



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO | N° 55 - Noviembre 2015

ESPECIAL SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE: úlceras por presión; prevención de caídas; eventos severos reportables; infecciones por *Clostridium difficile*; infecciones del sitio quirúrgico; errores asociados al cuidado de la salud.

STAFF

Departamento de
Epidemiología

Dirección

DR. DANIEL STAMBOULIAN

Coordinación y redacción

DRA. LILIÁN TESTÓN

Edición

LIC. ANA PAULA CORDERO

Con el aval de FIDEC/FUNCEI

SUSCRIPCIÓN GRATUITA
epidemiologia@funcei.org.ar

MÁS INFORMACIÓN

Twitter: @EpidemiologiaFUNCEI

www.escalainicial.com.ar

Twitter @escalainicial

FUNCEI

French 3037- C1425AWK

C.A.B.A., Argentina.

Tel.: 4809-4242 info@funcei.org.ar

www.funcei.org.ar

FIDEC

2050 Coral Way Suite #407

Miami, Florida 33145

Tel: 305.854.0075

www.fidex-online.org

Seguridad y calidad en la atención integral del paciente

“La seguridad es la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable. Se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro”, OMS.

La seguridad del paciente se convirtió en un problema grave de salud pública en todo el mundo.

De cada 100 pacientes hospitalizados, 7 en países desarrollados y 10 en aquellos en vías de desarrollo, contraerán infecciones relacionadas a la atención de salud.

Uno de cada 10 pacientes puede sufrir algún tipo de daño en el hospital, ya sea como consecuencia de distintos errores o efectos adversos.

Desde la puesta en marcha en 2004 del **Programa de Seguridad del Paciente de la OMS**, más de 140 países buscan solucionar los problemas que plantea una atención sin garantía de seguridad. Así

surgieron las medidas que se consideran clave para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria. Su objetivo puede resumirse en el lema: **“ante todo, no hacer daño”**.

Datos sobre seguridad del paciente según la OMS:

- La mayoría de las personas no tienen acceso a dispositivos médicos apropiados.
- Las inyecciones sin garantía de seguridad se redujeron en un 88% entre 2000 y 2010.
- Trabajar en equipo es imprescindible para que las intervenciones quirúrgicas sean seguras.
- Entre el 20% y 40% de todo el gasto en salud se desperdicia a causa de una atención de calidad deficiente.
- La atención médica tiene un historial de seguridad deficiente. Actividades supuestamente de alto riesgo, como la aviación o las plantas nucleares, tienen antecedentes de seguridad muy superiores a la de la atención médica.
- La probabilidad de que un paciente sufra algún daño ocasionado por la atención médica es de 1 en 300.



CALIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE

Consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional sus riesgos y perjuicios.

El plan define estrategias y objetivos que permitan garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria a todos los ciudadanos.



CUIDADO DE SALUD: MEJORAR LA CALIDAD

- Seguridad en la atención. Evitar dañar a los pacientes.
- Efectividad en el cuidado. Proveer los cuidados al paciente basado en conocimientos científicos
- Cuidados centrados en el paciente. Con respeto y responsabilidad, sobre la base de guía de decisiones clínicas.
- Cuidados en tiempo y forma. Reducir tiempos de espera.
- Cuidados eficientes.
- Cuidados equitativos. Asegura que la calidad en la atención no varían por las características como el género, etnia, nivel socioeconómico, localización geográfica.

Las prácticas con suficiente evidencia como para incluirlas dentro de la categoría de seguridad del paciente son las siguientes:

- Uso apropiado de profilaxis para prevenir tromboembolismo venoso en pacientes con riesgo.
- Uso de betabloqueantes en aquellos pacientes que lo requieren para prevenir la mortalidad y morbilidad perioperatoria.
- Uso del máximo de barreras estériles mientras se coloca un catéter venoso central para prevenir infecciones.
- Uso apropiado de profilaxis antibiótica en pacientes quirúrgicos para prevenir infecciones postoperatorias.
- Verificar que el paciente entienda cuanto se le explicó durante el informe.
- Aspiración continua subglótica para prevenir neumonía asociada a ventilación mecánica.
- Prevención de úlceras por presión.
- Uso de ultrasonido como guía durante la inserción de una línea central para prevenir complicaciones.
- Manejo del paciente bajo tratamiento con warfarina

para lograr anticoagulación y prevención de sus complicaciones.

- Nutrición adecuada, con particular énfasis en nutrición enteral temprana en pacientes críticos y quirúrgicos, para prevenir complicaciones.
- Utilización de catéteres venosos centrales impregnados con antibióticos para prevenir infecciones.

ÁREAS RELACIONADAS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Las siguientes variables se consideran indicadores de calidad en salud:

- Úlceras por presión
- Caídas de pacientes
- Lavado de manos
- Reporte de eventos serios
- Infecciones por *Clostridium difficile*
- Errores en medicación
- Infecciones asociadas a catéteres venosos
- Infecciones de sitio quirúrgico

Úlceras por presión (UPP)

Las UPP son lesiones localizadas en la piel y/o tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión ejercida sobre la zona, según la definición internacional del National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, por sus siglas en inglés).

Existe evidencia de que la gran mayoría de las úlceras por presión (UPP) se presentan relativamente temprano durante la internación (dentro de las dos primeras semanas), con un aumento en los pacientes añosos.

Su incidencia creció en los últimos 10 años un 63%. Es un predictor de mortalidad y se estima que el costo del tratamiento de estas úlceras es 2,5 veces mayor al de prevenirlas. Una vez que se presentan su costo es de aproximadamente 37.800 dólares.

Para evitar las UPP es fundamental la rápida identificación de los individuos en riesgo, y la implementación de medidas preventivas.

Etiológicamente se producen cuando los capilares que irrigan la piel y el tejido celular subcutáneo (TCS) se aplastan o comprimen lo suficiente como para impedir una adecuada perfusión, lo que provoca la necrosis tisular. Mantener la presión externa en valores menores a 32 mm Hg debería ser suficiente para prevenir las UPP. El desarrollo de una úlcera puede sobrevenir dentro de las dos y seis horas.

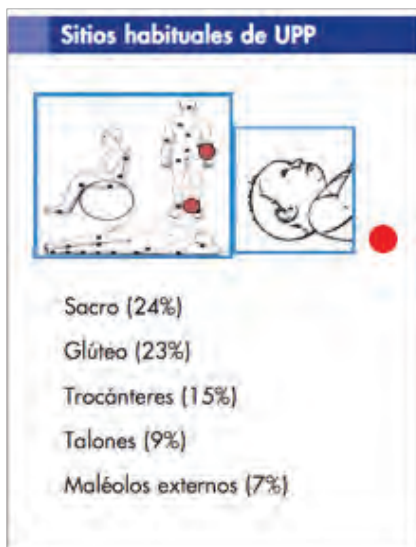
FACTORES DE RIESGO

Factores intrínsecos al individuo:

- DBT
- Enfermedad vascular periférica
- Accidente cerebrovascular
- Sepsis
- Hipotensión
- Mal nutrición

Los factores extrínsecos relevantes son: humedad de la zona, fricción, falta de reposicionamiento y rotación cada dos horas en zonas de presión.

ÁREAS FRECUENTES DE UPP



VALORACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

La escala de Braden es una herramienta con validez y fiabilidad demostrada, por lo que constituye un instrumento útil para la valoración y planificación de cuidados.

ESCALA DE BRADEN					
Riesgo de úlceras por presión. Braden-bergstrom < 13 = alto riesgo Braden-bergstrom 13 - 14 = riesgo moderado Braden-bergstrom > 14 = bajo riesgo					
Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1. Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2. Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3. Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4. Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

CATEGORÍA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

CLASIFICACIÓN DE HERIDAS

- **Categoría I: Eritema no blanqueable.** Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable de un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea.
- **Categoría II: Úlcera de espesor parcial.** Pérdida completa de epidermis y parcial de la dermis.
- **Categoría III: Pérdida total del grosor de la piel.** Pérdida completa de la piel incluyendo tejido celular subcutáneo.
- **Categoría IV: Pérdida total del espesor de los tejidos.** Pérdida total del espesor de la piel con hueso expuesto, tendón o músculo.
- **Inestadificable/ sin clasificar:** Pérdida total del espesor de la piel o los tejidos. Profundidad desconocida. Pérdida del espesor total de los tejidos. Úlcera con escaras en el lecho de la herida

TRATAMIENTO DE LA HERIDA

En términos generales son cuatro pilares básicos:

1. Control de tejido no viable.
2. Tratamiento de la infección.
3. Equilibrio de la humedad.
4. Estimulación de bordes epiteliales.

RECOMENDACIONES PARA REDUCIR LAS UPP

- Higiene de la piel con jabones de Ph cercanos a 5.
- Inspección completa de la piel y en forma exhaustiva en sitios vulnerables.
- Cabecera de cama y decúbito lateral no más de 30°.
- Recambio posicional cada dos horas.
- Sábanas suaves, sin arrugas, ni restos de alimentos o cuerpos extraños.
- Evitar masajear sobre prominencias óseas.
- Usar apósitos que puedan retirarse para inspeccionar.
- No utilizar dispositivos en forma de flotador.
- No arrastrar al paciente sobre la cama.
 - Si el paciente presenta incontinencia, cambiar los pañales con mayor frecuencia.
 - Dispositivos como máscaras, tubos, sondas, férulas, sistemas de tracción, deben ser lo suficientemente acolchados.

CUANDO Y CÓMO CONTROLAR LAS UPP

- Revisar a cada paciente con riesgo de UPP en la admisión; antes y después de cada cirugía; y cada día durante la hospitalización.
- Utilizar redistribuidores de presión como colchones y dispositivos en todos los pacientes.
- Capacitar a las enfermeras en la mejor forma de prevenir y tratar las UPP.
- Proveer de cuidados para la piel que tengan su base en la condición de cada paciente y sus factores de riesgo.

Prevención de caídas

Las caídas de pacientes en los centros de salud constituyen un serio problema a nivel mundial.

Si bien en la Argentina carecemos de datos estadísticos al respecto, internacionalmente se estima que entre el 2% y el 10% de los admitidos por año sufre una caída.

ESTADÍSTICAS DEL CDC

- El 75% de las lesiones en mayores de 65 años se relacionan con caídas.
- Cada 15 segundos un adulto mayor recibe tratamiento en emergencias por una caída.
- Uno de cada tres pacientes mayores de 65 años tiene al menos una caída por año.
- Las intervenciones tempranas pueden reducir las caídas entre el 30% y el 40%.
- Quienes caen, tienen entre el doble y el triple de probabilidades de caer nuevamente.
- Entre el 10% y el 20% de las caídas causan lesiones serias (traumatismo de cráneo o fractura de cadera, entre otras).

FACTORES DE RIESGO

- Marcha inestable.
- Aumento en necesidad de concurrir al baño.
- Confusión.
- Medicación hipnótica-sedativa, laxante.
- Historias de caídas.
- Aumento de la edad.
- Confusión, ansiedad, excitación.
- Sexo femenino.
- Enfermedad cardiovascular: síncope vasovagal, arritmias, infarto.
- Comorbilidades: depresión, psicosis.

SITUACIONES QUE FAVORECEN LA CAÍDA

- Traslado al baño u otros desplazamientos sin acompañante.
- Ascenso y descenso de la cama.
- Subutilización de barandas y otros dispositivos de seguridad como las bandas de sujeción.
- Desorientación durante la noche.
- Ausencia de acompañante.

INTERVENCIONES PARA PREVENIR CAÍDAS

- Indicar ejercicios para fortalecer miembros inferiores y superiores.
- Realizar un examen oftalmológico.
- Observar y evaluar medicación prescrita como hipnóticos, tranquilizantes o calmantes, entre otros.
- Colocar alarmas (en sillas y camas) para que el personal se mantenga alerta y pueda acudir en ayuda del paciente cuando necesite ponerse de pie.
- Asegurar el ambiente.
- Ajustar las medicaciones.
- Revisar que el paciente: tenga el dolor controlado, reciba ayuda para su aseo y necesidades especiales, y cuente con asistencia cuando se reposiciona en la cama o en la silla.

GUÍA DE CUIDADOS

Riesgo bajo. Cuidado estándar

- Entregar el programa de seguridad para pacientes internados.
- Enseñar a utilizar el timbre y el interruptor de luz.
- Mantener las cuatro barandas siempre elevadas.
- Informar a la familia sobre la importancia de la baranda y el riesgo de no tenerlas colocadas.
- Enseñar a utilizar calzado adecuado.
- Asegurar que se limpien rápidamente los líquidos derramados en el piso de la habitación.
- Observar que la habitación esté lo más despejada posible sin obstáculos que puedan originar o agravar la caída.
- Mantener la altura de la cama baja de tal forma que cuando el paciente intente bajar pueda hacerlo sin diferencia de altura.

Riesgo medio. Cuidado estándar y otras medidas

- Visitar al paciente con intervalos no mayores de 60 minutos y registrar la visita.
- Solicitar acompañamiento familiar permanente.

Alto riesgo

- Sujeción terapéutica. Colocar tarjeta de identificación de caídas en la puerta de la habitación.

Pasos para reducir las caídas

- Asegurar que la mesa y las pertenencias del paciente estén a su alcance.
- Dejar también a su alcance implementos para caminar como andadores y el llamador de enfermería.
- Verificar el correcto funcionamiento de audífonos y anteojos.
- Verificar que el calzado sea del tamaño correcto y que tenga suela antideslizante.



Fuente: St. Mary-Corwin Medical Center

Eventos Severos Reportables

El Foro Nacional de Calidad (NFQ, por sus siglas en inglés) -organización sin fines de lucro dedicada a mejorar la calidad en los cuidados de salud-, creó una lista estandarizada de 38 eventos severos, separados en seis categorías.

La selección de estos eventos tienen su base en:

- Si concierne tanto al público como a los profesionales de salud.
- Si es claramente identificable y medible.
- Si es **severo** y usualmente **prevenible**.

EVENTOS SECUNDARIOS A PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS O INVASIVOS

- Realizados en un **sitio incorrecto**.
- Realizados en el **paciente incorrecto**.
- **Muerte postoperatoria** en pacientes con ASA 1.
- **Procedimiento erróneo**.
- **Retención de objeto extraño** no intencional, luego del procedimiento.

EVENTOS ASOCIADOS A PRODUCTOS O DISPOSITIVOS MÉDICOS

- **Muerte o lesión seria** asociada con el uso de drogas contaminadas, dispositivos provistos por el personal de salud en el hospital.
- **Muerte o lesión seria** asociada con embolismo intravascular gaseoso mientras el paciente se encuentra bajo el cuidado del personal de salud.

EVENTOS RELACIONADOS CON EL CUIDADO DEL PACIENTE

- Egreso de un paciente de cualquier edad, incapaz de tomar decisiones sin persona autorizada.
- Muerte o lesión severa asociada con la desaparición de un paciente.
- Suicidio, intento de suicidio o daño autoinfligido que resulta en lesión seria, mientras el paciente se encuentra bajo el cuidado del equipo de salud.

EVENTOS RELACIONADOS CON EL MANEJO DE CUIDADOS

- Muerte o lesión severa asociada con errores de medicación (dosis, droga, preparación, ruta de administración o paciente incorrecto).
- Muerte materna o lesión severa asociada al trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo.
- Muerte o lesión severa en neonato asociada con trabajo de parto o parto en embarazo de bajo riesgo.
- Muerte o lesión severa secundaria a caída del paciente.
- Úlcera por presión Estadio IV o inestadificable adquirida luego de la admisión.

- Inseminación artificial con **incorrecto** donante de esperma u óvulo.
- Muerte o lesión severa por falta en la comunicación o seguimiento de los resultados de laboratorio, patología o resultados radiológicos.

EVENTOS RELACIONADOS CON EL MEDIO AMBIENTE

- Muerte de paciente o de un miembro del staff asociado con shock eléctrico durante el curso del cuidado del paciente.
- Cualquier incidente donde sistemas designados para oxígeno u otros gases dispensados para pacientes contienen el **gas equivocado** o están **contaminados por sustancias tóxicas**.
- Paciente o miembros del staff que reciben quemaduras durante el cuidado del paciente.

EVENTOS RADIOLÓGICOS

- Muerte o lesión severa asociada con la introducción de algún objeto metálico en el equipo de RMN.

Infecciones por *Clostridium difficile*

Constituye un serio problema de salud pública que recientemente aumentó su incidencia y severidad. Es otra de las variables utilizadas para evaluar calidad y seguridad en la atención de pacientes.

El *Clostridium difficile* es una bacteria que causa diarrea con importante comorbilidad, incluso la muerte.

FACTORES DE RIESGO

Existen condiciones en el paciente que favorecen su desarrollo:

- **Medicación:** antibioticoterapia de amplio espectro, uso múltiple de antimicrobianos, uso prolongado, utilización de antiácidos, incluyendo la bomba inhibidora de protones.
- **Exposición a cuidados de la salud, geriátricos:** donde los gérmenes diseminan fácilmente y los antibióticos se administran con frecuencia. El germen se propaga entre personas a través de las manos, celulares, barandas de camas, camillas, sillas de rueda, estetoscopios, termómetros, etc.
- **Enfermedades de base grave:** enfermedades intestinales severas, cáncer, tratamiento con quimioterapia, cirugía abdominal o procedimientos gastrointestinales.
- **Edad:** aumento del riesgo en mayores de 65 años.
- **Haber padecido *Clostridium difficile* previamente:** aumenta un 20% el riesgo de repetir el germen.

COMPLICACIONES

Las más frecuentes incluyen:

- **Deshidratación:** ocasionada por la severa diarrea con significativa pérdida de fluidos y electrolitos.
- **Falla renal:** en ocasiones la deshidratación se produce tan rápidamente que deteriora la función renal.
- **Megacolon tóxico:** el colon es incapaz de liberar gases y material fecal produciendo distensión que, de no tratarse, puede producir su ruptura causando que las bacterias intestinales se liberen a la cavidad intestinal. Requiere cirugía de emergencia y puede ser fatal.
- **Perforación intestinal:** es de rara presentación, ocurre como resultado del extensor daño en el intestino. También es causa de peritonitis.
- **Muerte:** tanto la infección moderada como la severa puede progresar de manera rápida a enfermedad fatal.

PREVENCIÓN

- Lavado frecuente de manos antes y después del cuidado de cada paciente.
- Higiene adecuada de las habitaciones y equipos médicos utilizados por pacientes portadores.
- Uso adecuado y racional de antimicrobianos, solo ante necesidad.
- Precaución para evitar la diseminación a otros pacientes.
- Aislamiento o cohorte de pacientes portadores.
- Equipo de Protección Personal para el personal de salud.

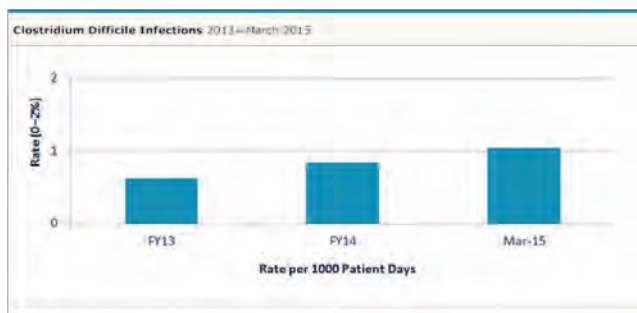
Desescalamiento antibiótico (*Antimicrobial Stewardship*)

Además de las enumeradas, esta es una herramienta fundamental con la que cuenta el staff hospitalario para reducir el *Clostridium difficile*.

El uso innecesario de antimicrobianos aumentó de manera significativa la enfermedad severa o las complicaciones del *Clostridium difficile*. Por eso, esta es una intervención sistemática y racional para la utilización de agentes antimicrobianos, con el objetivo de mejorar la evolución de los pacientes (logrando la cura, evadiendo la toxicidad y otros efectos adversos) y la mayoría de la población (evitando la emergencia de resistencia antimicrobiana).

A través del monitoreo continuo, de ser necesario se realizará un cambio en las prácticas de prescripción de antibióticos. Un programa de desescalamiento efectivo disminuye el uso de antimicrobia-

nos, la resistencia y los costos directos e indirectos hospitalarios. De hecho el desescalamiento antibiótico se autofinancia. Algunos programas demostraron que entre el 22% y el 36% disminuye el uso de antibióticos que se correlaciona con un ahorro anual de entre 200 mil y 900 mil dólares.



Brigham and Women's Hospital. Años 2013 a 2014.
Porcentaje de infecciones x 1000 días-paciente

Infecciones del sitio quirúrgico (ISQ)

CIRUGÍAS SEGURAS

Para el cuidado del paciente, la seguridad en las cirugías requiere de la ejecución de múltiples y necesarios pasos que realizan los cirujanos y un equipo de profesionales de la salud que trabaja en forma conjunta.

Durante 2010, según datos del CDC, un estimado de 16 millones de procedimientos quirúrgicos se realizaron en hospitales de EEUU. Un estudio de prevalencia encontró que la ISQ era la infección más comúnmente asociada al sistema de salud. De las 16 millones de cirugías registradas, se reportaron 157 mil episodios de ISQ.

Además, según datos de 50 países, durante 2004 el volumen de cirugías realizadas se estimó entre 187 y 281 millones, lo que implica que a una de cada 25 personas se le realizó un procedimiento quirúrgico.

Mientras estos procedimientos intentan salvar vidas, los que se realizan de manera insegura pueden ocasionar daños sustanciales, con las siguientes implicancias:

- El reporte de mortalidad cruda luego de una cirugía mayor es entre el 0,5 y el 5%.
- Las complicaciones posteriores a una intervención quirúrgica ocurren en más del 25% de los pacientes.

En países industrializados, cerca de la mitad de todos los eventos adversos en pacientes hospitalizados se relacionan con el **cuidado postoperatorio**. El porcentaje de complicaciones severas ocurre entre el 3% y el 16%, con una tasa de mortalidad de 0,4% a 0,8%. Estas tasas son muy diferentes en los países en vías de desarrollo, donde la mortalidad secundaria a los procedimientos quirúrgicos asciende entre un 5% a un 10%, la mayoría de las veces asociada a infecciones.

Al menos en el 50% de los casos en los que la cirugía ocasiona daños al paciente, estos podrían prevenirse.

Las cuatro áreas donde podría hacerse la diferencia en la seguridad del paciente quirúrgico son:

1. Prevención de ISQ.
2. Anestesia segura.
3. Adecuado equipo quirúrgico.
4. Medicación segura y adecuada previa y durante la cirugía (profilaxis antibiótica).

La denominada "*surgical pause*" es un procedimiento sistemático y obligatorio en los EEUU. En aproximadamente un minuto antes del comienzo de la cirugía todos los miembros del equipo quirúrgico confirman verbalmente:

- La identidad del paciente.
- El sitio operatorio y el tipo de procedimiento a realizarse.

Esta estrategia asegura la comunicación entre el equipo interviniente y evita errores tanto en la identidad del paciente como en la adecuada intervención.

También se aplica la "*extended pause*", durante la cual se ejecutan aún más medidas para proteger al paciente, se discuten detalles técnicos del procedimiento, el tiempo de la profilaxis antibiótica y el mantenimiento de la temperatura y la glucemia intraoperatoria.

AVANCES EN LAS PRÁCTICAS DEL CONTROL DE INFECCIONES

- Mejoras en la ventilación de los quirófanos.
- Mejoras en los métodos de esterilización.
- Disponibilidad de profilaxis antibióticas. Adecuado uso de antibióticos.
- Lavado de manos.
- Preparación antiséptica de la piel.
- Descontaminación y esterilización del instrumental.

ANESTESIA SEGURA

- Presencia de un anestesiista entrenado.
- Seguridad en la medicación y en la administración de los gases anestésicos.
- Oximetría de pulso. Monitoreo cardíaco.
- Monitoreo de la presión arterial y de la temperatura.

CHECKLIST QUIRÚRGICO

La OMS la considera una herramienta para que el personal sanitario pueda mejorar la seguridad de las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables.

Es un listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica y se organiza en tres partes fundamentales:

- Comprobación a realizar antes de la inducción anestésica.
- Comprobaciones antes de la incisión quirúrgica.
- Comprobaciones previas a que el paciente salga del quirófano.

Objetivos del checklist quirúrgico

- Intervenir al paciente correcto en el lugar del cuerpo correcto.
- Utilizar los métodos disponibles para prevenir el daño derivado de la anestesia y evitar causarle dolor al paciente.
- Identificar y abordar adecuadamente los riesgos relacionados con la vía aérea.
- Identificar y abordar de modo adecuado el riesgo de pérdida significativa de sangre.
- Evitar reacciones alérgicas y reacciones adversas a medicamentos en los pacientes con riesgo conocido.
- Utilizar sistemáticamente métodos que minimicen el riesgo de infección de localización quirúrgica.
- Prevenir la retención inadvertida de gases o instrumental.
- Asegurar la identificación precisa de todos los especímenes quirúrgicos.
- Comunicar e intercambiar de manera efectiva aquella información acerca del paciente que resulta crítica para la seguridad de la intervención.
- Establecer sistemas de vigilancia y monitorización de la actividad quirúrgica.

OMS: LOS 10 OBJETIVOS BÁSICOS PARA LAS CIRUGÍAS SEGURAS

El equipo quirúrgico (EQ):

1. Procederá a intervenir al paciente y en el lugar quirúrgico correcto.
2. Utilizará los métodos conocidos para prevenir dañar al paciente con la administración de anestésicos, evitando el dolor en todo momento.
3. Reconocerá la pérdida de la vía aérea y la función respiratoria, y actuará en consecuencia.
4. Reconocerá e intervendrá efectivamente ante la pérdida de sangre.
5. Evitará inducir reacciones alérgicas a drogas o eventos severos conociendo los antecedentes del paciente.
6. Utilizará métodos para minimizar el riesgo de ISQ.
7. Preverá la retención inadvertida de instrumentos y gases en las heridas quirúrgicas.
8. Identificará de manera segura todo el instrumental utilizado.
9. Mantendrá una comunicación efectiva e intercambio de información crítica para la conducta segura durante la operación.
10. Los sistemas de salud públicos y privados establecerán rutinariamente la vigilancia de la capacidad quirúrgica, su volumen y resultados.

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía
Organización Mundial de la Salud
Seguridad del Paciente
Minimizar el riesgo de eventos adversos evitables

Antes de la inducción de la anestesia

(Con el enfermero y el anestesiista, como mínimo)

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

Sí

¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?

Sí

No procede

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

Sí

¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?

Sí

¿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

Antes de la incisión cutánea

(Con el enfermero, el anestesiista y el cirujano)

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

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

Sí

No procede

Previsión de eventos críticos

Cirujano:

¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?

¿Cuánto durará la operación?

¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?

Anestesiista:

¿Presenta el paciente algún problema específico?

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 procede

Antes de que el paciente salga del quirófano

(Con el enfermero, el anestesiista y el cirujano)

El enfermero confirma verbalmente:

El nombre del procedimiento

El recuento de instrumentos, gases 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

Cirujano, anestesiista y enfermero:

¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?

La presente lista no pretende ser exhaustiva. Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local. Revisado 1 / 2009 © OMS, 2009

Errores asociados al cuidado de la salud

ERROR DE MEDICACIÓN

Puede ser cualquier evento prevenible que puede causar o llevar al uso inapropiado de la medicación, al daño del paciente mientras la medicación se encuentra bajo el control del profesional de salud, el paciente o el consumidor.

La Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés), detectó que algunos de los errores más frecuentemente reportados son los siguientes: dosis inapropiada (41%), droga incorrecta (16%), vía de administración inadecuada (16%).

Causas:

- Malinterpretación de la prescripción escrita a mano.
- Confusión con el nombre de la droga.
- Confusión con la etiqueta o el packaging de la droga.
- Falta de conocimiento de los empleados que actúan como dispensadores.
- Falta de interpretación de los pacientes y sus familiares de las indicaciones médicas.

Los errores en general se deben a múltiples factores en un complejo sistema médico. De acuerdo con los reportes, **anualmente ocurren entre 44 mil y 98 mil muertes que se relacionan con errores en la medicación.**

CÓMO REDUCIR LOS ERRORES

Factores de la FDA:

- **Código de barras:** los profesionales de la salud deben utilizar equipos para escanear el código de barras en las etiquetas de drogas y productos biológicos, y así asegurarse que la droga, la dosis y la vía de administración son las correctas y las que necesita el paciente. El uso de estos dispositivos en los hospitales redujo un 86% los errores en la medicación, en un periodo de nueve años.
- **Nombres de las drogas:** durante el año previo a la comercialización de la droga la FDA revisó más de 300 nombres similares de drogas, 1/3 de esas drogas fueron rechazadas por la similitud en los nombres. Se realizó con la asistencia de programas computarizados que colaboraron en detectar nombres similares.

TIPOS DE ERRORES

Diagnóstico

- Error o retraso en el diagnóstico.
- Falla en la utilización de los tests indicados.
- Falla al actuar en consecuencia de monitoreos o tests diagnósticos.

Tratamiento

- Error en el desarrollo de un procedimiento, test u operación.
- Error en la administración del tratamiento.
- Error en la dosis o método de utilización de una droga.
- Evadir la respuesta a un tratamiento correcto o a la de un test anormal.
- Cuidado inapropiado del paciente.

Preventivos

- Falla para instaurar un tratamiento profiláctico.
- Inadecuado monitoreo o seguimiento en el tratamiento.

Otros

- Fallas en la comunicación.
- Fallas en el equipamiento.
- Fallas en otros sistemas.

Fuentes:

- WHO, Patient safety. Disponible en: www.who.int/patientsafety
- The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). En: www.npuap.org
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Patient Safety and Quality An Evidence-Based handbook for Nurses. April 2008. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://archive.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nursesfdbk/index.html>
- The evolution of quality and safety in healthcare. Duke University Medical Center.
- Brigham and Women's Hospital. Quality and safety. Disponible en: www.brighamandwomens.org
- Programa de Seguridad para pacientes internados. Prevención de caídas. Swiss Medical Group.
- AHRQ. Preventing Falls in Hospital . A toolkit for improving quality of care. January. En: 2013 www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/fallpxtoolkit/index.htm
- Greater New York Hospital Association (GYNHA). En: www.GNYHA.ORG/ANTIMICROBIAL.
- Dellit T.H, R.C Owens, J.E McGowan, et al. Infectious Disease Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America: Guidelines for Developing an Institutional Program to Enhance Antimicrobial Stewardship!. Clinical Infectious Diseases (Jan.2007) 44:159-177
- WHO. The WHO Surgical Safety Checklist : Adaptation Guide. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist_adaptation.pdf
- FDA. Strategies to Reduce Medication Errors: Working to Improve Medication Safety. Disponible en: www.fda.gov/Drugs/ResourcesForYou/Consumers/ucm143553.html
- Leape, Luacian; Lawthers, Ann G; Brennan, Troyen A., et al Preventing Medical Injury Qual Rev Bull. 19 (5):144-149, 1993.