecuada e integral. En el caso que un Establecimiento de Salud no lo pueda realizar, puede crear factores de riesgo para la atención. (39); en este sentido, el objetivo fundamental de una evaluación de las condiciones esenciales es identificar oportunidades de mejora y debilidades en la actual dinámica de la atención y desarrollo de los productos y servicios de salud brindados, de esta manera, los esfuerzos pueden enfocarse en los puntos clave identificados durante el proceso de evaluación, identificando áreas de mejora.

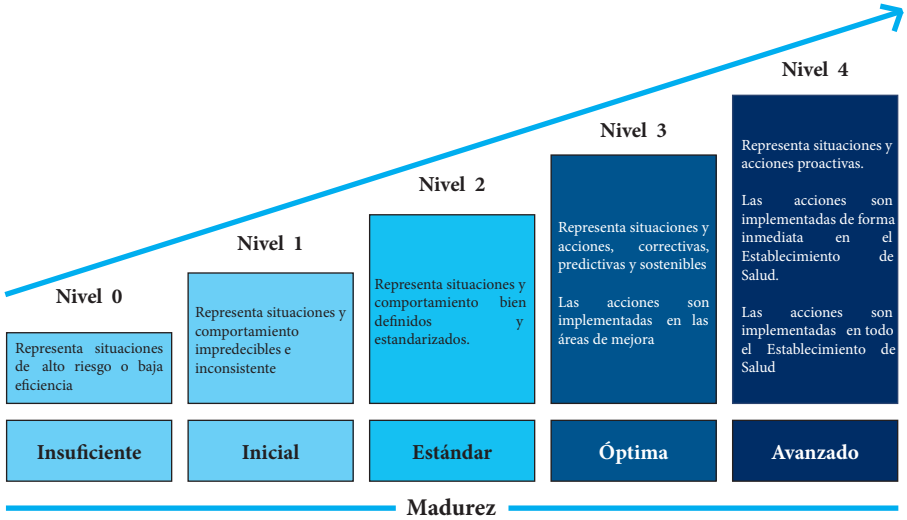
La evaluación se desarrolla en modelos de atención centrados en el paciente, familia y comunidad, además de los elementos necesarios para lograr los mejores resultados en la atención que reduzcan los riesgos referidos a la atención médica asistencial, maximizando la satisfacción del usuario, la aceptabilidad cultural del servicio y la reducción de las barreras de acceso, para lo que se utilizan métodos específicos basado en: (39)

- *Observación Directa*: Basado en visitar la institución o establecimiento, cubriendo cada servicio brindado, identificando áreas de mejora o intervención, evaluando aspectos de los servicios como infraestructura, procesos de atención, calidad y seguridad de la atención, seguridad laboral, trazabilidad de las acciones, políticas y modelos de atención, revisión de documentos, entrevistas al usuario interno y externo, entrevistas al equipo directivo y evaluaciones de percepción del entorno.

  Estas condiciones se agrupan en categorías denominadas criterios de evaluación, que son la estructura organizacional básica de la atención en salud: infraestructura, dotaciones y recursos de insumos, materiales, medicamentos y tecnologías en salud, personal, procesos, mejora continua, dirección, educación, formación y control institucional.

- *Aplicación de la Matriz de Valoración*: Consta de elementos y criterios para evaluar la madurez institucional desde las condiciones mínimas de atención hasta los más altos estándares de calidad, considerando que cada condición es valorada durante su desarrollo en una escala nominal de 5 valores de madurez:

CUADRO 5: NIVEL DE MADUREZ DE LAS CONDICIONES MÍNIMAS



Fuente: *Adecuación propia en base a Modelos de Madurez en Sistemas de Control, Automatización y Monitorización* (61)

Cada organización ha de definir sus objetivos en términos del nivel de madurez deseado, para ello, los niveles de madurez se pueden relacionar con un modelo de coste/riesgo/beneficio, este modelo considera el riesgo existente en cada nivel de madurez frente a su coste operativo de mantenimiento y el coste total de implementación para alcanzar ese nivel de madurez.

En general, se puede definir el nivel 2 de madurez como objetivo inicial, este nivel representa un estado adecuado considerando el impacto coste/riesgo/beneficio, normalmente, el nivel 2 incluye los requerimientos y los estándares disponibles en cada organización. Los niveles superiores necesitan de soluciones técnicas con un mayor grado de automatización y posiblemente con una mayor complejidad técnica, los modelos de madurez apoyan a las organizaciones a entender sus capacidades actuales e identificar oportunidades y acciones de mejora continua para alcanzar el siguiente nivel de madurez.

La valoración busca identificar modelos de atención que esté centrados en el paciente, la familia y la comunidad; mismos que aseguren las condiciones necesarias para obtener resultados óptimos de atención en salud, reduciendo los riesgos y eliminando las barreras de acceso. Los criterios de valoración también se distribuyen en grupos funcionales definidos por el momento de contacto con el paciente en cualquier servicio prestado por el Establecimiento de Salud

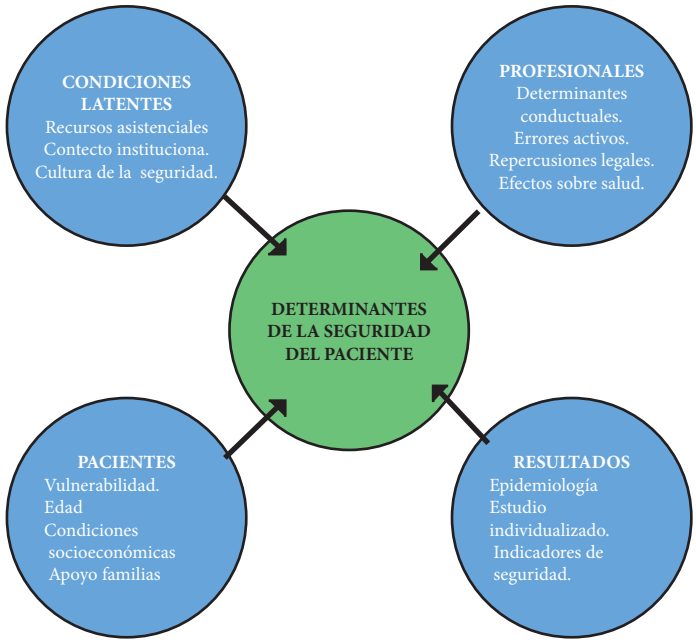
Estructura matricial de grupos funcionales y criterios de valoración

Cada condición está definida por variables consideradas elementos esenciales y puntos clave para su logro, las calificaciones de la condición están limitadas por el grado de cumplimiento de las variables. El logro de la autoevaluación depende del nivel de autocrítica en el momento de la calificación, ya que el objetivo no es definir una clasificación de resultados sino identificar oportunidades de mejora y factores clave que pueden ser barreras para el acceso o riesgos para la atención.

3.4 INVESTIGACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE (47)

La investigación sobre Seguridad del Paciente puede llevarse a cabo en todo el Sistema Nacional de Salud con el objetivo de contribuir al conocimiento generado en este campo, cumpliendo el rigor y método científico. Para lograr los mejores resultados en términos de seguridad del paciente, es necesario comprender las interacciones y los equilibrios que deben existir entre los elementos que componen la prestación del servicio (cultura de seguridad del paciente, cantidad y calidad de los recursos disponibles) y las características de los usuarios (características relacionadas con el envejecimiento, las condiciones socioeconómicas, los niveles de educación y el apoyo familiar y otros que puedan constituir una amenaza para la seguridad del paciente al aumentar la vulnerabilidad del paciente) (Figura 3). (47)

FIGURA 3*:* MARCO CONCEPTUAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



***Fuente**: Adecuación propia en base a Seguridad del Paciente* (47)

Mejorar la seguridad de la atención en salud requiere un aprendizaje permanente, donde las acciones de eficacia comprobada se pueden aplicar de manera práctica para reducir la probabilidad de fallas y errores, aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias, lo que se debe lograr a través de la investigación es la generación de nuevo conocimiento que pueda ayudar a mejorar la calidad y seguridad de la atención al paciente. (47)

Son muchos los factores que afectan a la Seguridad del Paciente, se da prioridad a aquellos que pueden considerarse problemas de seguridad en las atenciones, estos son factores que deben investigarse según una serie de criterios a considerar: como la magnitud del daño causado y medidos en términos de morbimortalidad e impacto, como las consecuencias económicas y sociales, expresadas en términos de costos de tratamiento, invalidez o indemnización, además, se deben considerar algunas diferencias según el desarrollo socioeconómico de los distintos países. (47)

CUADRO 6: ÁREAS PRIORITARIAS PARA LA INVESTIGACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

PRIORIDAD	PAISES EN DESARROLLO	PAISES EN TRANSICION	PAISES DESARROLLADOS
1	Identificación, desarrollo y evaluación de soluciones localmente efectivas y asequibles	Identificación, desarrollo y evaluación de soluciones localmente efectivas y asequibles	Falta de comunicación y coordinación
2	Análisis del costo-efectividad de las estrategias de reducción de riesgos	Análisis de costo-efectividad de las estrategias de reducción de riesgos	Fallos latentes de la organización
3	Medicamentos falsificados y de calidad inferior a la norma	Falta de conocimientos apropiados y transferencia de conocimientos	Escasa cultura de seguridad y culpabilizarían
4	Inadecuada formación, habilidades y competencias	Inadecuada formación, competencias y habilidades	Estrategias de costo-efectividad para reducir el riesgo
5	Atención a la madre y el recién nacido	Falta de comunicación y coordinación	Desarrollo de mejores indicadores de seguridad

***Fuente**: Tomado de Aibar C. Aranaz J* (47)

Determinar la importancia de los eventos adversos y reducir el daño son enfoques epidemiológicos que se pueden aplicar preferentemente a los estudios de riesgo de la atención, la relación entre los efectos adversos de los eventos y la seguridad del paciente, si la investigación tiene como objetivo cuantificar y monitorear el progreso en la seguridad del paciente, si la investigación tiene como objetivo comprender los factores que contribuyen a mejorar la seguridad del paciente, se pueden elegir otros métodos, como los métodos cualitativos. (47)

Bajo este enfoque, se pueden identificar dos perspectivas analíticas complementarias, una perspectiva colectiva, dirigida a cuantificar los riesgos en salud, y una perspectiva individual, dirigida a analizar las causas y los factores que influyen en él. (Cuadro 6). (47)

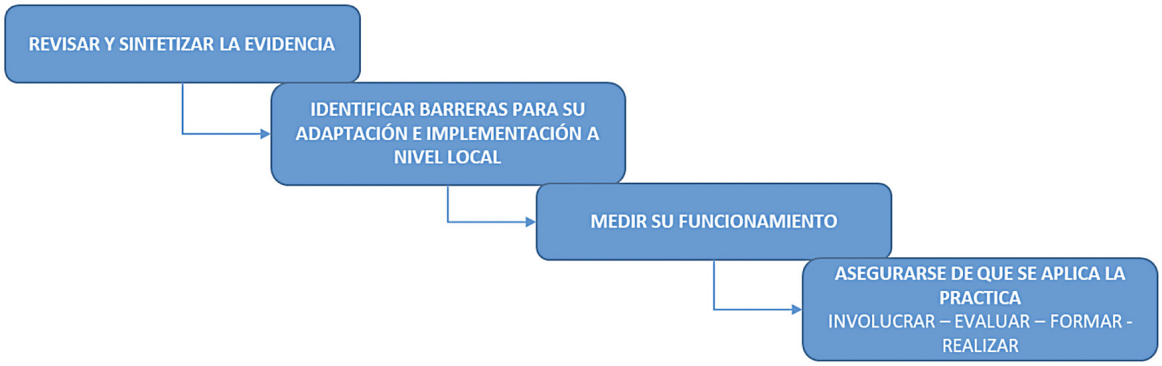
CUADRO 7*:* PERSPECTIVA INDIVIDUAL Y COLECTIVA DEL ESTUDIO DE LOS RESULTADOS ADVERSOS

COLECTIVA		INDIVIDUAL
¿Qué? ¿Dónde? ¿Cuándo?	PREGUNTA	¿Por qué? ¿Cómo?
En conjunto: Epidemiología y vigilancia	ANALISIS	Caso a caso: Metodología cualitativa
Expediente Clínico Historia Clínica Datos clínico-administrativos	FUENTES DE DATOS	Sistemas de notificación y aprendizaje Observación directa Eventos centinela Reclamaciones, quejas y litigios Sesiones de morbimortalidad Profesionales clave
Estudios de cohortes Estudios transversales Series temporales de indicadores	METODOS	Análisis de causa raíz Protocolo de Londres Análisis modal de falos y efectos
Asociación estadística	ATRIBUCION CAUSAL	Opinión de expertos
Validez y capacidad de inferencia	FORTALEZAS	Flexibilidad acercamiento a la realidad asistencial concreta
Sesgos de selección, confusión, mala clasificación	LIMITACIONES	Sesgo de información, distorsión retrospectiva
Cuantificarlos y monitorizarlos	OBJETIVO	Comprenderlos

***Fuente**: Tomado de Aibar C. Aranaz J* (47)

Trasladar a la práctica la evidencia de seguridad disponible y la evaluación de su implementación es un área donde se debe realizar la mayor investigación colaborativa con disciplinas como la psicología, la ingeniería para encontrar el conocimiento que conduce a la implementación de las evidencias de seguridad existentes (Figura 5). (47)

FIGURA 4*:* ESTRATEGIA PARA APLICAR UNA PRÁCTICA SEGURA: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA



Fuente: *Modificado en base a La Investigación en Seguridad del Paciente* (47)

3.5 EDUCACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

La educación tanto para el paciente como para el personal que brinda servicios de salud, es un paso estratégico para abordar los problemas de seguridad en los establecimientos de salud; la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud ha definido las "aptitudes, capacitación y habilidades" como una de sus diez principales prioridades de investigación sobre Seguridad del Paciente. (47)

Existen tres tipos de acciones necesarias para que los Establecimientos de Salud mejoren la seguridad; una de ellas es aumentar el conocimiento de las "habilidades para analizar eventos y detectar vulnerabilidades en el sistema de cuidado de la salud" entre los usuarios externos e internos (47), para ello, los Establecimientos de Salud a están obligados a: (47)

a) Proporcionar capacitación y educación continua en Seguridad del Paciente a los directivos, administrativos, personal sanitario, personal de apoyo y todos aquellos involucrados directa o indirectamente en el cuidado de la salud dentro del Establecimiento de Salud.

b) Educar a los pacientes, familias, comunidad y aquellas personas de la sociedad relacionadas con el cuidado de la salud.

Acciones del Establecimiento de Salud: (47)

- Promover líneas de investigación en temas relacionados con la Seguridad del Paciente.
- Realizar al menos una vez al año una jornada de capacitación y educación en Seguridad del Paciente dirigido al personal en general del Establecimiento de Salud, pacientes familia y comunidad.
- El temario de capacitación debe ser consensuado con las áreas identificadas de mayor riesgo en el Establecimiento de Salud identificados como área de mejora.
- Todo temario de capacitación debe incluir la manera como aplicar los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridas en función de las prácticas seguras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez-Herrera R, Losardo RJ. www.researchgate.net. [Online].; 2018.. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/330324636_Historia_de_la_seguridad_del_paciente_Hitos_principales_desde_los_albores_de_la_civilizacion_hasta_los_primeros_retos_globales_y_el_estudio_IBEAS_History_of_patient's_Safety_From_the_dawn_of_civilizat.
2. Rodríguez-Herrera R. Humanismo y medicina. Humanism Humanism and medicine. Comisión Nacional de Arbitraje Médico - CONAMED. 2017; 7(2).
3. Rodriguez-Herrera R, Losardo RJ. https://www.researchgate.net. [Online].; 2021.. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/349465926_History_of_patient's_Safety_From_the_dawn_of_civilization_to_the_WHO_Global_Patient_Safety_Challenges_and_IBEAS_study.
4. Schimmel EM. The hazards of hospitalization. 1964. Qual Saf Health Care. 2003; 12(1).
5. World Healt Organization. www.who.int. [Online]: Ediciones Universidad del Salvador (USAL), Bueos Aires, Argentina; 2011. Disponible en: https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/guidance/curriculum-guide-tools/resources.
6. World Health Organization. www.who.int. [Online]; 2021. Disponible en: http://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan.
7. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, all e. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican Study of Adverse Events' (IBEAS). BMJ Qua Saf. 2011; 20.
8. Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C. Estudio Ibeas: Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica. Madird: Ministerio de Sanidad y Política Social.
9. Organización Mundial de la Salud. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. https://codeinep.org/wp-content/uploads/2017/02/ibeas_report_es.pdf.
10. Organización Mundial de la Saud. 55a Asamblea Mundial de la Salud. [Online]; 2002. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258955/WHA55-2002-REC-1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
11. Organización Mundial de la Salud. 57ª Asamblea Mundial de la Salud. [Online]; 2004. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/21857/A57_REC1-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
12. Organización Mundial de la Salud. Reto Mundial en Pro de la Seguridad del Paciente. Una atención limpia es una atención más segura. [Online]; 2005-2006. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2006/docs/retomundialproseguridadpaciente.pdf.
13. Organización Mundial de la Salud. Segundo Reto Mundial en Pro de la Seguridad del Paciente: La cirugía segura salva vidas. [Online]; 2008. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf?sequence=1.
14. Sheikh A, Dhingra-Kumar N, Kelley E, Kieny M, L. D. Bulletin of the World Health Organization. The third global patient safety challenge: tackling medication-related. [Online].; 2017.. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/BLT.17.198002.

15. Organización Mundial de la Salud. Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS). [Online].; 2007.. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf.

16. Organización Mundial de la Salud. www.paho.org. [Online]; 2019. Disponible en: https://www.paho.org/es/cuerpos-directivos/consejo-directivo/57o-consejo-directivo-71a-sesion-comite-regional-oms-para.

17. OMS/OPS. 72.ª Asamblea Mundial de la Salud. [Online]; 2019. Acceso 16 de 10de 2023. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_JOUR6-sp.pdf.

18. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del Paciente. [Online]; 2023. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety.

19. Rutten BPF, Hammel SC, Geschwind N. Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. [Online].; 2013.. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3746114/.

20. Aitken M, Gorokhovich L. Advancing the Responsible Use of Medicines: Applying Levers for Change. Parsippany (NJ): IMS Institute for Healthcare Informatics. [Online].; 2012.. Disponible en: https://ssrn.com/abstract=2222541.

21. World Health Organization. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. Ginebra. [Online].; 2011.. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf?sequence=1.

22. Organización Mundial de la Salud. Clinical transfusion process and patient safety: Aide-mémoire for national health authorities and hospital management. Ginebra. [Online].; 2010.. Disponible en: http://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/who_eht_10_05_en.pdf?ua=1.

23. Janssen MP, Rautmann G. The collection, testing and use of blood and blood components in Europe. Strasbourg: European Directorate for the Quality of Medicines and HealthCare (EDQM) of the Council of Europe. [Online].; 2014.. Disponible en: https://www.avis.it/application/files/3316/7336/4731/the-collection-testing-and-use-of-blood-and-blood-components-in-europe-2017-2018-and-2019-report.PDF.

24. Singh H, Meyer AN, Thomas EJ. The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. BMJ Qual Saf. 2014;23(9):727–31. [Online].; 2014.. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24742777.

25. Boadu M, Rehani MM. Unintended exposure in radiotherapy: identification of prominent causes. Radiother Oncol. 2009; 93(3):609–17. [Online].; 2009.. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19783058.

26. Shafiq J, Barton M, Noble D, Lemer C, Donaldson LJ. An international review of patient safety measures in radiotherapy practice. Radiother Oncol. 2009;92:15-21. [Online].; 2009.. Disponible en: http://www.thegreenjournal.com/article/S0167-8140(09)00093-0/abstract.

27. Fleischmann C, Scherag A, Adhikari NK, et al. Assessment of Global Incidence and Mortality of Hospital-treated Sepsis. Current Estimates and Limitations. Am J Respir Crit Care Med 2016; 193(3): 259-72. [Online].; 2016.. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26414292.

28. Raskob E, Angchaisuksiri P, Blanco N, Buller H, Gallus A, Hunt B. Thrombosis: A major contributor to global disease burden. Thrombosis Research. 2014; 134(5): 931–938. [Online].; 2014.. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0049384814004502.

29. Vítolo F. Seguridad del paciente en el ámbito ambulatorio. La nueva frontera. Revista de la Asociación Médica Argentina. 2017; 130(4).

30. Organización Mundial de la Salud. The conceptual framework for the international classification for patient safety. [Online].; 2009.. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-PSP-2010.2.

31. juridico Dpde. Atención sanitaria. [Online].; 2021.. Disponible en: https://dpej.rae.es/lema/atenci%C3%B3n-sanitaria.

32. Organización Mundial de la Salud. Marco conceptual de la Clasificación Inyternacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo. Ginebra.

33. Bolivia GOd. Ley General para Personas con Discapacidad, 02 de marzo de 2012. [Online].; 2012.. Disponible en: https://www.lexivox.org/norms/BO-L-N223.xhtml.

34. Ministerio de Salud y Deportes. Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínco. 26 de Febrero de 2008. Resolución Ministerial N° 0090.

35. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. Seguridad del Paciente. [Online] Acceso 13 de juniode 2024. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/presentacion/home.htm.

36. El Mundo. La OMS alerta del riesgo de los pacientes en el hospital. [Online]; 2014. Acceso 13 de juniode 2024. Disponible en: https://www.elmundo.es/salud/2014/06/30/53b18ff1ca4741375d8b4592.html.

37. U. PBA, Bareño Silva J. Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Colombia. CES Medica. 2012; 26(1).

38. Organización Mundial de la Salud. 55a Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA55.18. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría. Ginebra. [Online].; 2002.. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/swha5518.pdf.

39. Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. Ministerio de Salud República de Panama. Valoracion de Condiciones esenciales para Servicios de Salud. [Online]; 2019. Disponible en: https://ocas.minsa.gob.pa/wp-content/uploads/2019/10/Valoracio%C3%ACn-de-condiciones-esenciales-para-servicios-de-salud.pdf.

40. Organización Mundial de la Salud. Lanza ”Nueve soluciones para la seguridad del paciente” a fin de salvar vidas y evitar daños. [Online].; 2007.. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/.

41. Dpto. de Calidad y Seguridad de la Atención en Salud. Propuesta de Indicadores Globales Críticos para la Seguridad de la Atención en Salud, Chile. [Online].; 2010.. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-8928_recurso_2.pdf.

42. Amalberti R, Vincent C. Seguridad del paciente. Primera ed. Madrid: Modus Laborandi S. L.; 2016.

43. Hutchinson A, Coster JE, Cooper KL, Pearson M, Mcintosh A, Bath PA. A structured judgement method to enhance mortality case note review: development and evaluation. BMJ Qual Saf. 2013; 22(12).

44. Networks FoESRD. National Patient Safety Foundation, Renal..

45. Ministerio de Salud del Ecuador. Seguridad del Paciente - Usuario. [Online].; 2016.. Disponible en: http://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/10/manual-de-seguridad-del-paciente-usuario-SNS.pdf.

46. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá D.C. [Online].; 2008.. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf.

47. Aibar C, Aranaz Andrés JM, Moliner Lahoz J. La Gestión de la Seguridad del Paciente: De la Macrogestión a la Gestión Clínica. En Aranaz Andrés JM. La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes. Madrid-España: Fundación MAPFRE; 2017. p. 429-436.

48. Aibar Villán L, Aranaz Ostáriz V. Prevención de los Incidentes y Eventos Adversos en la Práctica Médico-Quirúrgica. En Aranaz Andrés JM. La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes. Madrid-España: Fundación MAPFRE; 2017. p. 511-515.

49. Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, Ministerio de Salud del Ecuador. Norma Técnica de Seguridad del Paciente. [Online].; 2015.. Disponible en: http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/NORMA-TECNICA-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE-DEFINITIVO-jp.pdf.

50. Sanidad Castilla - La Mancha. Calidad y Seguridad del Paciente. Prácticas Seguras. [Online] Acceso 13 de juniode 2024. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/profesionales/calidad-y-seguridad-del-paciente/Pr%C3%A1cticas%20seguras#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20son%20las%20pr%C3%A1cticas%20seguras,adversos%2C%20mejorando%20la%20calidad%20asistencial.

51. González-de Jesús C, Reynoso Mora A. Implementación de metas internacionales de seguridad del paciente en atención ambulatoria. Revista CONAMED. 2015; 20(2).

52. Perez F. Identificar al paciente I (disminución de errores). [Online]; 2021. Disponible en: https://www.meditips.com/2018/04/23/identificaciones-del-paciente-parte-i/.

53. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisne Brousse. Protocolo Identificación del Paciente. [Online]; 2011. Disponible en: http://200.72.129.100/transparencia/transparencia_activa/documentos/docVarios/Protocolo_Identificacion_Pacientes.pdf.

54. Consejo de Salubridad General. https://www.gob.mx/csg/. [Online].; 2012.. Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/estandares/Estandares2012_Hospitales.pdf.

55. Ministerio de Salud Publica Hospital Vicente Corral Moscoso (Ecuador). Procedimiento para la identificación de pacientes en el hospital Vicente Corral Moscoso. [Online]; 2015. Disponible en: http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/identificaci%C3%B3n-pacientes-final.pdf.

56. Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca. Meta Internacional de Seguridad del Paciente No. 2 protocolo para mejorar la comunicación efectiva. [Online]; 2018. Disponible en: http://148.202.57.2/PAGs/Sec_Transparencia/PDFs_Transparencia/ProtocoloMejorarComunicacionEfectiva.pdf.

57. Secretaria de Salud Servicios de Salud de Oaxaca. Acciones esenciales para la seguridad del paciente. [Online]; 2019. Disponible en: https://unidadenfermeria.salud-oaxaca.gob.mx/presentaciones/AESP.pdf.

58. Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo. Manual de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de Tercer Nivel de Atención de la Seguridad Social de Corto Plazo. 2019.

59. Instituto Mexicano del Seguro Social Seguridad y Solidaridad Social. Guía para la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente de la cedula de certificación de establecimientos de atención médica Mexico.

60. OMS/OPS. Organización Mundial de la Salud. [Online] Acceso 18 de 09de 2023. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab_1.

61. Sección Española. Modelo de madurez en Sistemas de Control, Automatización y Monitorización de Procesos - Sección Española. [Online].; 2021. Acceso 12 de junio de 2024. Disponible en: https://isa-spain.org/modelos-de-madurez-en-sistemas-de-control-automatizacion-y-monitorizacion-de-procesos-industriales/.

62. Organización Mundial de la Salud. La higiene de las manos en la asistencia ambulatoria y domiciliaria yen los cuidados de larga duración. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos y del modelo “Los cinco momentos para la higiene de. [Online].; 2013..

63. Hospital Universitario de Puebla. Metas internacionales. [Online]. Disponible en: https://www.sadamweb.com.ar/news/2018_04Abril/METAS_INTERNACIONALES_DE_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE-%202017.pdf.

64. Bernabeu Andreu FA, de Montalvo Jääskeläinen F, Aranaz Andrés JM. Sistemas de Notificación y Registro de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente. En Aranaz Andrés JM. La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes. Madrid-España: Fundación MAPFRE; 2017. p. 473-478.

ANEXO EDITORIAL

ELABORACIÓN:

- Dr.Carlos Roberto Calizaya Morales – Responsable a.i. ACAL/URSSyC/DGRSS/VGSNS/MSyD
- Dra. Ingrid Fridley Tapia Rivera – Profesional Técnico ACAL/URSSyC/DGRSS/VGSNS/MSyD

REVISIÓN Y APORTES TÉCNICOS

Ministerio de Salud y Deportes:

- Dr. Marco Antonio Manguia Calizaya – Jefe de la Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad/DGRSS/VGSNS/MSyD
  Dr. Carlos Roberto Calizaya Morales – Responsable a.i. ACAL/URSSyC/DGRSS/VGSNS/MSyD
- Dra. Ingrid Fridley Tapia Rivera – Profesional Técnico ACAL/URSSyC/DGRSS/VGSNS/MSyD
- Dra. Gabriela María Condori Gutiérrez - Auditor Médico ACAL/URSSyC/DGRSS/VGSNS/MSyD
- Dr. Luis Ramiro Asturizaga Rollano - Profesional Técnico ACAL/URSSyC/DGRSS/VGSNS/MSyD
- Dr. Adolfo Cirilo Santos Apaza - Profesional Técnico ACAL /URSSyC/DGRSS/VGSNS/MSyD
- Lic. Claudia Alejandra Patti Ayala - Profesional de Apoyo ACAL /URSSyC/DGRSS/VGSNS/MSyD
- Lic. Elmer Aruquipa – Abogado Unidad de Asuntos Jurídicos/DGAJ/MSyD
- División de Asuntos Jurídicos/AGEMED/MSyD
- Dirección General de Planificación/MSyD
- Área de Evaluación de Gestión Hospitalaria/VGSS/MSyD

Servicios Departamentales de Salud:

- Dra. Julia Norah Paucara Coarite – Responsable de Acreditación/UGC/SEDES La Paz
- Dr. Miguel Enrique Torres León - Responsable Área Auditoría en Salud/SEDES Chuquisaca
- Dra. Patricia Flora Benavente Pinto – Encargada de Área Gestión de Calidad y Auditoría en Salud/SEDES Potosí
- Dr. Albaro B. Guzmán Salinas – Profesional Área de Auditoría Médica/SEDES Santa Cruz

Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo:

- Dra. Mabel Huanca Angelo - Profesional de Calidad y Acreditación de Servicios de Salud/ASUSS
- Dr. Carlos Meave Tarif - Profesional de Calidad y Acreditación de Servicios de Salud/ASUSS
- Dra. Ximena Aliaga Calderón - Unidad de fortalecimiento de Salud y Medicina de Trabajo/ASUSS

Entes Gestores de la Seguridad Social:

- Caja Nacional de Salud.
- Caja Petrolera de Salud.
- Caja de Salud de la Banca Privada.
- Caja de Salud CORDES
- Caja de Salud de Caminos y R.A.
- Caja Bancaria Estatal de Salud.
- COSSMIL
- Seguro Social Universitario Chuquisaca
- Seguro Social Universitario Cochabamba
- Seguro Social Universitario La Paz
- Seguro Social Universitario Sucre

Otros:

- Dra. Mabel Morales Graz – Auditor Médico

Apoyo Técnico:

- OPS/OMS

VALIDACIÓN

Ministerio de Salud y Deportes:

- Dr. Marco Antonio Manguia Calizaya – Jefe de la Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad/DGRSS/VGSNS/MSyD-
- Dra. Ingrid Fridley Tapia Rivera – Profesional Técnico ACAL/URSSyC/DGRSS/VGSNS/MSyD
- Dr. Adolfo Cirilo Santos Apaza - Profesional Técnico ACAL /URSSyC/DGRSS/VGSNS/MSyD
- Lic. Claudia Alejandra Patti Ayala - Profesional Apoyo ACAL/URSSyC/DGRSS/VGSNS/MSyD
- Dirección General de Planificación/MSyD
- Área de Riesgos Profesionales y Asignaciones Familiares/VSSyGSUS/MSyD

Servicios Departamentales de Salud:

- Dra. Gredy Fernández - Jefe de Unidad Gestión de Calidad/SEDES La Paz
- Dr. Rubén Héctor Narváez Gonzales - Responsable Auditoría Médica/SEDES La Paz
- Dra. Julia Norah Paucara Coarite – Responsable de Acreditación/SEDES La Paz
- Dr. Eduardo Méndez - Jefe Unidad de Gestión de Calidad/SEDES Chuquisaca
- Dr. Miguel Torrez - Responsable Área de Auditoria en Salud/SEDES Chuquisaca
- Dr. Marco Antonio Stelzer Valverde – Gerente Unidad Gestión de Calidad/SEDES Santa Cruz
- Dr. Ayrton Vallejos Acosta - Jefe Unidad de Gestión de Calidad, Auditoría Médica y Acreditación/ SEDES Beni

ASUSS:

- Unidad de Calidad y Acreditación de Servicios de Salud

Entes Gestores de la Seguridad Social:

- Caja Petrolera de Salud.
- Caja Bancaria Estatal de Salud.
- COSSMIL.
- Caja de Salud de la Banca Privada.
- Caja Nacional de Salud.
- Caja de Salud CORDES.

OPS/OMS:

- Dr. Cristhiam G. Villarroel Salazar – Contratista

Otros:

- Dra. Mabel Morales Graz – Auditor Médico

BICENTENARIO DE
BOLIVIA

ESTAMOS SALIENDO
Adelante