

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Posgrados

**Análisis de contenido del Manual Seguridad del Paciente – Usuario
expedido por el Ministerio de Salud Pública y lineamientos para su
implementación en la Clínica Integral en Quito, Ecuador, período 2016-
2017**

Dr. Juan Nicolás Jaramillo

Dr. Ramiro Echeverría

Director de Trabajo de titulación

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito para la obtención del
título de Especialista en Gerencia de Salud

Quito, 12 de mayo de 2017

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

COLEGIO DE POSGRADOS

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

**Lineamientos para la implementación de la normativa del Manual
Seguridad del Paciente – Usuario en la Clínica Integral en Quito, Ecuador,
período 2016-2017**

Dr. Juan Nicolás Jaramillo Miño

Firmas

Dr. Ramiro Echeverría

Director del Trabajo de Titulación

Dr. Ramiro Echeverría

Director del Programa de Especialización en
Gerencia de Salud

Dr. Jaime Ocampo PhD.

Decano del Colegio de Salud Pública

Hugo burgos PhD.

Decano del Colegio de Posgrados

Quito, 12 de mayo de 2017

© Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombre: Juan Nicolás Jaramillo Miño

Código de estudiante: 00133093

C. I.: 1714547765

Lugar, Fecha Quito, 12 de mayo de 2017

1. DEDICATORIA

Tavo, Chía, Analú, Andre y Ale.

2. RESUMEN

Más del 10% de los pacientes hospitalizados en América latina sufren efectos adversos durante su hospitalización (Aranaz Andrés & Aibar Remón, 2010). Según Organización Mundial de la Salud los efectos adversos durante admisión hospitalaria se encuentran entre 3.2% a 16.6% (World Health Organization, 2002). Considerando esto, en muchos lugares del mundo se han realizado esfuerzos para disminuir la cantidad de efectos adversos en pacientes hospitalizados. El Ecuador no es la excepción, por lo que en 2016 el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) publicó el Manual Seguridad del Paciente- Usuario que es de aplicación obligatoria en todo el Ecuador. En este manual se describe cuáles son los requerimientos que deben cumplir todas las instituciones de servicio de salud para mejorar la seguridad del paciente. La Clínica Integral de la ciudad de Quito es una institución privada de salud, es parte del sector ecuatoriano de salud y debe cumplir con lo descrito en dicho manual. El objetivo principal de este texto es la descripción de lineamientos específicos para ser aplicados en las prácticas y procesos de atención al paciente en la Clínica Integral para que cumpla con el Manual Seguridad del Paciente-Usuario.

Palabras clave: seguridad del paciente, efecto adverso

3. ABSTRACT

More than 10% of hospitalized patients in Latin America suffer adverse effects during hospitalization (Aranaz Andrés & Aibar Remón, 2010). According to the World Health Organization adverse effects during hospital admission are between 3.2% to 16.6% (World Health Organization, 2002). Considering this, in many places in the world efforts have been made to lower the amount of adverse effects in hospitalized patients. Ecuador is not the exception; therefore in 2016 the Ecuadorian Public Health Ministry (Ministerio de Salud Pública del Ecuador) published the Patient – User’s Safety Manual (Manual Seguridad del Paciente – Usuario) which is mandatory in Ecuador. This manual describes the requirements that every health institution has to comply in order to increase patient safety. Integral Clinic in Quito is a private health institution, it is part of the Ecuadorian Health sector and, therefore, it has to abide with said manual. The main objective in this text is to describe specific outlines to be applied in its practices and processes in order to comply with the Patient – User’s Safety Manual.

Key words: patient safety, adverse effect

4. TABLA DE CONTENIDO

1. DEDICATORIA.....	4
2. RESUMEN.....	5
3. ABSTRACT.....	6
4. TABLA DE CONTENIDO.....	7
5. ÍNDICE DE TABLAS.....	9
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
6.1. Antecedente.....	10
6.2. Marco legal.....	11
6.3. Justificación.....	12
7. ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS (ACTORES).....	15
7.1. Descripción de los actores.....	15
7.1.1. Actores administrativos.....	15
7.1.2. Actores ejecutivos.....	15
8. OBJETIVOS DEL PROYECTO.....	17
8.1. Objetivo general.....	17
8.1.1. Objetivo específico 1.....	17
8.1.2. Objetivo específico 2.....	17
8.1.3. Objetivo específico 3.....	17
8.2. Listado de prácticas seguras a ser evaluadas según el Manual Seguridad del Paciente-Usuario.....	17
9. DESARROLLO.....	19
9.1. Estructura del análisis.....	19
9.2. Análisis.....	19
9.2.1. Prácticas seguras administrativas.....	19
9.2.1.1. Identificación correcta del paciente/usuario.....	19
9.2.1.2. Programa de mantenimiento preventivo de quipos biomédicos.....	21
9.2.2. Prácticas seguras asistenciales.....	22
9.2.2.1. Control de abreviaturas peligrosas.....	22
9.2.2.2. Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo.....	22
9.2.2.3. Control de electrolitos concentrados.....	25
9.2.2.4. Conciliación de medicamentos.....	26
9.2.2.5. Administración correcta de medicamentos.....	28
9.2.2.6. Administración de antibióticos profilácticos en procedimientos quirúrgicos.....	30
9.2.2.7. Profilaxis de tromboembolismo venoso.....	31
9.2.2.8. Prevención de úlceras por presión.....	32
9.2.3. Prácticas seguras administrativas/asistenciales.....	33

9.2.3.1. Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente.....	33
9.2.3.2. Prácticas quirúrgicas seguras.....	36
9.2.3.3. Transferencia correcta de información de los pacientes en puntos de transición	37
9.2.3.4. Uso de bombas de infusión.....	38
9.2.3.5. Higiene de manos.....	39
9.2.3.6. Prevención de caídas.....	40
9.2.3.7. Educación en Seguridad del Paciente.....	42
9.3. Estrategias generales de implementación.....	43
9.4. Resultados esperados.....	44
10. CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES.....	46
10.1. Cronograma general.....	49
11. PRESUPUESTO SUGERIDO.....	50
12. REFERENCIAS.....	51
13. ÍNDICE DE ANEXOS.....	53

5. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resumen de cumplimiento.....	43
Tabla 2. Cronograma de actividades para cumplimiento del Manual Seguridad del Paciente – Usuario (ordenado por actividades).....	49
Tabla 3. Cronograma de actividades para cumplimiento del Manual Seguridad del Paciente – Usuario (ordenado por responsable).....	49
Tabla 4. Presupuesto referencial.....	50

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

6.1. Antecedente

La atención sanitaria no está exenta de riesgos en ninguno de sus procedimientos. Según el estudio IBEAS la prevalencia global de efectos adversos en la población analizada en Latinoamérica fue de 10.5% y la incidencia global de pacientes con algún evento adverso fue de 19,8% (Aranaz Andrés & Aibar Remón, 2010). Este estudio estima que 60% de estos eventos adversos se consideraron evitables. El autor del presente texto interpreta que aproximadamente 6% de los pacientes de este estudio en Latinoamérica sufren innecesariamente algún efecto adverso innecesario durante su hospitalización. A pesar de que la absoluta mayoría de los pacientes no sufre efectos adversos derivados de su atención médica, hay que intentar en cada momento que los efectos adversos se acerquen a cero.

Observando el funcionamiento diario de la institución donde trabaja, el autor del presente texto considera vital la implementación de lineamientos para la reducción de los eventos adversos y para aumentar la seguridad de todos los pacientes. En 2016 el Ministerio de Salud Pública del Ecuador publicó el acuerdo ministerial No.115 en el cual se aprueba el Manual Seguridad del Paciente – Usuario. Dicho texto expone los requerimientos mínimos que una institución de salud del Ecuador debe cumplir para considerar que la seguridad de los pacientes y/o usuarios está siendo respetada. El autor de este texto intentará listar las acciones que debe tomar la institución de salud donde trabaja para cumplir con los requerimientos publicados en este manual.

6.2. Marco Legal

La 55ª asamblea mundial de la salud de la Organización Mundial de la Salud considera en su resolución WHA55.18 titulada Calidad de la atención: seguridad del paciente que “[...] la incidencia de eventos adversos está poniendo en peligro la calidad de la atención [...]” y que esta situación causa pérdidas económicas y en costo de oportunidad para la salud. Siendo este un problema evitable, insta a los estados miembros a prestar mayor atención a la seguridad del paciente y a que establezcan sistemas que mejoren la calidad del paciente. (Asamblea Mundial de la Salud No. 55, 2002).

La Constitución del Ecuador en su artículo 32 dice lo siguiente:

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Asamblea Constituyente, 2008).¹

La Ley Orgánica de Salud en su artículo 10 dice lo siguiente:

¹ Cabe notar que la palabra “genero”, sin tilde, es una cita textual del documento original. Si bien la interpretación de la constitución es una atribución exclusiva de la Asamblea Nacional, para propósito de este texto se entenderá que se refiere a la palabra “género”.

Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley. (LEY ORGANICA DE SALUD, 2006)

Atendiendo la recomendación de la Organización Mundial de la Salud y ejerciendo su autoridad como rector de las políticas de salud, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador aprobó en el año 2016 el Manual Seguridad del Paciente-Usuario. Dicho manual debe ser aplicado de forma obligatoria en el Sistema Nacional de Salud.

El Manual Seguridad del Paciente-Usuario en su artículo 2 acuerda lo siguiente:

Disponer que el “Manual Seguridad del Paciente – Usuario”, se aplique con el carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud. (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Además, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador recomienda a las Instituciones de Educación Superior del Ecuador acoger el Manual Seguridad del Paciente Usuario “[...] como instrumento de enseñanza en todas las Carreras en Ciencias de la Salud.” Por lo que será utilizado como fuente principal en este trabajo académico. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

6.3. Justificación

La buena gerencia de las instituciones de salud debe enfocarse en mantener el equilibrio entre la utilización eficaz y eficiente de los recursos disponibles y la correcta atención del paciente/usuario en el marco de lo que exige la ley y la ética profesional.

Como cualquier empresa que se dedica a proveer servicios, una institución de salud se ve obligada a definir procesos correctos que le permitan alcanzar dicho equilibrio. Garantizar la seguridad del paciente es una parte integral de la correcta atención al paciente que tiene como efecto secundario evitar el desperdicio de recursos de la institución al reparar errores que se puedan cometer.

La Clínica Integral es la institución en donde trabaja el autor de este texto. Esta institución abrió sus puertas a la atención al público el 13 de Abril del año 2013. Ofrece servicio de hospitalización, emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), quirófano, y consulta externa. Tiene 15 camas de hospitalización, 4 camas de UCI y 6 camas de emergencia. Desde el día de su apertura ha atendido en hospitalización aproximadamente a un poco más de 6000 personas, dando un promedio de 1500 personas internadas cada año. Esta institución forma parte del sector nacional de salud y se rige a la rectoría del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Por lo tanto el Manual Seguridad del Paciente Usuario es de aplicación obligatoria en esta institución.

Dentro de la apreciación del autor del presente texto la seguridad del paciente es una estrategia vital para garantizar que la estadía de una persona en un sistema de salud le deje una ganancia neta en el contexto de su bienestar integral. Sería injusto permitir que un ser humano egrese de una institución que ofrece estos servicios con más problemas de salud de los que ingresó.

A continuación la misión y visión de la Clínica integral según se publica en su página de internet

Misión:

Somos una institución de carácter privado, orientada a la prestación de servicios integrales de salud. Nos caracterizamos por brindar una atención humanizada, ética y segura con responsabilidad social y ambiental. Nuestros procesos están enfocados en altos estándares de calidad, eficiencia y compromiso de todos nuestros colaboradores; y van dirigidos a mejorar la atención del médico, paciente y su familia.

Visión:

Ser una organización de referencia en el área centro norte de la ciudad de Quito, convirtiéndonos así, en una alternativa para la resolución de problemas clínicos o quirúrgicos tanto para médicos y pacientes. Buscamos la excelencia en la prestación de servicios médicos integrales, estando a la vanguardia en tecnología y recursos humanos altamente capacitados. Tenemos como objetivo el generar confianza y fidelidad en nuestros clientes, contribuyendo como empresa al desarrollo de la sociedad. (Clínica Integral, 2017)

Si bien esta estrategia de seguridad del paciente contempla la corrección de errores, no se la debe ver como puramente correctiva en casos donde la seguridad del paciente haya sido vulnerada, sino que debe ser vista como una cultura de aplicación de procesos que se enfoquen en la prevención de eventos adversos antes de que se produzcan e incluso cuando se produjeron pero no causaron repercusión alguna en el cuidado de la salud de la persona.

7. ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS (ACTORES)

La dirección médica de la Clínica Integral es el actor principal. Bajo su dirección general los demás actores ejecutarán y/o planificarán las acciones necesarias para la implementación de los lineamientos necesarios para cumplir con el Manual Seguridad del Paciente – Usuario.

7.1. Descripción de los actores

7.1.1. Actores administrativos.

Dirección médica: este departamento se encargará de la construcción y escritura de protocolos claros y ejecutables que guíen con claridad a los demás departamentos con el objetivo claro del cumplimiento del Manual Seguridad del Paciente – Usuario.

Departamento financiero: este departamento tiene la tarea de estimar los costos reales de los recursos necesarios para la implementación del Manual Seguridad del Paciente – Usuario basándose en los protocolos escritos por la dirección médica.

Departamento de compras: este departamento se encarga de la adquisición de los insumos y recursos necesarios y de ponerlos a disponibilidad de los demás involucrados.

Departamento de calidad: encargados principalmente de la difusión de la información, capacitación y monitoreo de los lineamientos a ser implementados.

7.1.2. Actores ejecutivos

Personal médico: los médicos tratantes son los médicos especialistas que se encargan de cada caso y determinan la conducta terapéutica de cada paciente en su área de experticia. Aplican los protocolos escritos en lo que respecta a la elección de tratamientos y conductas con los pacientes.

Personal de enfermería: es el personal encargado de poner en práctica la conducta terapéutica determinada por el personal médico y del cuidado diario de cada paciente según los protocolos escritos por la dirección médica.

8. OBJETIVOS DEL PROYECTO

8.1. Objetivo general:

Formular lineamientos específicos a ser aplicados en las prácticas y procesos de atención al paciente en la Clínica Integral para que cumpla con las exigencias del Manual Seguridad del Paciente-Usuario.

8.1.1. Objetivo específico 1: determinar si existen prácticas y procesos que permitan la aplicación del manual en cada uno de los capítulos descritos en el manual de Seguridad del Paciente-Usuario.

8.1.2. Objetivo específico 2: Identificar las capacidades institucionales para el cumplimiento completo o parcial del Manual Seguridad del Paciente – Usuario.

8.1.3. Objetivo específico 3: Desarrollar lineamientos para el proceso de implementación de las exigencias del Manual Seguridad del Paciente-Usuario cuando estos no existan.

8.2. Listado de prácticas seguras a ser evaluadas según el Manual Seguridad del Paciente-Usuario

- Prácticas seguras administrativas
 - Identificación correcta del paciente
 - Programa de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos
- Prácticas seguras asistenciales
 - Control de abreviaturas peligrosas

- Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo
- Control de electrolitos concentrados
- Conciliación de medicamentos
- Administración correcta de medicamentos
- Administración de antibióticos profilácticos en procedimientos quirúrgicos
- Profilaxis de tromboembolismo venoso
- Prevención de úlceras por presión.
- Prácticas seguras administrativas/asistenciales
 - Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente
 - Prácticas quirúrgicas seguras
 - Transferencia correcta de información de los pacientes en puntos de transición
 - Manejo correcto de las bombas de infusión
 - Higiene de manos
 - Prevención de caídas
 - Educación en seguridad del paciente

9. DESARROLLO

9.1. Estructura del análisis

Se analizará cada uno de los puntos del listado de prácticas seguras independientemente. Cada punto iniciará con una descripción de la situación actual en la Clínica Integral en un solo párrafo. El segundo párrafo empezará con la palabra “Diagnóstico” y describirá si el proceso descrito cumple o no con los lineamientos del Manual Seguridad Paciente Usuario. En el tercer párrafo (iniciado con la palabra “Lineamientos”) se harán los lineamientos generales para que la Clínica Integral logre cumplir con el Manual Seguridad Paciente-Usuario y se incluye un indicador de cumplimiento en los casos en donde sea factible y necesario.

9.2. Análisis

9.2.1. Prácticas seguras administrativas.

9.2.1.1 Identificación correcta del paciente/usuario.

Todo paciente que ingresa a la institución debe presentar una identificación gubernamental para su registro en la base de datos de la institución. Este registro genera un documento impreso, que se incluye en la historia clínica física del paciente, incluye el nombre correctamente escrito del paciente, su número de identificación y número de historia clínica. Este documento es utilizado como la referencia principal para la identificación posterior y la correlación de documentos y procedimientos que conciernen al paciente durante su estancia. No existe brazaletes de identificación.

Diagnóstico: Se cumple la identificación correcta del paciente a su ingreso a la institución según lo recomendado, utilizando su identificación como base. El personal se refiere a los pacientes/usuarios por su nombre y no con su número de habitación o diagnóstico. Se realiza verificación cruzada al momento de realizar procedimientos y exámenes basándose en la pregunta verbal y la lectura del nombre en el documento de ingreso. No existe brazalete de identificación.

Lineamientos: Se debe mantener la buena práctica de la generación inicial de los datos del paciente/usuario a su ingreso. La verificación de los datos antes de la realización de procedimientos o exámenes también se debe conservar y promover. Pero la recomendación principal es la adopción de un brazalete de identificación que cumpla con las especificaciones técnicas escritas en las páginas 17 y 18 del Manual Seguridad del Paciente-Usuario y como mínima información el número de cédula del paciente y su nombre completo. El brazalete de identificación debe ser utilizado por todos los pacientes hospitalizados en la institución y su remoción solo se realizará fuera de la institución o en casos excepcionales. Dichos casos excepcionales deben ser registrados adecuadamente. De esta manera se promueve y refuerza el procedimiento de verificación que ya se realiza. A esto se debe complementar la comunicación adecuada entre todo el personal de salud y el paciente (o sus familiares). El del Manual Seguridad del Paciente-Usuario contiene el documento de Registro de Pacientes Sin Brazalete de Identificación llamado SNS-MSP-DNCSS-Form-058-2016 disponible en el anexo 1. El indicador de cumplimiento es el siguiente: $((P_{ba}+P_{sbj})/mes)*100/(P_t/mes)$. En donde P_{ba} es la cantidad de pacientes con brazalete al momento del alta, P_{sbj} es la cantidad de pacientes sin brazalete al alta correctamente justificado y P_t es la cantidad

total de pacientes dados de alta. Este indicador arroja un porcentaje que debe ser siempre 100% para asegurar cumplimiento de la normativa.

9.2.1.2. Programa de mantenimiento preventivo de quipos biomédicos

Todo equipo biomédico se encuentra inventariado y se realizan mantenimientos preventivos según cronograma. El pequeño tamaño de la clínica hace inviable tener en planta un personal que realice el mantenimiento específico de cada uno de los equipos biomédicos, pero cuenta con convenios específicos para mantenimiento preventivo y correctivo para todos los equipos con prestadores externos especializados. Existe un departamento de mantenimiento que se encarga de la programación de este tipo de mantenimiento y la verificación de su cumplimiento por parte de los prestadores externos. Los prestadores externos también tienen la tarea de verificar y registrar el funcionamiento de los equipos posterior a su mantenimiento.

Diagnóstico: en este caso se cumple adecuadamente con los lineamientos del Manual Paciente-Usuario sin faltar ningún punto.

Lineamientos: esta norma se sigue a cabalidad. Sin embargo, la mejoría continua debe ser un objetivo primordial de las instituciones, por lo que se recomienda utilizar también la serie de documentos técnicos de la OMS llamada Formulación de políticas sobre dispositivos médicos. En esta serie de documentos se amplía y mejora las especificaciones que debe tener el mantenimiento de los equipos médicos, más allá de lo que exigen las normas nacionales al respecto. (Organización Mundial de la Salud, 2012). En este se sugiere el siguiente indicador: $(E_{mp}/mes)*100/(E_t/mes)$. En donde E_{mp} es la cantidad total de equipos con mantenimiento preventivo programado y E_{mp} es la

cantidad total de equipos que posee la institución. Este indicador arroja un porcentaje que debe ser siempre 100%.

9.2.2. Prácticas seguras asistenciales

9.2.2.1. Control de abreviaturas peligrosas

Las abreviaturas en la institución quedan a discreción de las personas que las escriben. Las historias clínicas, evoluciones y demás documentos poseen abreviaturas según lo que cada autor considere necesario. Ventajosamente, el tamaño de la institución permite el contacto directo con el autor de cualquier texto para aclarar las dudas sobre abreviaturas en caso de que algún lector necesite aclaración.

Diagnóstico: no se cumplen los lineamientos. No existe un listado de abreviaturas peligrosas y no existe una política clara que prevenga las abreviaturas peligrosas o recomiende abreviaturas adecuadas.

Lineamientos: prohibir todas las abreviaturas definitivamente en todos los documentos y solamente permitir las que existen en el listado del Manual Seguridad del Paciente-Usuario. El personal debe estar al tanto que solamente se debe utilizar este listado exclusivamente. Este listado debe estar físicamente disponible en todos los departamentos de la institución para referencia rápida del personal y evitar confusiones. El anexo 2 contiene el listado de abreviaturas permitidas según el Manual Seguridad del Paciente – Usuario. El indicador sugerido es el siguiente: A_{np}/mes . Este simple indicador refleja la cantidad total de abreviaturas no permitidas encontradas en un mes; debe siempre ser cero para cumplir la normativa.

9.2.2.2. Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo

La medicación es prescrita por escrito en la historia clínica del paciente por el personal médico. Posterior a eso el médico advierte verbalmente al personal de enfermería cada una de la medicación prescrita. El personal de enfermería confirma la orden verbal leyendo lo que está escrito y realiza la búsqueda computarizada de los insumos precisos en el sistema informático de farmacia de la institución. Este sistema genera automáticamente una orden impresa en el departamento de farmacia que es leído por el personal de esta dependencia. Se escoge los insumos en farmacia cotejando letra por letra lo pedido por enfermería, se realiza un paquete con todo el pedido y se lo envía al departamento en el que se generó el pedido. Una vez que llega el pedido, el personal de enfermería coteja el pedido original con el pedido que recibió farmacia con los insumos que llegan. Esto se hace con lectura clara, punto por punto de cada uno de los insumos. Cuando la comparación ha terminado y se confirma que está correcto se firma el documento de recepción/entrega y se almacenan los insumos en cada departamento para uso en los pacientes. Cuando llega el momento de utilizar medicación o insumos con los pacientes, se vuelve a cotejar el insumo específico, con la hora específica, con el paciente específico, con la vía específica, con la dosis específica, con la orden específica escrita en la historia clínica. En este momento se administra la medicación o se utiliza el insumo. Este procedimiento se hace específicamente tratando de evitar el error de los insumos que suenan igual y que se ven igual. El médico tratante informa verbalmente al paciente y a su familiar de todos los medicamentos que recibe y de sus efectos esperados y efectos secundarios. Los casos de reacciones adversas de los medicamentos son manejados rápidamente por el personal médico y luego se realiza el reporte indicado en la historia clínica. El almacenamiento de insumos y medicación se lo realiza en un cuarto con baja

humedad, adecuada iluminación, con mínimas fuentes de ignición en el último piso de la institución. Se realiza de oficio el control de caducidad de cada insumo y se los utiliza siempre en el mismo orden que ingresaron al inventario.

Diagnóstico: el procedimiento regular es muy seguro para la utilización de insumos y medicamentos. Existe poca probabilidad de que los pacientes reciban medicación inadecuada. Los efectos secundarios indeseados son adecuadamente reportados en la historia clínica del paciente. Además de eso existe un adecuado almacenamiento de la medicación. Los incumplimientos se dan en los siguientes puntos; ausencia del reporte en la tarjeta amarilla de fármaco vigilancia, mala localización de la bodega de farmacia que no garantiza evitar el daño por agua y en la ausencia de protocolos y procedimientos para reportar errores en la logística de administración de insumos.

Lineamientos: mantener la cadena de seguridad en la administración de medicación e insumos que está implementada. Además de eso, se debe adoptar un sistema de reporte de eventos adversos, cuasi eventos o eventos centinela en concordancia con el Manual Seguridad del Paciente-Usuario que incluya la difusión, conocimiento y utilización del formulario de Reporte de Sospecha de Reacciones Adversas a Medicamentos-Falla Terapéutica Error de Medicación comúnmente conocido como "ficha amarilla". El instructivo para llenar la "ficha amarilla" está disponible en el anexo 3. Se requiere el siguiente indicador: $(F_{ce}+F_{ea}+F_{ec})/\text{mes}$. En donde F_{ce} es la cantidad de cuasi eventos centinela relacionados a fármacos, F_{ea} es la cantidad de eventos adversos relacionados a fármacos y F_{ec} es la cantidad de eventos

centinela relacionados a fármacos. Este indicador arroja un número total de eventos relacionados con fármacos que debe ser siempre cero para cumplir la normativa.

9.2.2.3. Control de electrolitos concentrados

Toda medicación intravenosa que requiera la utilización de electrolitos intravenosos empiezan por la prescripción escrita del médico responsable en la historia clínica del paciente, la orden debe ser escrita con letra clara y debe constatar el electrolito escogido, su concentración cantidad y mezcla exacta. Con esta información también se anota la vía de administración exacta y velocidad de administración con control estricto de una bomba de infusión para cada mezcla. Con esta información correctamente escrita, el personal de enfermería hace el cálculo necesario para consignar los insumos necesarios en farmacia como se describió anteriormente. Cada uno de los insumos es rotulado con un autoadhesivo en donde consta claramente el nombre del paciente, su ubicación, la mezcla y concentración de electrolitos, vía de administración, horario de administración y velocidad de administración. De esta manera es posible realizar un seguimiento cercano a la administración de electrolitos concentrados y permite su contabilización para los cálculos de concentración plasmática. El personal está adecuadamente capacitado sobre el peligro potencial que implica el uso inadecuado de los electrolitos concentrados. Su administración no se realiza de forma verbal y todos los pasos del procedimiento están sujetos a verificación en caso de que el personal tenga alguna duda. El almacenamiento de estos insumos se realiza en estanterías exclusivas con control cercano de su fecha de ingreso a la institución y su fecha de expiración. Son protegidos de la luz y permanecen en temperatura dentro de lo recomendado por el

fabricante. El almacenamiento en piso se realiza en anaqueles rotulados en donde solo se ingresa insumos bajo doble confirmación del insumo y su respectiva localización. Por supuesto, no se almacenan sobrantes.

Diagnóstico: Se cumple con la mayoría de lineamientos de seguridad para estos insumos. Sin embargo no existe un protocolo de reporte de eventos adversos o cuasi eventos. Esta situación ya se describió anteriormente. El rotulado se cumple adecuadamente cuando la mezcla está hecha y se va a administrar al paciente. Sin embargo no existe una rotulación que advierta de su peligro o de su correcto uso cuando el medicamento no ha sido abierto todavía. Cabe recalcar que la institución asigna mucha importancia a la administración con bomba de infusión correctamente programada para todos los electrolitos concentrados. Este rasgo es el que mayormente contribuye al monitoreo cercano de todo lo que recibe la persona.

Lineamientos: Se debe conservar los protocolos de prescripción, transporte, almacenamiento, preparación y administración. Además es necesario conservar el etiquetado de la mezcla hecha y la administración con bombas programables. Esto contribuye favorablemente a la seguridad del paciente. Sin embargo se debe iniciar un protocolo de etiquetado previo a su mezcla en donde se evidencie sin lugar a dudas el producto específico y su posible peligro con un color que resalte por sobre todos los insumos que puedan rodearle. Se sugiere adoptar el siguiente indicador de cumplimiento: $(E_e/mes)*100/(E_t/mes)$ en donde E_e es la cantidad de electrolitos concentrados etiquetados y E_t es la cantidad total de electrolitos concentrados. Este indicador arroja un porcentaje que debe siempre ser 100%.

9.2.2.4. Conciliación de medicamentos

El antecedente de medicamentos de cada paciente depende directamente de los médicos tratantes responsables de cada paciente. Al ingreso de cada paciente a la clínica cada paciente es entrevistado por un médico residente, quien realiza la conciliación de los medicamentos basándose exclusivamente en la información entregada por el paciente y/o sus familiares. Esta información es consignada en la historia clínica del paciente. Toda prescripción de medicamentos es realizada exclusivamente por los médicos tratantes.

Diagnóstico: No existe un protocolo establecido de conciliación de medicación. La información recaudada por el médico residente al ingreso del paciente está disponible para todo el personal involucrado en el tratamiento de cada paciente y solamente para este personal. La institución depende completamente de la información entregada por el paciente o sus familiares. En caso de que el paciente o los familiares no provean esta información farmacológica al ingreso, no existe un protocolo para conseguirla. La responsabilidad de la consignación entre medicamentos habituales y lo que va a recibir el paciente en la institución es, prácticamente, responsabilidad exclusiva del médico tratante.

Lineamientos: Se debe desarrollar un cuestionario estandarizado de la institución para indagar en la historia farmacológica de cada paciente. Esto colabora al conocimiento que ya tiene cada médico tratante y ayuda a que el personal esté adecuadamente enterado de toda la medicación habitual del paciente. Este cuestionario será consignado en el kardex de medicamentos. El médico tratante debe determinar la necesidad de conservar, modificar o suspender la medicación habitual del paciente y documentar adecuadamente su decisión. Esto llevará a que el personal

de enfermería que administra la medicación se encargue de la administración de toda la medicación del paciente. Esta decisión también será comunicada por el médico tratante al paciente y sus familiares para que ellos no tengan duda sobre lo que el paciente recibirá durante su estadía. Al egreso del paciente seguirá siendo responsabilidad del médico tratante la prescripción, información y conciliación de todos los medicamentos. Para el correcto cumplimiento de esta responsabilidad, la institución proveerá al paciente de un cuestionario en el cual se averiguará si conoce lo que va a recibir al egreso, si conoce la diferencia entre lo que recibía al ingreso y lo que recibirá al egreso y cuáles son los signos de alarma (en caso de haberlos) de la medicación que utilizará al egreso. El resultado de este cuestionario ayudará a que cada médico tratante cumpla con su responsabilidad exclusiva de la conciliación de los medicamentos. El indicador necesario es el siguiente: $(I_{cc}/mes - I_{ci}/mes) * 100 / (I_t/mes)$. En donde I_{cc} es la cantidad de ingresos con cuestionario completo, I_{ci} es la cantidad de ingresos con cuestionario incompleto e I_t es la cantidad total de ingresos. Este indicador arroja un porcentaje que debe ser 100%.

9.2.2.5. Administración correcta de medicamentos

En la institución la administración de los medicamentos es responsabilidad exclusiva del personal de enfermería. Existe capacitación constante para la correcta administración de los medicamentos. El proceso empieza al leer la prescripción escrita en la historia clínica. Se determina el medicamento, vía de administración, forma, frecuencia, hora y dosis. Esta información se escribe en el kardex farmacéutico de cada paciente. Cada medicamento es independientemente preparado con tarjeta de identificación en donde se consigna y verifica nuevamente el medicamento, vía de

administración, forma, frecuencia, hora y dosis. Este protocolo no se rompe y es constantemente monitorizado, evaluado y corregido por el personal de enfermería. En el caso de que cualquiera de estos datos, el personal de enfermería hace una pausa de seguridad para averiguar con el prescriptor original para aclarar las dudas y consignar la información que pueda faltar de forma escrita. La acción de cada medicamento y sus efectos esperados y efectos secundarios son informados verbalmente por el médico tratante al paciente y sus familiares. La colocación de inyecciones se realiza exclusivamente con insumos desechables estériles. La institución no cuenta con dispositivos reusables para administración de medicamentos. Al administrarse medicación el personal de enfermería limpia y desinfecta el área de administración previamente en todo momento. En cuanto a los desechos cortopunzantes, todo el personal de la realiza segregación de residuos y su disposición en contenedores respectivos. Esta disposición incluye la prohibición estricta de retapar las agujas y manipular telas que puedan contener cortopunzantes. Además de la correcta administración también existe la última verificación de la fecha de caducidad en el envase final del medicamento por parte del personal de enfermería sumando seguridad al papel de farmacia y adquisiciones para evitar la administración de medicación caducada. En caso de que cualquier insumo deba ser enfriado o conservar cadena de frío, cada uno de estos insumos se rotula individualmente con nombre completo del paciente, nombre del insumo, fecha de caducidad detalles de administración y cedula del paciente.

Diagnóstico: se cumplen adecuadamente los preceptos de paciente correcto, medicamento correcto, vía correcta, forma correcta, hora correcta, dosis correcta y registro correcto. En este frente se cumple adecuadamente la norma. La

administración de inyecciones cumple con los lineamientos de la norma en todos sus puntos con satisfacción.

Lineamientos: en este frente la mejor recomendación es seguir los procedimientos ya establecidos para asegurar la seguridad del paciente. Sin embargo se puede recomendar que la capacitación continua sea la mejor manera de conservar estas buenas prácticas que están ayudando a cumplir la norma. El indicador que se sugiere es el mismo del punto 9.2.2.2. ya que este incluye en los reportes las fallas en cualquiera de los “correctos” en la administración de medicamentos.

9.2.2.6. Administración de antibióticos profilácticos en procedimientos quirúrgicos

En la institución se realiza la administración de antibióticos exclusivamente por parte de los médicos tratantes y confiando en su mejor criterio. No existe historial epidemiológico que permita la creación y posterior implementación de un protocolo que estandarice y cimente la administración de la correcta profilaxis antibiótica. En caso de que el médico tratante prescriba la administración de antibiótico profiláctico esto se lo hace siempre por escrito en la historia clínica y en la hoja de cirugía segura y siempre menos de 30 minutos antes de la primera incisión al paciente y se discontinúa dentro de las primeras 24 horas.

Diagnóstico: no existe historial epidemiológico y, mucho menos, un protocolo que permita la estandarización de la elección de medicamento profiláctico según la intervención a realizarse. En este caso se cumple la norma en lo que respecta a la aplicación de medicación profiláctica, pero este procedimiento no tiene un protocolo escrito que le permita asegurar el cumplimiento continuo de la norma.

Lineamientos: Se debe conservar el protocolo estricto de administración segura de medicamento y su consignación por escrito. Pero es imperativo crear un protocolo escrito de administración de profilaxis antibiótica basada en la epidemiología de la clínica en conjunto con las intervenciones más frecuentes. Será este protocolo escrito el que determine qué antibiótico se utilizará y en qué manera, en lugar de confiar exclusivamente en el buen juicio de los prescriptores. Para ayudar al cumplimiento de la normativa se debe adoptar el siguiente simple indicador: $(C_{ra}/mes - C_{rna}/mes) * 100 / (C_r/mes)$. En donde C_{ra} es la cantidad de cirugías que requieren antibióticoterapia y esta fue administrada, C_{rna} es la cantidad de cirugías que requieren antibióticoterapia y ésta no fue administrada y C_r es la cantidad total de cirugías que requieren antibióticoterapia. Debe alcanzarse un 100% en este indicador.

9.2.2.7. Profilaxis de tromboembolismo venoso

A los pacientes que presentan algún riesgo de tromboembolismo se les administra profilaxis medicamentosa, analgesia efectiva, medias antiembólicas pasivas o activas y movilización precoz. Este procedimiento depende exclusivamente de la prescripción del médico tratante ya que no existe un protocolo escrito disponible para el personal.

Diagnóstico: al igual que las medidas de profilaxis antibiótica en este caso se cumplen adecuadamente pero sin el apoyo seguro de un protocolo escrito que las rijan. Se confía en el buen juicio de los prescriptores. Esta falta de protocolo escrito es la mayor debilidad en este procedimiento, y es, posiblemente, un potencial peligro para los pacientes.

Lineamientos: la institución debe desarrollar un protocolo escrito que guíe a todo el personal sin ningún lugar a dudas sobre las correctas prácticas que permitan conservar el cumplimiento de la norma que ya existe. De esta manera se asegura el cumplimiento y, más importante, la seguridad del paciente. En conjunto con el protocolo que debe ser escrito, también debe ser implementado un protocolo de “notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente”. Este protocolo ayudará a la evaluación de cumplimiento del protocolo de profilaxis de tromboembolismo y su rápida corrección en caso de encontrar algún incumplimiento. El último paso es involucrar a los familiares. En el proceso de evitar el tromboembolismo. Para esto el personal de enfermería leerá un protocolo escrito en donde indica su papel en la prevención del tromboembolismo. Es difícil evaluar la implementación diaria de las medidas que exige la norma. Por esta razón se recomienda utilizar la incidencia mensual de tromboembolismo venosos como parámetro indirecto de la correcta implementación de la norma. Por supuesto, esta incidencia debería ser siempre cero.

9.2.2.8. Prevención de úlceras por presión.

No existe un protocolo escrito para la prevención de úlceras por presión y tampoco se realiza una escala de riesgo de úlceras por presión. Por lo tanto se asume que todo paciente está en riesgo de desarrollar úlceras por presión. Las acciones que se toman estrictamente por parte del personal de enfermería son las siguientes; cambio postural y movilización precoz, hidratación de piel y nutrición supervisada por nutricionista. Estas acciones son indicadas por escrito por el médico tratante y son registrada y ejecutadas por el personal de enfermería.

Diagnóstico: en este caso no se utiliza un protocolo escrito que oficialice las acciones que ya se toman. Tampoco existe una evaluación individual del riesgo de úlceras por presión. A pesar de eso se logra movilizar, nutrir e hidratar al paciente. Éstos puntos son muy importantes. Las superficies de apoyo no son utilizadas o se las utilizan raramente, y nunca incluyen colchones neumáticos. Los familiares no son involucrados activamente en la prevención de las úlceras por presión.

Lineamientos: se debe realizar un protocolo escrito que ayude a identificar y evaluar el riesgo de úlceras por presión. Este protocolo escrito debe regular la aplicación de las medidas de prevención y su monitoreo trimestral por parte del encargado de calidad de la institución. Es importante recalcar que las acciones principales sí se toman y deben ser reforzadas, esto incluye la movilización, la nutrición y el cuidado de la piel. Se debe aprobar la adquisición de superficies de apoyo que complementen el trabajo que ya se hace y su uso adecuado. La incidencia mensual de úlceras por presión es el indicador adecuado en este caso. Se espera una incidencia igual a cero.

9.2.3. Prácticas seguras administrativas/asistenciales

9.2.3.1. Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente

En la institución no existe un sistema escrito implementado para la notificación de eventos adversos, cuasi eventos o eventos centinela. No se reportan errores de manera organizada y, en el caso de que se los reporte, no existe garantía escrita de que los reportes cumplan con las siguientes características descritas en el manual de Seguridad del Paciente Usuario: no punitivo, voluntario, confidencial, independiente,

analizado por expertos, analizado a tiempo, con orientación sistemática y adecuada capacidad de respuesta.

Diagnóstico: Este es, a criterio del autor de este texto, el mayor incumplimiento y el que mejores resultados puede tener si se lo implementa. En los puntos anteriores quedó evidenciado que cualquier debilidad en la garantía de seguridad puede ser mejorada con la implementación de un protocolo escrito y un sistema efectivo para reportar. Hay que tomar en cuenta el modelo de queso suizo de James Reason que explica visualmente que un error sucedido es el resultado de la acumulación de debilidades individuales en las barreras anti-error que tiene todo sistema (Reason, 1990). Un sistema de reporte de errores tiene por objetivo el reducir las debilidades en las barreras y posiblemente implementar nuevas barreras, siempre tomando en cuenta que las correcciones se orientan al sistema, al proceso y a las acciones de las personas mas no a las personas. El manual de Seguridad del Paciente Usuario pone especial énfasis en la importancia de que estas notificaciones deben ser siempre no punitivas y anónimas para que la persona que lo notifica tenga la mayor confianza de hacerlo. El objetivo final de estas notificaciones será “[...] prevenir la ocurrencia y recurrencia de eventos no deseados asociados a la atención en la salud.” (Ministerio de Salud Pública, 2016)

Lineamientos: El manual de Seguridad del Paciente-Usuario determina que se deben notificar los siguientes tres tipos de eventos: cuasi eventos, eventos adversos y eventos centinela. No existe una restricción sobre la persona que debe reportar el evento y se especifica que debe ser informado verbalmente o por escrito. Para facilitar el reporte, el manual provee el Formulario de Notificación de Eventos relacionados con

la Seguridad del Paciente (SNS-MSP-DNCSS-Form-059-2016) disponible en el anexo 4 en el cual se determina los datos de la institución, datos del paciente, información de la persona que notifica, tipo de evento a ser reportado, descripción del evento, desenlace del evento, gestión realizada y persona responsable de la gestión. Todo reporte debe ser adecuadamente analizado por la autoridad designada por la institución con el objetivo primario de modificar adecuadamente el sistema para que ese evento tenga cada vez menor probabilidad de volver a suceder. El manual hace hincapié en que las reacciones adversas a medicamentos debe ser independientemente reportado bajo este sistema y también bajo los lineamientos emitidos por la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria. Una vez que los eventos tienen un canal adecuado para ser reportados se debe implementar un sistema adecuado para elaborar y difundir informes periódicos en conjunto con planes adecuados para la capacitación al personal involucrado y un objetivo alcanzable que refleje la disminución de los efectos adversos debido a la adopción de estas medidas de prevención y notificación. La institución debe asegurar la difusión de los principios de seguridad del paciente. En este caso, el tamaño reducido de esta institución permite la difusión casi personalizada de los objetivos, planes y resultados de esta estrategia sin la necesidad de crear un sistema complejo de comunicación. Además de la circulación interna de la información, también es importante la notificación al paciente y su familia. Esto se hace mediante comunicación “asertiva y efectiva” con la familia y el paciente. Se utiliza lenguaje adecuado y fácil de entender. Es importante ofrecer empatía sin hacer promesas que no se pueden cumplir. Pero lo más importante es informar sobre las alternativas del paciente con respecto al evento que sucedió. (Ministerio de Salud Pública, 2016). Se recomienda un indicador que

cuenta el número total de eventos reportados cada mes. Este indicador debe ser siempre cero. Sin embargo, este indicador es débil ya que la inexistencia de reportes de eventos adversos no solamente incluye la inexistencia de eventos adversos sino también la falta de reporte. Existe gran posibilidad de que este indicador refleje falsos positivos.

9.2.3.2. Prácticas quirúrgicas seguras

La institución utiliza dentro de sus procedimientos el consentimiento quirúrgico informado del MSP, consentimiento de anestesia del MSP y el consentimiento de transfusión de anestesia del MSP. Estos documentos deben ser llenados completamente por el personal responsable antes de que el paciente sea sometido a la intervención. Además de estos documentos, recientemente se adoptó la utilización obligatoria adecuada de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía de la Organización Mundial de la Salud disponible en el anexo 5 (Organización Mundial de la Salud, 2009). Estos procedimientos están regulados por un protocolo escrito y todos los controles se realizan por escrito en la historia clínica del paciente. Además se realiza auditoria de todas las historias clínicas para verificar el cumplimiento de este punto. En el caso de que exista una falla en el cumplimiento, existe un mecanismo de evaluación en información para modificar el procedimiento y poder cumplir la norma.

Diagnóstico: este punto se cumple completamente según el Manual Seguridad del Paciente – Usuario. La lista de verificación de cirugía segura se cumple adecuadamente en los tres momentos listados en el manual sin excepción y con apoyo en un protocolo escrito. El consentimiento informado para cirugía, anestesia u otro procedimiento es siempre utilizado en todos los casos y todos los pacientes. Sin

embargo, la institución no utiliza la lista de verificación de cirugía segura recomendada en el Manual Seguridad Paciente – Usuario, sino la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía de la Organización Mundial de la Salud.

Lineamientos: Se cumple adecuadamente todos los parámetros de este punto sin excepción con procedimientos correctos y por escrito, con reglas claras y que se cumplen siempre. Sin embargo se recomienda utilizar la lista de verificación de cirugía segura que describe explícitamente el manual (disponible en el anexo 6) ya que esta ya ha sido modificada para la realidad del Ecuador utilizando como base el documento original de la OMS ya descrito. Se sugiere la fórmula $((C_{cc}/mes)-(C_{sc}/mes))*100/(C_t/mes)$. En donde C_{cc} es la cantidad de cirugías con cuestionario de seguridad completo, C_{sc} es la cantidad de cirugías sin cuestionario completo y C_t es la cantidad total de cirugías. 100% es el número que debe alcanzarse para el cumplimiento de la norma.

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

En la institución se utiliza un documento escrito en cada entrega de turno de residentes y de enfermería que contiene nombre del paciente, situación actual, antecedentes, evaluación y recomendaciones para cada persona hospitalizada. Este documento escrito se utiliza como base para la entrega del paciente cuando va a ser trasladado a otra institución (en conjunto con la epicrisis y hoja adecuada de transferencia), cuando va a ser trasladado de un servicio a otro dentro de la misma institución y cuando existe cambio de turno del personal. Este documento no es necesario para evaluaciones por otros servicios porque el paciente nunca es

físicamente trasladado dentro de la clínica cuando hay interconsultas y permanece siempre en una sola habitación. Además, se exige la correcta comunicación de esta misma información cuando se recibe pacientes de otras instituciones o de vehículos de emergencia. Todos estos procesos de entrega de información se realizan de forma escrita y de forma verbal directa entre la persona que recibe y la persona que entrega sin intermediarios. En lo que refiere a la información entregada al paciente y su familia, esto es responsabilidad exclusiva del médico tratante, el personal de la clínica tiene la tarea explícita de no revelar información sobre la condición de ningún paciente a nadie. En caso de que una persona requiera información, se pone en contacto con el médico tratante para que aclare las dudas existentes.

Diagnóstico: se cumple adecuadamente la mayoría de los puntos que involucran la transferencia correcta de información de los pacientes. Sin embargo no existe un formato tipo lista de verificación según lo recomendado por el Manual Seguridad del paciente-Usuario.

Lineamientos: Implementar un formato de cambio de turno tipo lista de verificación. Este formato debe contener los siguientes puntos recomendados por el Manual Seguridad del Paciente-Usuario: procedimiento realizado, cambios de situación de salud significativos, estado de salud del paciente que se entrega, medicamentos que le están siendo administrados al paciente, plan diagnóstico y terapéutico formulado, principales riesgos a los que está expuesto, nueva ubicación del paciente, firma fecha y hora, firma de responsabilidad de la persona que recibe y la que entrega.

9.2.3.4. Uso de bombas de infusión

Las bombas de infusión que posee la institución son todas exactamente de la misma marca del mismo modelo sin excepción. El único personal autorizado para su manejo es el personal de enfermería, quienes reciben capacitación periódica sobre el uso correcto de las bombas. El mantenimiento preventivo y correctivo se lo realiza por parte de un prestador externo calificado. Su almacenamiento se lo realiza en una bodega segura y seca sin riesgo de caída o golpes. Sin importar cuantas bombas se utilicen con un paciente, el personal de enfermería siempre rotula la medicación que se administra sin excepción. Toda bomba es desinfectada antes y después de su utilización con cada paciente.

Diagnóstico: la utilización de las bombas de infusión no deja cabos sueltos y cumple adecuadamente lo que dicta el Manual Seguridad del Paciente Usuario.

Lineamientos: Si bien todas las bombas son idénticas, es posible que en el futuro cambie la tecnología o ese modelo específico sea discontinuado. Debe implementarse un plan adecuado de obsolescencia que contemple la compra al por mayor de nuevas bombas (cuando sea necesario) para asegurar que sigan siendo todas iguales y que el personal tenga el entrenamiento necesario en caso de que se cambien los modelos. Es difícil crear un indicador que refleje el cumplimiento de esta norma. Pero se puede utilizar el siguiente: $((M_{ab}/mes)-(M_{as}/mes))*100/(M_{at}/mes)$. En donde M_{ab} es la cantidad de medicación que puede ser administrada con bomba que realmente utilizó bomba, M_{as} es la cantidad de medicación que puede ser administrada con bomba que no utilizó bomba y M_{at} medicación total que puede ser administrada con bomba. 100% es el número que debe alcanzarse.

9.2.3.5. Higiene de manos

En la institución se practica el lavado de manos con agua y jabón en cinco momentos distintos de manera obligatoria: antes de tocar al paciente, antes de realizar procedimientos con el paciente, después de riesgo de exposición, después de tocar al paciente, después de estar en contacto con el entorno del paciente. Para poder cumplir con esta práctica la institución provee dos lavamanos en cada habitación y uno en cada estación de enfermería. Los dispensadores de jabón son revisados diariamente por el personal de limpieza y rellenados de ser necesario. Todo el personal recibe capacitación sobre la técnica adecuada de lavado de manos y los momentos en los que debe hacerlo. Además del lavado con jabón, también se promueve la desinfección rápida con alcohol que está disponible en dispensadores (uno en cada piso), que son rellenados por el personal de limpieza cada día. Ninguna persona vinculada a la institución está exenta del lavado de manos.

Diagnóstico: se cumple adecuadamente la norma en este caso en lo que refiere a acciones, momentos de lavado, capacitación y suministros.

Lineamientos: se recomienda altamente seguir con esta práctica y tomar acciones para que no se debilite. Es muy difícil medir el lavado de manos en cada uno de los casos que se requiere. Pero se puede utilizar la incidencia anual de enfermedades nosocomiales como un indicador indirecto del cumplimiento del lavado de manos.

9.2.3.6. Prevención de caídas

En la institución no existe un protocolo escrito que regule o haga cumplir normas de prevención de caída de pacientes. En caso de que alguna medida sea tomada, esta acción corresponde exclusivamente al buen entrenamiento académico

de la persona que lo haya aplicado. Tampoco existe un procedimiento de evaluación de riesgo de caídas para los pacientes.

Diagnóstico: esta institución no tiene ningún protocolo escrito, ni implementado, de evaluación de riesgo de caídas, ni de prevención de caídas. Sin embargo, cuenta con todos los insumos necesarios para su cumplimiento incluyendo instalaciones, mobiliario y disposición arquitectónica.

Lineamientos: el primer paso lógico es la implementación de un plan de evaluación de riesgo de caída en cada paciente que ingresa a la institución. El Manual Seguridad del Paciente-Usuario recomienda utilizar la escala de caída de MORSE para pacientes adultos disponible en el anexo 7. Esta escala evalúa los siguientes parámetros: caída previa, comorbilidades, ayuda para deambular, venoclisis, marcha y estado mental. La calificación clasifica al paciente dentro de bajo, medio o alto riesgo de caída. En pacientes pediátricos la indicación es la utilización de la escala de MACDEMS disponible en el anexo 8 que evalúa la edad, antecedente de caída, antecedentes personales y compromiso de la conciencia. Se clasifica en las mismas tres categorías a cada paciente. Después de la evaluación del paciente se debe identificar claramente al paciente según su riesgo. Las medidas para todos los pacientes y para los que tienen riesgo bajo son las siguientes: timbre de llamada funcional y disponible a corta distancia en todo momento para el paciente, utilización de calzado no deslizante, cama en baja elevación, retirar mobiliario innecesario de la habitación, guardar posiciones en armarios y no en el piso, adecuado funcionamiento de las lámparas de cabecera, frenos funcionales y cinturones de seguridad utilizados en camillas y sillas. Para pacientes de riesgo medio se toman en cuenta todos los lineamientos anteriores

y se aumentan los siguientes: que el paciente tenga a su disposición continua los dispositivos de ayuda que necesita. Para pacientes de alto riesgo se utilizan todos los lineamientos anteriores y se debe aumentar la siguiente: barandas obligatorias en camas y camillas durante toda su estancia, deambulaci3n con ayuda exclusivamente, incorporaci3n con ayuda exclusivamente, comunicar verbalmente a familiares y cuidadores del paciente de todas las medidas que se adoptan para evitar caídas y que deben ser parte obligatoria de este esfuerzo. Se recomienda utilizar la incidencia mensual de caídas reportadas en la instituci3n como indicador del cumplimiento de esta norma.

9.2.3.7. Educaci3n en Seguridad del Paciente

En cada uno de los diagn3sticos anteriores ya se list3 cu3les son los aspectos de seguridad del paciente que reciben capacitaci3n peri3dica al personal. Sin embargo no todos los aspectos son incluidos en la capacitaci3n y los que se realizan no se los hace en un mismo momento sino independientemente de cada uno.

Diagn3stico: la capacitaci3n no llega a cubrir todos los temas de seguridad para el paciente. Falta capacitaci3n.

Lineamientos: cada uno de los puntos anteriores ya incluye el aumento de capacitaci3n en caso de que sea necesario. Los temas deben ser enseñados en conjunto y no menos de una vez al año para todos los temas que incluyen seguridad del paciente. Estas capacitaciones deben incluir los resultados de la estadística del año pasado para que todo el personal ponga especial énfasis en la correcci3n de los eventos sucedidos.

Tabla 1. Resumen de cumplimiento de contenido del manual

	cumplimiento		
	completo	parcial	no cumple
prácticas seguras administrativas			
identificación correcta del paciente		x	
programa de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos	x		
prácticas seguras asistenciales			
control de abreviaturas peligrosas			x
manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo		x	
control de electrolitos concentrados		x	
conciliación de medicamentos			x
administración correcta de medicamentos	x		
administración de antibióticos profilácticos en procedimientos quirúrgicos		x	
profilaxis de tromboembolismo venoso		x	
prevención de úlceras por presión		x	
prácticas seguras administrativas/asistenciales			
notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente			x
prácticas quirúrgicas seguras	x		
transferencia correcta de información de los pacientes en puntos de transición		x	
manejo correcto de las bombas de infusión	x		
higiene de manos	x		
prevención de caídas		x	
educación en seguridad del paciente			x

Fuente: tomado de Manual Seguridad del Paciente –Usuario 2016

9.3. Estrategias generales de implementación

El primer paso vital es la notificación a todo el personal de la Clínica Integral del plan para cumplir la normativa del Manual Seguridad del Paciente – Usuario. Inmediatamente se procede a la definición de los ocho protocolos necesarios y su escritura. La dirección médica tiene a su cargo esta tarea. Puede tomar como referencia protocolos similares de otras instituciones con la respectiva adaptación a la institución y respeto a derechos de autor. Los dos protocolos que requieren presupuesto mínima (administración de antibióticos profilácticos en procedimientos quirúrgicos y profilaxis de tromboembolismo asignación presupuestaria tienen un plazo más largo y pueden ser completados en siete semanas. Para el resto de protocolos se necesita una asignación presupuestaria mayor por lo que deben ser terminados en dos semanas y media.

Tres semanas y media es el tiempo máximo para definir el presupuesto necesario. Según la tabla 4 se sugiere un presupuesto aproximado de \$3905.00. Con

estos recursos se espera abastecer con material impreso y material desechable necesario para un año, insumos anti escaras para su uso a largo plazo y los honorarios para capacitación. El presupuesto se termina en el mes de diciembre.

En el mes de Enero se realiza la compra de los insumos necesarios y la impresión del material necesario. El plazo máximo es de dos meses para su cumplimiento completo.

Con un plazo máximo de cinco semanas se da paso a la capacitación de todo el personal. Se estima un máximo necesario de 16 horas para completar la capacitación. El horario del personal concatenado del personal ejecutivo, propio de cualquier institución de salud, requiere planificación cuidadosa y coordinación.

Si todo el cronograma se cumple, el día 3 de Abril es la fecha en la que toda la normativa se cumple con más de un mes de anticipación y mucho tiempo para corregir errores si se llegara a necesitar. El día 14 de mayo es la fecha límite para el cumplimiento según la ley.

9.4. Resultados esperados

Debido a que la normativa del Manual Seguridad del Paciente – Usuario exige cumplimiento completo con plazo máximo hasta el 14 de mayo, el resultado esperado de la implementación de los lineamientos de este texto es el cumplimiento completo de la norma aproximadamente un mes antes de la fecha límite legal. Se considera viable esta meta debido a que la mayoría de acciones necesarias para el cumplimiento requieren trabajo interna de la Clínica y poca cantidad de insumos nuevos. De los

insumos nuevos ninguno debe ser importado y todos están disponibles fácilmente en el mercado local.

Con el cumplimiento de la norma se da un paso importante hacia la seguridad integral del paciente durante su hospitalización en la Clínica Integral. De esta manera se contribuye al a las aspiraciones de la Organización Mundial de la Salud de reducir los eventos adversos en América Latina y en el mundo.

Por supuesto, también se espera que la reducción de los eventos adversos disminuya la probabilidad de que la Clínica integral se vea involucrada en problemas legales a futuro y, también, se espera que exista una reducción de costos operativos debido al aumento de la calidad en la atención del paciente.

10. CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES

Además de realizar lineamientos que ayuden al cumplimiento del Manual Seguridad del Paciente – Usuario, se presenta en este texto (tabla 2. y tabla 3.) un cronograma de actividades tipo Gantt que ayude en la visualización del cumplimiento.

La dirección médica se encargará del primer paso crucial que es la socialización vía correo electrónico a todo el personal de la Clínica Integral y de la realización de los siguientes protocolos: protocolo de identificación correcta, protocolo de identificación de eventos adversos, protocolo de conciliación de medicamentos, protocolo de administración de antibióticos profilácticos en procedimientos, protocolo de profilaxis de tromboembolismo, protocolo de prevención de úlceras por presión, protocolo de transferencia correcta de información de los pacientes en transición, protocolo de prevención de caídas. Se basará en la mejor evidencia disponible para escribir los protocolos mencionados. Para terminar estas tareas se asigna, tentativamente 16 días calendario desde 2016-11-15 hasta 2016-11-30. La dirección médica puede distribuir su tiempo como considere necesario para terminar estos 8 protocolos. Al terminarlos debe presentarlos al departamento financiero.

El siguiente paso corresponde al departamento financiero, que deberá realizar los presupuestos necesarios para identificación, reporte de eventos adversos, etiquetado, cuestionario de conciliación, prevención de úlceras por presión y la impresión de los diferentes documentos. Cabe notar que la Clínica Integral realiza todos sus presupuestos antes del 31 de diciembre. Es por esta razón que estos

presupuestos deben estar terminados antes de esa fecha. La tabla 3. Ofrece un presupuesto referencial tentativo.

Con los presupuestos terminados en el mes de diciembre se puede iniciar la adquisición de los insumos necesarios. En las dos primeras semanas laborales de enero se debe realizar la impresión de los siguientes documentos: formulario y protocolo de reporte de eventos adversos, cuestionario y protocolo de conciliación de medicamentos, protocolos de profilaxis quirúrgica, protocolo de profilaxis de tromboembolismo, cuestionario y protocolo de prevención de caídas.

La capacitación se hará en grupos de 5 personas con una duración de 2 horas cada capacitación. Se programará 8 grupos diferentes de capacitación para cubrir a todo el personal de médicos residentes y enfermería en un plazo total de un mes. Los médicos tratantes recibirán por vía electrónica los protocolos creados y deberán leerlos y ponerlos en práctica. En total se requieren 16 horas de capacitación con un costo estimado de \$100 en honorarios por cada hora de capacitación.

La primera disposición transitoria del Manual Seguridad del Paciente Usuario reza lo siguiente: “En el plazo de seis meses, contados a partir de la publicación del presente Manual en el Registro Oficial, los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, adecuarán sus procesos al contenido de este Manual.” (Ministerio de Salud Pública, 2016). El Registro Oficial del Ecuador publicó este manual el día lunes, 14 de noviembre de 2016. Por lo tanto, el cronograma de las tablas 1 y 2 toma como fecha de aplicación obligatoria para la adopción de los lineamientos el día lunes, 3 de abril de 2017 y como fecha límite el día domingo, 14 de mayo de 2017 (REGISTRO OFICIAL, 2016).

10.1. CRONOGRAMA GENERAL

Tabla 2. Cronograma de actividades para cumplimiento del Manual Seguridad del Paciente - Usuario (ordenado por actividades)

	2016			2017			
	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
identificación correcta del paciente	protocolo de identificación correcta del paciente	presupuesto para brazaletes de identificación	adquisición brazaletes de identificación		capacitación y difusión de identificación correcta del paciente		
control abreviaturas peligrosas					capacitación y difusión de control de abreviaturas peligrosas		
reporte de eventos adversos	protocolo de notificación de eventos adversos	presupuesto para reporte de eventos adversos	imp. form. y prot. eventos adversos		capacitación y difusión de reporte de eventos adversos		
control electrolitos concentrados		presupuesto etiquetas electrolitos conentrados	adquisición etiquetas electrolitos concentrados		capacitación y difusión de etiquetas de electrolitos concentrados		
conciliación de medicamentos	protocolo de conciliación de medicamentos	presupuesto cuestionario de conciliación de medicamentos	imp. cuest. y prot. conc. medicamentos		capacitación y difusión de conciliación de medicación		
profilaxis antibiótica quirúrgica	protocolo de administración de antibióticos profilácticos en procedimientos quirúrgicos		imp. prot. profilaxis quirurgica		capacitación y difusión de profilaxis antibiótica quirúrgica		
profilaxis tromboembolismo	protocolo de profilaxis de tromboembolismo		imp. prot. profilaxis tromboembolismo		capacitación y difusión de profilaxis de tromboembolismo		
prevención úlceras por presión	protocolo prevención de úlceras por presión	presupuesto prevención de úlceras por presión	adquisición de suministros de prevención de úlceras por presión		capacitación y difusión de prevención de úlceras por presión		
transferencia correcta de información	protocolo de transferencia correcta de información				capacitación y difusión de transferencia correcta de información		
prevención de caídas	protocolo de prevención de caídas		imp. prot. y cuest. prev. caídas		capacitación y difusión de prevención de caídas		

Tabla 3. Cronograma de actividades para cumplimiento del Manual Seguridad del Paciente - Usuario (ordenado por actor responsable)

	2016			2017			
	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
dirección médica	protocolo de identificación correcta del paciente						
	protocolo de notificación de eventos adversos						
	protocolo de conciliación de medicamentos						
	protocolo de administración de antibióticos profilácticos en procedimientos quirúrgicos						
	protocolo de profilaxis de tromboembolismo						
	protocolo prevención de úlceras por presión						
	protocolo de transferencia correcta de información						
	protocolo de prevención de caídas						
departamento financiero		presupuesto para brazaletes de identificación					
		presupuesto para reporte de eventos adversos					
		presupuesto etiquetas electrolitos conentrados					
		presupuesto cuestionario de conciliación de medicamentos					
		presupuesto prevención de úlceras por presión					
departamento de compras			adquisición brazaletes de identificación				
			imp. form. y prot. eventos adversos				
			adquisición etiquetas electrolitos concentrados				
			imp. cuest. y prot. conc. medicamentos				
			imp. prot. profilaxis quirurgica				
			imp. prot. profilaxis tromboembolismo				
departamento de calidad			adquisición de suministros de prevención de úlceras por presión				
			imp. prot. prev. caídas				
					capacitación y difusión		

11. PRESUPUESTO SUGERIDO

Tabla 4. Presupuesto referencial

concepto	costo	suministros para un año	compra única	total
material escrito				
protocolos varios	\$0,01/página	200páginas		\$ 2,00
formulario eventos adversos	\$0,01/página	200páginas		\$ 2,00
cuestionario conciliación medicamentos	\$0,01/página	1500páginas		\$ 15,00
escala MORSE (riesgo de caídas adultos)	\$0,01/página	1500páginas		\$ 15,00
escala MACDEMS (riesgo de caídas pediatría)	\$0,01/página	100páginas		\$ 1,00
nuevas adquisiciones				
stickers para electrolitos	\$11,00/rollo(1000stickers)	10rollos		\$ 110,00
brazales identificación adultos	\$0,35/unidad	1500unidades		\$ 525,00
brazales identificación pediatría	\$0,35/unidad	100unidades		\$ 35,00
combo colchon antiescaras+bomba+tubería	\$80,00/combo		20combos	\$ 1.600,00
capacitación				
honorarios capacitador	\$100/hora		16horas	\$ 1.600,00
			total	\$ 3.905,00

12. REFERENCIAS

- Aranaz Andrés, J. M., & Aibar Remón, C. (2010). *Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General Técnica. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Asamblea Constituyente. (2008). *Constitución del Ecuador 2008*. Recuperado el 2017, de http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Asamblea Mundial de la Salud No. 55. (2002). *Calidad de la atención: seguridad del paciente*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Clarck, W. (1923). *The Gantt Chart A Working Tool of Management* (second printing ed.). New York, New York, United States of America: The Ronald Press Company.
- Clínica Integral. (2017). *Clínica Integral*. Recuperado el 2017, de <http://grupohealth.com/index.html>
- LEY ORGANICA DE SALUD. (2006). *LEY ORGANICA DE SALUD*. Recuperado el 2017, de http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *NORMA TECNICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE*. Recuperado el 2017, de <http://hvcn.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/NORMA-TECNICA-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE-DEFINITIVO-jp.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (14 de 11 de 2016). *Seguridad del Paciente-Usuario*. Recuperado el 2017, de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_00000115_2016%2017%20oct.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Lista de verificación de la seguridad de la cirugía*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44233/2/9789243598598_spa_Checklist.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Formulación de políticas sobre dispositivos médicos*. Recuperado el 2017, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44832/1/9789243501635_spa.pdf
- Reason, J. (12 de Abril de 1990). The Contribution of Latent Human Failures to the Breakdown of Complex Systems. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 327(1241), 475-484.
- REGISTRO OFICIAL. (14 de noviembre de 2016). EDICIÓN ESPECIAL NO. 760. Quito, Pichincha, Ecuador: REGISTRO OFICIAL.

World Health Organization. (2002). *Quality of care: patient safety*. Documento A55/13.

Disponibile en

<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/ea5513.pdf?ua=1&ua=1>.

World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. (2006). SEA/RC59/11 Rev.1 - Consideration of the recommendations arising out of the technical discussions on "promoting patient safety at health care institutions". New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia.

13. ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Registro de pacientes sin brazalete de identificación.....	51
Anexo 2: Listado de abreviaturas aceptadas.....	52
Anexo 3: “Ficha amarilla”	54
Anexo 4: Registro de eventos relacionados con la seguridad del paciente.....	56
Anexo 5: Lista de verificación de la seguridad de la cirugía.....	58
Anexo 6: Lista de verificación de cirugía segura (modificado para Ecuador).....	59
Anexo 7: Escala de riesgo de caída de MORSE.....	61
Anexo 8: Escala de riesgo de caída de MACDEMS.....	62

ANEXO 2: Listado de abreviaturas aceptadas

 LISTADO DE ABREVIATURAS ACEPTADAS		<table border="1"> <tr> <td>Versión:</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Código:</td> <td>DNCSS-MSP-004</td> </tr> <tr> <td>Fecha:</td> <td>01/08/2016</td> </tr> </table>	Versión:	1	Código:	DNCSS-MSP-004	Fecha:	01/08/2016
Versión:	1							
Código:	DNCSS-MSP-004							
Fecha:	01/08/2016							
ABREVIATURAS ESTANDARIZADAS	SIGNIFICADO							
PRN	Por Razones Necesarias							
STAT	Del Latín Statum, Inmediatamente							
QD	Cada Día							
BID	Dos Veces al Día							
TID	Tres Veces al Día							
QUID	Cuatro Veces al Día							
HS	Hora Sueño							
h	Horas							
Min	Minutos							
T°	Temperatura							
Max	Máximo							
Aprox	Aproximadamente							
ATC	Clasificación Anatómica Terapéutica Y Química							
Conc	Concentración							
DL%—	Dosis Letal 50							
DCI	Denominación Común Internacional							
BPA	Buenas Prácticas de Almacenamiento							
D-E	Día Estancia							
Dx	Diagnóstico							
IF	Intervenciones Farmacéuticas							
MTE	Margen Terapéutico Estrecho							
PF	Perfil Farmacoterapéutico							
PRM	Problemas Relacionados Con Medicamentos							
RAM	Reacciones Adversas a Medicamentos							
RNM	Resultados Negativos Asociados a Los Medicamentos							
SDMDU	Sistema de Dispensación / Distribución de Medicamentos por Dosis Unitaria							
SI	Sistema Internacional de Unidades							
SNG	Sonda Naso Gástrica							
ST	Sistema Tradicional de Distribución							
UFD	Unidades Farmacéuticas Dispensadas							
MSP	Ministerio de Salud Pública							
OMS	Organización Mundial de la Salud							
OPS	Organización Panamericana de la Salud							

Fuente: tomado de Manual Seguridad del Paciente –Usuario 2016

 LISTADO DE ABREVIATURAS ACEPTADAS		Versión: 1 Código: DNCSS-MSP-004 Fecha: 01/08/2016
ABREVIATURAS ESTANDARIZADAS	SIGNIFICADO	
kg	Kilogramo	
g	Gramo	
mg	Miligramo	
mcg	Microgramo	
l	Litro	
ml	Mililitro	
dl	Decilitro	
meq	Miliequivalentes	
meq/l	Miliequivalentes de Soluto por Litro de Solución	
mmol/L	Milimol de Soluto por Litro de Solución	
%	Tanto Por Ciento	
Gotas	Gotas	
Unidades	Unidades Internacionales	
MOsmol	Miliosmol	
ABREVIATURAS ESTANDARIZADAS	SIGNIFICADO	
IV	Intravenoso	
VO	Vía Oral	
IM	Intramuscular	
VR	Vía Rectal	
SC	Subcutánea	
SL	Sublingual	
VT	Vía Tópica	
VVag	Vía Vaginal	
VOft	Vía Oftálmica	
OT	Vía Ótica	
NE	Nutrición Enteral	
NPH	Nutrición Parenteral Hipercalórica	
NPT	Nutrición Parenteral Total	

Fuente: tomado de Manual Seguridad del Paciente –Usuario 2016

ANEXO 3: "Ficha amarilla"

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE:					N° NOTIFICACIÓN:				
NOMBRE O INICIALES DEL PACIENTE:		EDAD:	F <input type="checkbox"/>	SEXO: M <input type="checkbox"/>	PESO (Kg)	TALLA (cm)	ETNIA	N° HISTORIA CLÍNICA	
2. INFORMACIÓN SOBRE SOSPECHA DE: RAM <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> EM <input type="checkbox"/>									
DESCRIPCIÓN DE LA RAM, FT, EM: (Enlistar las por separado)		FECHA INICIO	FECH A FIN	HISTORIA CLÍNICA RELEVANTE DEL PACIENTE: Enfermedades, diagnóstico, alergias, embarazo, cirugía previa, datos del laboratorio, etc.)					
3. MEDICAMENTO (S) SOSPECHOSO (S):									
NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	LOTE	FORMA FARMACÉUTICA	FECHA INICIO	FECHA FIN	DOSIS	FRECUENCIA	VÍA ADM.	MOTIVO DE PRESCRIPCIÓN
RESULTADO DEL EVENTO ADVERSO						SEVERIDAD			
¿El evento adverso desapareció al suspender el medicamento?			Recuperado/resuelto			Muerte			
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DESC <input type="checkbox"/>	Recuperando/resolviendo			Hospitalización prolongada			
¿El evento adverso desapareció al reducir la dosis del medicamento?			Recuperado/resuelto con secuela			Requirió hospitalización			
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DESC <input type="checkbox"/>	No recuperado/no resuelto			Anomalía congénita			
¿El evento adverso reapareció al administrar de nuevo el medicamento?			Fatal			Amenaza a la vida			
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DESC <input type="checkbox"/>	Desconocido			Discapacidad			
						N/A			
						Otra condición médica importante			
						Cuál.....			
4. TRATAMIENTO:									
PACIENTE RECIBIÓ TRATAMIENTO PARA TRATAR EL EVENTO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCE									
Describe:									
5. MEDICAMENTOS CONCOMITANTES O UTILIZADOS:									
NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	LOTE	FORMA FARMACÉUTICA	FECHA INICIO	FECHA FIN	DOSIS	FRECUENCIA	VÍA ADM.	MOTIVO DE PRESCRIPCIÓN
6. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR:									
NOMBRE O INICIALES DEL NOTIFICADOR:		PROFESIÓN:	LUGAR DE TRABAJO:	SERVICIO MÉDICO:			DIRECCIÓN:		

PROVINCIA:	TELÉFONO:	E-MAIL:
FECHA DE REPORTE:	TIPO DE REPORTE: INICIAL <input type="checkbox"/> SEGUIMIENTO <input type="checkbox"/>	ORIGEN REPORTE: AMBULATORIO <input type="checkbox"/> HOSPITALARIO <input type="checkbox"/>

El Centro Nacional de Farmacovigilancia agradece por su reporte y le recuerda que los datos proporcionados son confidenciales.

Fuente: tomado de Instrucciones para el reporte de sospecha de reacciones adversas a medicamentos - falla terapéutica - error de medicación. Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA). 2017

ANEXO 5. Lista de verificación de la seguridad de la cirugía (OMS)

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía



Organización Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente
Una alianza mundial para una atención más segura

Antes de la inducción de la anestesia

(Con el enfermero y el anestesta, como mínimo)

Antes de la incisión cutánea

(Con el enfermero, el anestesta y el cirujano)

Antes de que el paciente salga del quirófano

(Con el enfermero, el anestesta y el cirujano)

¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?

Sí

No

Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función

Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento

El enfermero confirma verbalmente:

El nombre del procedimiento

El recuento de instrumentos, gasas y agujas

El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)

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

¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?

Sí

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?

Sí

No

Previsión de eventos críticos

Cirujano:

¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?

¿Cuánto durará la operación?

¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?

Anestesta:

¿Presenta el paciente algún problema específico?

¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?

Sí

Equipo de enfermería:

¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?

¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?

¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

Sí

No

¿Tiene el paciente... Alergias conocidas?

No

Sí

... Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?

No

Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible

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

No

Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales

La presente lista no pretende ser exhaustiva. Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local.

Revisado 1 / 2009

© OMS, 2009

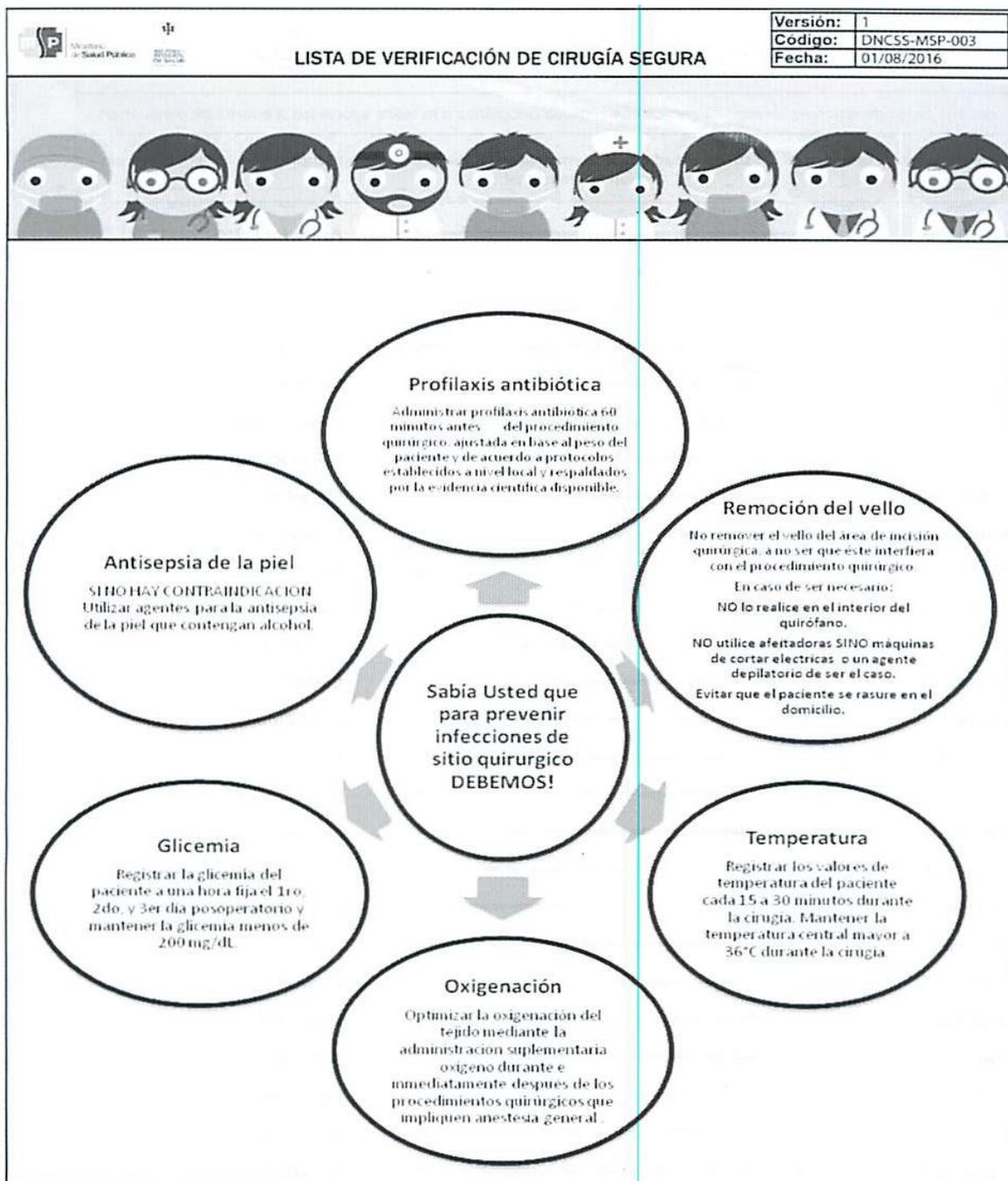
Fuente: tomado de Repositorio Institucional para Compartir Información (iris). Organización Mundial de la Salud (OMS). 2017.

ANEXO 6. Lista de verificación de cirugía segura (modificado para Ecuador)

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA			Versión: 1 Código: DNCSS-MSP-003 Fecha: 01/08/2016
a. Establecimiento de salud : _____		b. Unicódigo : _____	c. Fecha: _____
d. Nombre del paciente : _____		e. Edad : _____	
f. N° de Historia Clínica única: _____		g. N° Quirófano : _____	
h. Procedimiento : _____			
ENTRADA (Antes de la inducción de la anestesia)	PAUSA QUIRÚRGICA (Antes de la incisión cutánea)	SALIDA (Antes de que el paciente salga del quirófano)	
<p>El paciente ha confirmado:</p> <p>Su identidad <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>El procedimiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Su consentimiento verbal y escrito <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Demarcación del sitio quirúrgico</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/></p> <p>Se ha completado el control formal del instrumental anestésico, medicación y riesgo anestésico</p> <p>Equipo de intubación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Equipo de aspiración de la vía aérea <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Sistema de ventilación</p> <p>Oxígeno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Farmacos inhalados <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Medicación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Pulsioxímetro colocada en el paciente y funcionando</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Capnógrafo colocado y funcionando</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/></p> <p>Tiene el paciente alergias conocidas</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuáles: _____</p> <p>Vía aérea difícil/riesgo de aspiración</p> <p><input type="checkbox"/> SI, y hay instrumental y equipos disponibles</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p>Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)</p> <p><input type="checkbox"/> SI, y se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados.</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se ha confirmado la reserva de hemoderivados con el laboratorio</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> NO APLICA</p>	<p>Confirmación que todos los miembros del equipo se han presentado por su nombre y función</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Responsable de la lista de chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico:</p> <p>Identidad del paciente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Procedimiento (lateralidad) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Previsión de eventos críticos</p> <p>El cirujano expresa:</p> <p>Duración del procedimiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Perdida prevista de sangre <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>El anestesiólogo expresa algún problema específico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Equipo de enfermería y/o instrumentación quirúrgica revisa:</p> <p>Esterilidad (con resultado de indicadores e integradores químicos internos y externos) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Recuento INICIAL de material blanco e instrumental quirúrgico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Dudas o problemas relacionados con el instrumental y equipos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/></p> <p>Dispone de imágenes diagnósticas esenciales para el procedimiento quirúrgico</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/></p>	<p>El responsable de la lista de chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico:</p> <p>El recuento FINAL de material blanco e instrumental quirúrgico (previo al cierre) este completo:</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Hubo necesidad de empaquetar al paciente</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Registre el número de compresas _____</p> <p>Nombre del procedimiento realizado _____</p> <p>Clasificación de la herida</p> <p>Limpia <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/></p> <p>Limpia-contaminada <input type="checkbox"/> Sucia <input type="checkbox"/></p> <p>Toma de muestras</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Etiquetado de las muestras (nombres y apellidos completos del paciente, historia clínica, fecha)</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Identifique el tipo de muestra a enviar</p> <p>Citoquímico <input type="checkbox"/> N° _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Cultivos <input type="checkbox"/> N° _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Anatomopatológico <input type="checkbox"/> N° _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Otros: _____</p> <p>Si hay problemas que resolver, relacionados con el instrumental y los equipos</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Cuáles: _____</p> <p>El cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería revisan los principales aspectos de la recuperación del paciente.</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
Firma y sello	Firma y sello	Firma y sello	
Nombre completo de la persona responsable de la lista de verificación	Nombre del cirujano	Nombre completo del anestesiólogo	

SNG-MSP-DNCGS-Form-060-2016

Fuente: tomado de Manual Seguridad del Paciente –Usuario 2016



Fuente: tomado de Manual Seguridad del Paciente –Usuario 2016

ANEXO 7. Escala de riesgo de caída de MORSE

 ESCALA DE RIESGO DE CAÍDA DE MORSE		Versión: 1 Código: DNCSS-MSP-008 Fecha: 01/08/2016
DE 13 AÑOS A 18 AÑOS Y ADULTOS		
VARIABLES		PUNTAJE
1. CAÍDA PREVIA	No	0
	Si	25
2. COMORBILIDADES	No	0
	Si	15
3. AYUDA PARA DEAMBULAR	Ninguna / Reposo en cama / Asistencia	0
	Bastón / Muleta / Caminador	15
	Se apoya en los muebles	30
4. VENOCLISIS	No	0
	Si	20
5. MARCHA	Normal / Reposo en cama / Silla de ruedas	0
	Débil	10
	Limitada	20
6. ESTADO MENTAL	Reconoce sus limitaciones	0
	Sobreestima u olvida sus limitaciones	15
7. PUNTUACION FINAL Y NIVEL DEL RIESGO		 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
Riesgo	Puntaje	Acción
↓ Bajo	0 a 25	Cuidados bajo enfermería <input type="radio"/>
↔ Medio	25 a 50	Implementación del plan de prevención <input type="radio"/>
↑ Alto	mayor a 50	Implementación de medidas especiales <input type="radio"/>

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

Fuente: tomado de Manual Seguridad del Paciente –Usuario 2016

ANEXO 8. Escala de riesgo de caída de MACDEMS

 ESCALA DE RIESGO DE CAÍDA MACDEMS		Versión: 1 Código: DNCSS-MSP-007 Fecha: 01/08/2016
DE 0 A 12 AÑOS		
VARIABLES		PUNTAJE
1. EDAD	Recién Nacido	2
	Lactante Menor	2
	Lactante Mayor	3
	Pre - escolar	3
	Escolar	1
2. ANTECEDENTE DE CAÍDA PREVIA	No	0
	Si	1
3. ANTECEDENTES	Hiperactividad	1
	Problemas neuromusculares	1
	Síndrome convulsivo	1
	Daño orgánico cerebral	1
	Otros	1
	Sin antecedentes	0
4. COMPROMISO DE CONCIENCIA	No	0
	Si	1
7. PUNTUACION FINAL Y NIVEL DEL RIESGO 		<input type="text"/>
Riesgo	Puntaje	Acción
↓ Bajo	0 a 1	Cuidados bajo enfermería <input type="radio"/>
↔ Medio	2 a 3	Implementación del plan de prevención <input type="radio"/>
↑ Alto	4 a 6	Implementación de medidas especiales <input type="radio"/>

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

Fuente: tomado de Manual Seguridad del Paciente –Usuario 2016