



ACCREDITATION CANADA
INTERNATIONAL
Driving Quality Health Services



Qmentum International
ACCREDITATION

2014

Organizational



Accreditation Canada ha venido fomentando la calidad en los servicios de salud a todo lo ancho de Canadá e internacionalmente por más de 50 años. Ofrece normas nacionales de excelencia dirigidas a la dirección, liderazgo y prestación de servicios en más de 30 sectores. Accreditation Canada está acreditada por International Society for Quality in Health Care.

Mayo de 2010

Prácticas Organizacionales Requeridas
Publicado por Accreditation Canada.

Ninguna parte de esta publicación podrá reproducirse ni transmitirse en ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, fotocopiado, de grabación o de cualquier otra índole, sin contar con la autorización previa y por escrito por parte de Accreditation Canada.

Todos los derechos reservados.
© Accreditation Canada, 2010

Tabla de Contenido

Información General	5
Reportes de Eventos Adversos	6
Verificación De Clientes	8
Abreviaciones Peligrosas.....	8
Reconciliación de Medicamentos	10
Prácticas Quirúrgicas Seguras	11
Transferencia de Información de Clientes en Puntos de Transición.....	14
Control de Electrolitos concentrados.....	16
Medicamentos de Alto Riesgo	18
Entrenamiento en bombas de infusión	20
Programa de Mantenimiento Preventivo	21
Capacitación en Seguridad de los Pacientes	22
Administración de Antibióticos Profilácticos Durante una Cirugía	24
Higiene en las Manos	25
Prácticas seguras de Inyecciones	27
Estrategia de prevención de caídas.....	28
Prevención de Úlceras por Presión	30
Profilaxis de tromboembolismo venoso (TEV).....	31
Reconciliación de los medicamentos como una prioridad estratégica.....	34

INFORMACIÓN GENERAL

Una ROP [Required Organizational Practice, Práctica Organizacional Requerida] se define como una práctica esencial que las organizaciones de los clientes deben implementar para mejorar la seguridad de los pacientes/clientes y minimizar los riesgos. Una ROP se presenta como una meta declarada, seguida por pruebas de cumplimiento. Una organización debe satisfacer todas las pruebas de cumplimiento para evidenciar que la ROP ha sido debidamente implementada y que se está logrando la meta declarada. Las pruebas de cumplimiento son evaluadas por examinadores durante los exámenes in situ, usando la metodología de seguidores. Aunque se requiere contar con la documentación adecuada para cumplir con la mayoría de las pruebas de cumplimiento, ello no es suficiente. Al implementar los seguidores, los examinadores seguirán buscando evidencia que dichas políticas y procesos están siendo implementados en toda la organización del cliente.

Área de Seguridad de Pacientes y POR		Nivel
Cultura de la Seguridad Crear la cultura de seguridad en la organización	<ul style="list-style-type: none"> Reportes de Eventos Adversos 	<ul style="list-style-type: none"> Oro
Comunicación Mejorar la efectividad y coordinación de la comunicación entre los prestadores de servicios de cuidados médicos y los receptores de los servicios de cuidados médicos a lo largo de todo el proceso.	<ul style="list-style-type: none"> Verificación de clientes Abreviaciones Peligrosas Reconciliación de medicamentos Prácticas quirúrgicas seguras Transferencia de información de clientes en puntos de transición 	<ul style="list-style-type: none"> Oro Oro Diamante Oro Platino
Uso de Medicamentos Asegurar el uso seguro de medicamentos de alto riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> Control de electrolitos concentrados Medicamentos de alto riesgo Entrenamiento en bombas de infusión 	<ul style="list-style-type: none"> Oro Platino Platino
Vida Laboral Crear una vida laboral y un ambiente físico que apoye la prestación segura de los servicios de cuidados médicos.	<ul style="list-style-type: none"> Programa de Mantenimiento Preventivo Capacitación en seguridad de pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> Oro Oro
Control de Infecciones Reducir el riesgo de adquirir infecciones en una organización de servicios médicos, así como su impacto a todo lo largo del proceso de prestación de servicios médicos.	<ul style="list-style-type: none"> Administración oportuna de antibióticos profilácticos Higiene en las manos Prácticas seguras de inyección 	<ul style="list-style-type: none"> Platino Oro Platino
Evaluación de Riesgo Identificar los riesgos inherentes en las poblaciones de los clientes	<ul style="list-style-type: none"> Estrategia de prevención de caídas Prevención de Úlceras por Presión Profilaxis de tromboembolismo venoso (TEV) 	<ul style="list-style-type: none"> Platino Platino Platino

Para más información respecto a las ROP, Accreditation Canada International, o el programa de acreditación de Qmentum International, visite www.internationalaccreditation.ca.

REPORTES DE EVENTOS ADVERSOS

Tiene un sistema de reporte y de seguimiento para eventos centinela, eventos adversos y cuasi accidentes

La organización establece un sistema de reporte para eventos adversos, eventos centinela y cuasi accidentes, incluido el apropiado seguimiento. El sistema de reporte cumple con toda legislación aplicable y está dentro de cualquier protección otorgada por la legislación.

LINEAMIENTOS

Un evento adverso es un incidente inesperado e indeseable, relacionado directamente con la atención o los servicios prestados al cliente. El incidente se produce durante el proceso de recepción de los servicios de salud. El evento adverso es un resultado adverso, lesión o complicación para el cliente.

Un evento centinela es un evento adverso que conduce a la muerte o pérdida importante y perdurable de la función para el receptor de servicios de salud. Una pérdida importante y perdurable de la función se refiere a un deterioro sensorial, motor, fisiológico, o psicológico que no está presente en el momento en que se solicitó o comenzaron los servicios, es decir, un cliente muere o es afectado gravemente por un error de medicación.

Un cuasi accidente es un evento o situación que podría haber producido un accidente, lesión o enfermedad a un cliente pero que no ocurrió, bien sea por azar o a través de una intervención oportuna.

El sistema de reporte de eventos adversos, eventos centinela y cuasi accidentes puede ser parte de un sistema mayor de reportes de incidentes.

El objetivo del sistema de reporte de eventos adversos, eventos centinela y cuasi accidentes es el aprender del evento, prevenir recurrencias, y reforzar la cultura de seguridad.

PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO

- **Mayores** Existe una política y proceso para reportar eventos adversos, eventos centinela y conatos.
- **Menores** Se realizan mejoras luego de una investigación y seguimiento.

CUÁL ES EL PROCESO DE LA ORGANIZACIÓN PARA REPORTAR EVENTOS CENTINELA, EVENTOS ADVERSO Y CUASI ACCIDENTES?

- No contamos con un sistema de reporte para identificar y hacer el seguimiento de eventos centinela, eventos adversos y cuasi accidentes.
- Contamos con un sistema de reporte para identificar eventos centinela, eventos adversos y cuasi accidentes que cumplen con la legislación aplicable. Carecemos de un proceso formal de seguimiento.
- Contamos con un sistema de reporte para identificar eventos centinela, eventos adversos y cuasi accidentes que cumplen con la legislación aplicable.

MATERIAL DE REFERENCIA

- Baker, R. G., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, r., Brown, a., Cox, J. et al (2004). Estudio Canadiense de Eventos Adversos: la incidencia de los eventos adversos en los pacientes hospitalarios en Canadá. CMAJ., 170, 1678-1686.
- Griffin FA & Resar RK (2009). IHI Herramienta Global de Activación para Medir los Eventos Adversos (2ª edición). Instituto para la Mejora del Cuidado de la Salud [En línea]. Disponible:
- http://www.ihi.org/knowledge/Knowledge%20Center%20Assets/Tools%202015/IHIGlobalTriggerToolforMeasuringAdverseEvents_df8a1
- <8b6-52cc-4674-8258-030941832115/IHIGlobalTriggerToolWhitePaper2009.pdf>

- Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (2005). OMS Proyecto de Guías para los Reportes de Eventos Adversos y Sistemas de Aprendizaje. Organización Mundial de la Salud [En línea]. Disponible: http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2009). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (Versión 1.1). Organización Mundial de la Salud [En línea]. Disponible: http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf

VERIFICACIÓN DE CLIENTES

Implementación de un protocolo de verificación de clientes para todos los servicios y procedimientos.

ANTECEDENTES

No identificar correctamente a los clientes sigue provocando errores en la administración de medicamentos, transfusiones, pruebas, procedimientos con personas equivocadas, y entrega de bebés a familias equivocadas. (1) El riesgo de cometer errores en la identificación de un cliente puede ser reducido significativamente a través de la adopción de procesos de verificación comprobados

PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO

- La organización cuenta con un método documentado de identificación de clientes (p. ej. pulseras, identificación con fotografías) que se ha estandarizado en toda la organización.
- El equipo usa al menos dos métodos (p. ej. nombre y fecha de nacimiento) para identificar a un cliente antes de prestar cualquier servicio o realizar cualquier procedimiento. El número de habitación del cliente no puede ser usado para identificar al cliente.

ORIENTACIÓN ADICIONAL

- Las pulseras se usan de manera casi universal en entornos de cuidado intensivo para identificar a los pacientes; para obtener más información, visite el sitio web de la Agencia Nacional de Seguridad de Pacientes [National Patient Safety Agency]: <http://www.npsa.nhs.uk/nrls/alerts-and-directives/notices/wristbands/>. Los identificadores más comúnmente usados son el nombre y apellido del cliente, su fecha de nacimiento y el número asignado por su hospital local.

MATERIAL DE REFERENCIA

- WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Patient Identification. Ginebra, Suiza: WHO Press; 2007. Reporte No.: Solución 2.
- Required Organizational Practices. Accreditation Canada. Actualizado en: 2008. Disponible en: <http://www.accreditation-canada.ca/default.aspx?page=355&cat=30>



ABREVIACIONES PELIGROSAS

Identifica las abreviaciones, símbolos y designación de dosis que no deben ser utilizadas

La organización ha identificado e implementado una lista de abreviaciones, símbolos y designaciones de dosis que no deben ser utilizadas dentro de la organización.

LINEAMIENTOS

Los errores de medicación son la mayor fuente identificada de error médico prevenible en el hospital. Entre el 2004 y 2006, se registraron más de 600.000 errores de medicación en el Programa MEDMARX de la Farmacopea de los Estados Unidos (USP), con un costo anual total de \$3,5 billones. Cinco por ciento de esos errores fueron atribuidos al uso de las abreviaturas. Abreviaturas malinterpretadas pueden resultar en errores de omisión, dosis extras o inadecuadas, administración del medicamento equivocado, o dar un medicamento de la manera equivocada. A cambio, esto puede conducir a un aumento en la duración de la estancia, más pruebas de diagnóstico y cambios en el tratamiento de los medicamentos.

PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO

- **Mayor** La lista de "No Utilizar" es incluyente de las abreviaturas, símbolos y designaciones de dosis, identificados del Instituto de Prácticas de Medicación Segura (ISMP) Lista de Error- Abreviaturas Propensas, Símbolos y las Designaciones de la Dosis, disponible en <http://www.ismp.org/tools/errorproneabbreviations.pdf>.
- **Mayor** La organización implementa la Lista de No Utilizar y aplica esto a toda documentación relacionada con la medicación, ya sea escrita o ingresada como texto libre en la computadora.
- **Mayor** Los formularios pre-impresos de la organización relacionados con el uso de medicamentos, no incluyen cualquier abreviaturas, símbolos y designaciones de dosis, identificadas en la Lista de No Utilizar.
- **Mayor** Las abreviaturas peligrosas, símbolos y designaciones de dosis no se utilizan en cualquiera de las etiquetas y formularios generados por la farmacia.
- **Menor** La organización educa al personal sobre la lista de orientación y cuando se realizan cambios en la lista.
- **Menor** La organización actualiza la lista e implementa los cambios necesarios en los procesos de la organización.
- **Menor** La organización realiza auditorías de cumplimiento con la Lista de No Utilizar e implementa procesos de cambio basados en los problemas identificados.

LA ORGANIZACIÓN HA IDENTIFICADO E IMPLEMENTADO UNA LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS Y DESIGNACIONES DE DOSIS QUE NO DEBEN SER UTILIZADOS EN LA ORGANIZACIÓN?

- La organización no tiene una lista de abreviaturas, símbolos o designaciones de dosis que no deben ser utilizados.
- Hemos identificado una lista de las abreviaturas, símbolos y designaciones de dosis que no deben ser utilizados. No hemos implementado esta lista consistentemente en toda la organización y se utilizan en algunos de nuestros formularios pre-impresos y etiquetas generadas por la farmacia.
- Hemos identificado e implementado una lista de abreviaturas, símbolos y designaciones de dosis en toda la organización. La lista de No Utilizar se refleja en nuestros formularios pre-impresos, medicamentos relacionados con documentación y etiquetas generadas por la farmacia. El personal es regularmente orientado y actualizado acerca de la lista y se audita el cumplimiento de la misma.

MATERIAL DE REFERENCIA

- Documento Informativo de la seguridad del medicamento. Eliminando las abreviaturas peligrosas, siglas y símbolos (2005). *Hosp.Health Netw.*, 79, 41-42.
- Instituto para Prácticas de Medicación Segura (ISMP) (2013). Lista del ISMP del Error-Abreviaturas Propensas, Símbolos y Designaciones de Dosis [En línea]. Disponible: <http://www.ismp.org/tools/errorproneabbreviations.pdf>
- Koczmara, C., Jelincic, V. & Dueck, C. (2005). Abreviaturas Peligrosas: "Ud." puede hacer la diferencia! *Dinámica*, 16, 11-15.

RECONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS

Reconciliar los medicamentos administrados al cliente al momento de su ingreso a la organización (incluyendo el departamento de emergencia o las unidades de hospitalización), junto con el involucramiento del cliente.

ANTECEDENTES

Cometer errores al momento de administrar medicamentos es una de las principales causas de lesiones y muerte dentro de las organizaciones de cuidado de la salud en los países desarrollados. (p. ej. (4)). Los errores de administración de medicamentos son más comunes cuando los medicamentos son recetados y administrados (5), y casi la mitad (50%) ocurren debido a una comunicación pobre en los puntos de transición. (6) Una comunicación pobre en los puntos de transición es también la causa de hasta el 20% de los eventos adversos relacionados con medicamentos que ocurren durante una hospitalización. (6)

La reconciliación de medicamentos es un proceso diseñado para prevenir que se cometan errores al momento de administrar medicamentos en los puntos de transición de clientes (7) al crear una lista precisa de los medicamentos que el cliente está tomando en ese momento, la cual es comparada con los medicamentos prescritos por el médico tratante (la cual se entrega al momento del ingreso, transferencia o alta). (6)

Las ROPs de Qmentum - Accreditation Canada (2) y los Centro de Colaboración de la OMS para Soluciones de Seguridad para Pacientes informaron del desarrollo de esta ROP. (8)

ROP: Reconciliar los medicamentos que están siendo administrados al cliente al momento de su ingreso a la organización (incluyendo los departamentos de emergencia u hospitalización), junto con el involucramiento del cliente.

PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO

- La organización cuenta con un protocolo documentado para reconciliar los medicamentos que están siendo administrados al cliente al momento de su ingreso (ya sea a través del departamento de emergencias o a una unidad de hospitalización).
- El protocolo incluye una sola lista documentada e integral, que indique con toda precisión todos los medicamentos que el cliente haya estado tomando previo a su ingreso a la organización (el mejor historial de medicamentos posible).
- El protocolo incluye una revisión de esta lista de medicamentos administrados previo al ingreso del paciente, junto los nuevos medicamentos prescritos por la organización.
- El protocolo requiere que se documente que las dos listas antes mencionadas han sido comparadas; que todas las diferencias existentes hayan sido identificadas y resueltas; y que se hayan realizado las modificaciones apropiadas a los nuevos medicamentos prescritos donde fuera necesario.
- El protocolo debe aclarar que la reconciliación de medicamentos es una responsabilidad compartida entre el paciente/cliente y el proveedor de servicios de cuidados médicos.
- El protocolo de reconciliación de medicamentos debe haberse implementado y usarse en al menos una unidad, área de servicio o sitio.
- La organización cuenta con un plan documentado para implementar el protocolo de reconciliación de medicamentos en toda la organización.

NOTAS

La reconciliación de medicamentos debe incluir medicamentos recetados y no recetados (de libre venta), vitaminas, suplementos nutricionales, alimentos potencialmente interactivos, preparaciones de hierbas y drogas recreativas. La reconciliación de medicamentos debe incluir (donde sea apropiado) el propósito/indicación, dosis, frecuencia, vía de

administración, y hora de la última toma. Una orientación respecto a la implementación de la reconciliación de medicamentos y los formatos de reconciliación de medicamentos se pueden encontrar en los sitios web del IHI (<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/MedicationSystems/Tools/>) y de Safer Healthcare Now (<https://communities.saferhealthcarenow.ca/medrec>)

MATERIAL DE REFERENCIA

- Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ 2004 Mayo 25;170(11):1678-86.
- Preventing medication errors. Washington, DC: Institute of Medicine; 2006.
- Reconcile medications at all transition points. IHI Patient Safety Medication Systems Changes. Actualizado en: 2008.

Disponible en:

<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/MedicationSystems/Changes/Reconcile+Medications+at+All+Transition+Points.htm>

- The case for medication reconciliation. Nurs Manage 2005 Sep;36(9):22. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care. 2007. No. de Reporte: Solución 6.



PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS

Desarrollar un proceso y un protocolo escrito para prevenir que se realicen cirugías en un lugar equivocado, con un proceso erróneo y en una persona incorrecta.

ANTECEDENTES

En el mundo desarrollado, casi la mitad de los eventos nocivos (cómo falta de comunicación, administración de medicamentos equivocados, y errores técnicos) que afectan a los pacientes en los hospitales están relacionados con el cuidado y los servicios quirúrgicos. La evidencia sugiere que al menos la mitad de estos eventos son prevenibles si se siguen las normas de cuidado y si se usan herramientas de seguridad, como listas de verificación. (9)

Realizar una cirugía en un sitio equivocado se considera un error médico que nunca debe ocurrir – no un riesgo que el paciente debe aceptar. Realizar una cirugía en un sitio equivocado se refiere a operar en el lado incorrecto (p. ej., practicar una artroscopia en la rodilla derecha cuando se tenía planeado realizarla en la rodilla izquierda) o en un nivel incorrecto (p. ej., operar en una vértebra equivocada). (10) Nunca se deben cometer dos errores quirúrgicos adicionales, cómo un procedimiento equivocado (p. ej., practicar una adenotonsilectomía en vez de una adenoidectomía) u operar al paciente equivocado (p. ej., si dos pacientes tienen nombres similares, someter al paciente erróneo a una operación de no le correspondía). (10) Generalmente dichos errores quirúrgicos son provocados por comunicación pobre o información faltante o imprecisa. (11)

La Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes de la OMS (WHO World Alliance for Patient Safety) (12), la Comisión Conjunta (13), el Consejo Australiano para la Seguridad y Calidad del Cuidado de la Salud (Australian Council for Safety and Quality in Health Care) (11), y la Agencia Nacional de Seguridad de Pacientes del Reino Unido (United Kingdom's National Patient Safety Agency) (14) han desarrollado protocolos y listas de verificación similares para prevenir que se practiquen cirugías en lugares incorrectos, con procedimientos incorrectos y en pacientes incorrectos. Todos los protocolos requieren que se realicen los tres siguientes procesos: verificación pre-operativa, marcado del sitio de la cirugía, y un "tiempo fuera" inmediatamente antes de iniciar el procedimiento. Los tres elementos comunes de los protocolos de seguridad en cirugías (verificación pre-operativa, marcado del sitio de la cirugía, y tiempo fuera) son la base de las pruebas de cumplimiento de Accreditation Canada.

PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO

- La organización cuenta con un protocolo documentado para realizar cirugías con seguridad que cumplan con la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica de la OMS.
- El protocolo requiere que se realice una verificación pre-operativa para recabar información antes de iniciar el procedimiento.
- El protocolo requiere un marcado pre-operativo del sitio preciso en donde se va a realizar la cirugía, usando una marca que no sea ambigua.
- El protocolo requiere que se tome un "tiempo fuera" inmediatamente antes de iniciar el procedimiento.

NOTAS

La verificación pre-operativa es un proceso activo de recopilación de información para asegurar que se aborde cualquier información faltante o discrepancias antes de iniciar el procedimiento. El objetivo de la verificación pre-operativa es asegurar que todos los documentos, información y equipo relevantes estén disponibles antes de iniciar el procedimiento, que estén correctamente identificados, rotulados y que correspondan al cliente. La verificación pre operativa también debe ayudar a asegurar que se haya revisado el procedimiento, que este sea consistente con las expectativas de cliente y que el equipo entienda perfectamente el objetivo del procedimiento planeado y el sitio donde se pretende realizarlo. (13)

Marcar el sitio correcto involucra distinguir lateralmente (derecha o izquierda), múltiples estructuras (dedos de las manos o de los pies), o múltiples niveles (espina dorsal). (10) El marcaje más común son las iniciales del cirujano o la palabra "si". Aunque las organizaciones cliente pueden elegir el tipo de marcaje, este no debe ser ambiguo y debe ser consistente en toda la organización. El marcaje de los niveles de la espina dorsal puede ser desafiante antes de una cirugía. La Comisión recomienda realizar un proceso de marcaje en dos etapas. Primero, el nivel general del procedimiento (cervical, torácico o lumbar) debe ser marcado antes de iniciar la cirugía. Si el enfoque involucra distinguir entre anterior o posterior, o entre derecho o izquierdo, el marcaje debe indicar esto. Luego, durante la operación, los espacios exactos entre el sitio donde se va a operar deben ser marcados con precisión usando la técnica estándar de marcaje radiográfico intra-operativo.

El "tiempo fuera" es una verificación final de seguridad; un momento en el que no se realiza ninguna actividad clínica de modo que los equipos quirúrgicos, de enfermería, y de anestesia puedan verificar independientemente la inminente acción clínica. (15) Durante el tiempo fuera se debe verificar, por lo menos, el nombre e identificador del cliente, que se vaya a practicar el procedimiento correcto, en el sitio correcto, en la posición correcta en el cliente, y que se cuente con todos los implantes y equipos necesarios para realizar la operación. (10)

ORIENTACIÓN ADICIONAL

La Alianza Mundial para Seguridad de los Pacientes (World Alliance for Patient Safety) ha lanzado el segundo reto global de seguridad de pacientes de la OMS: La Cirugía Segura Salva Vidas (Safe Surgery Saves Lives) en 2008. El objetivo de esta iniciativa es el uso de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (Safe Surgery Checklist) de la OMS. Esta lista de verificación identifica tres fases de una operación, cada una correspondiente a un periodo específico durante el curso normal del trabajo: Antes de inducir la anestesia ("inicio"), antes de realizar la incisión de la piel ("tiempo fuera") y antes de que el paciente abandone la sala de operación ("finalización"). En cada fase, el coordinador de la lista de verificación debe confirmar que el equipo quirúrgico haya completado las tareas enlistadas antes de proceder con la operación. Se puede obtener más información en el sitio de Safe Surgery Saves Lives de la OMS en

<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>. Se puede encontrar una copia de la lista de verificación en:

http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Checklist_finalJun08.pdf.

MATERIAL DE REFERENCIA

- 10 facts on safe surgery. World Health Organization. Actualizado en: 2008 Junio 25. [consultado el 23 de julio de 2008]; Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/safe_surgery/en/index.html
- Michaels RK, Makary MA, Dahab Y, Frassica FJ, Heitmiller E, Rowen LC, et al. Achieving the National Quality Forum's "Never Events"; prevention of wrong site, wrong procedure, and wrong patient operations. *Ann Surg* 2007 Abr; 245 (4); 526-32.
- Australian Council for Safety and Quality in Health Care. Ensuring Correct Patient, Correct Site, Correct Procedure - FactSheet. Canberra, Australia; Australian Council for Safety and Quality in Health Care; 2004.
- World Alliance for Patient Safety. Implementation Manual; WHO Surgical Safety Checklist (Primera Edición). Ginebra, Suiza; WHO Press; 2008.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. The Joint Commission Hospital Accreditation Program. 2009 Chapter; National Patient Safety Goals (versión pre-publicación). Oakbrook Terrace, IL; The Joint Commission; 2008.
- National Patient Safety Agency. Correct site surgery. Londres, Reino Unido; National Patient Safety Agency; 2005 Feb 3. Reporte No.; o6.
- WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Performance of Correct Procedure at Correct Body Site. Ginebra, Suiza; WHO Press; 2007. Reporte No.; Solución 4.

TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN DE CLIENTES EN PUNTOS DE TRANSICIÓN

El equipo transfiere información eficazmente entre proveedores en los puntos de transición.

ANTECEDENTES

Los puntos de transición son comunes en la industria del cuidado de la salud. Mientras está bajo cuidados médicos, un cliente puede ser atendido por diferentes prestadores de servicios en múltiples entornos. Los clientes suelen moverse entre áreas clínicas (p. ej. Diagnóstico, tratamiento, seguimiento). Igualmente, los clientes pueden tener contacto con empleados de los tres turnos de trabajo a lo largo de cada día. La transferencia de información durante estas transiciones es crítica para la seguridad del cliente. De hecho, las interrupciones en la comunicación son la principal causa raíz de eventos centinela. (3)

La información puede ser compartida entre: prestadores de servicios médicos o equipos de cuidado; prestadores de servicios médicos y familiares del cliente; organizaciones; u organizaciones y hogares de los clientes. Típicamente el tipo de información transferida incluye: la situación actual del cliente; cambios recientes en su condición; tratamiento en curso; o posibles cambios o complicaciones que pudieran ocurrir. La transferencia de información puede ocurrir: del prestador de cuidados médicos primario y el ingreso a un hospital; cuando un médico da a un paciente de alta y lo refiere a otro médico; reportes de enfermeras durante cambios de turno; reportes de enfermeras cuando un cliente es transferido entre diferentes unidades o instalaciones; reportes de anestesiología al personal de recuperación de post-anestesiología; personal del departamento de emergencias a un servicio receptor; y alta del cliente a su hogar o a cualquier otro servicio.

Las ROPs de Qmentum - Accreditation Canada (2) y los Centros de Colaboración de la OMS para Soluciones de Seguridad para Pacientes informaron del desarrollo de esta ROP. (3)

PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO

- La organización cuenta con un protocolo documentado para transferir información de los clientes (p. ej. usando una técnica de retroalimentación, SBAR, u otros tipos de registros médicos electrónicos) durante los puntos de transición que se hayan estandarizado por toda la organización.
- El equipo usa mecanismos (p. ej. formas de transferencia, listas de verificación) para una transferencia oportuna de la información del cliente en los puntos de transición que pudieran asegurar una transferencia de información apropiada.

NOTAS

Los puntos de transición se definen como entregas en el cuidado de un cliente, incluyendo cuando este se realiza entre personal, cambios de turno, entre unidades de cuidado de pacientes, y entre el paciente y el siguiente proveedor de cuidados médicos al momento de ser dado de alta.

Alguna de la información importante que se transfiere durante un periodo de cuidado incluye: la situación del cliente, los medicamentos que le están siendo administrados, planes de tratamiento, directrices por adelantado y cambios de situación significativos.

Alguna de la información importante que se transfiere en el momento en que un paciente es dado de alta debe incluir el diagnóstico de alta del cliente, sus planes de tratamiento, medicamentos que le están siendo administrados y resultados de exámenes.

ORIENTACIÓN ADICIONAL

Muchas organizaciones están adoptando la técnica SBAR (situation, background, assessment [situación, antecedentes, evaluación]) como un enfoque estandarizado para la transferencia de información de los clientes. La técnica SBAR es un método de comunicación estructurada, diseñada para transmitir una gran cantidad de información de manera sucinta y breve. La Situación se refiere a una declaración concisa del problema; los Antecedentes requieren contar con información

pertinente y breve relacionada con la situación; la Evaluación involucra proporcionar un análisis y consideración de opciones; y la Finalización indica su solicitud de una acción recomendada.

Los mecanismos requeridos para implementar una transferencia estandarizada de información de un cliente pueden incluir formatos y listas de verificación. Una muestra e formato para transferir información de clientes usando la técnica SBAR está disponible en el sitio web del Institute for Healthcare Improvement (IHI) en:

<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.htm>

MATERIAL DE REFERENCIA

- Required Organizational Practices. Accreditation Canada. Actualizado en: 2008. Disponible en: <http://www.accreditation-canada.ca/default.aspx?page=355&cat=30>
- WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Communication During Patient Handovers. Ginebra, Suiza: WHO Press; 2007.



CONTROL DE ELECTROLITOS CONCENTRADOS

Almacenar concentrados de electrolitos lejos de las áreas de atención al cliente

La organización evalúa y limita la disponibilidad de los concentrados de electrolitos para asegurar que los compuestos con el potencial para causar incidentes medicamentosos nocivos no están almacenados en las áreas de servicio al cliente.

LINEAMIENTOS:

Existen informes de muertes accidentales por la administración inadvertida de la solución concentrada de cloruro de sodio. Evitar el almacenamiento de los concentrados de electrolitos en las áreas de servicio al cliente es un valioso uso de los recursos para minimizar el riesgo de muerte o impedir una lesión asociada a estos agentes. También se recomienda que el embalaje de los concentrados de electrolitos esté acorde con la intención de uso.

Los concentrados de electrolitos que son el foco de auditoría y el retirarlos de las áreas de servicio al cliente incluye a:

- Calcio (todas las sales): concentración superior o igual al 10%.
- Sulfato de magnesio: concentraciones superiores al 20%.
- Potasio (todas las sales): concentraciones superiores o iguales a 2 mmol/mL (2 mEq/mL).
- Acetato de sodio y fosfato de sodio: concentraciones superiores o iguales a 4 mmol/mL.
- Cloruro de sodio: concentraciones superiores al 0.9%.
- Por circunstancias específicas de cuidados, puede ser necesario que ciertos concentrados de electrolitos estén disponibles en áreas seleccionadas de servicio al clientes.
- Posibles ejemplos:
 - Calcio: jeringas precargadas (1 g en 10 mL) en los carros de emergencias o sólo en cajas.
 - Cloruro de sodio (concentraciones superiores al 0.9%): las unidades de concentrados son separados de las soluciones intravenosas no medicadas en determinadas áreas (por ejemplo Neurología, Servicios de Emergencias, Cuidados Intensivos).

En estos casos, el comité interdisciplinario de la organización para la gestión de los medicamentos (Farmacia, Comité Terapéutico y la Secretaría de Asesoría Médica) revisa y aprueba la justificación para la disponibilidad y la seguridad puesta en marcha para minimizar así el riesgo de error.

Las estrategias adicionales para asegurar el uso seguro de medicamentos de alto riesgo como los concentrados de electrolitos pueden encontrarse en el ROP de Medicamentos de Alto Riesgo de Acreditación Canadá Internacional.

PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO

- **Mayor** La organización completa una auditoría de los siguientes concentrados de electrolitos en las áreas de servicio al cliente al menos una vez al año:
 - Calcio (todas las sales): concentración superiores o iguales al 10%
 - Sulfato de magnesio: concentraciones superiores al 20%
 - Potasio (todas las sales): concentraciones superiores o iguales a 2 mmol/mL (2 mEq/mL)
 - Acetato de sodio y fosfato de sodio: concentración superiores o iguales al 4 mmol/mL
 - Cloruro de sodio: concentraciones superiores al 0.9%
- **Mayor** La organización evita almacenar los siguientes concentrados de electrolitos en las áreas de servicio al cliente, siempre que sea posible:
 - Calcio (todas las sales): concentración superiores o iguales al 10%
 - Sulfato de magnesio: concentraciones superiores al 20%
 - Potasio (todas las sales): concentraciones mayores o iguales a 2 mmol/mL (2 mEq/mL)
 - Acetato fosfato de sodio: concentración superiores o iguales al 4 mmol/mL
 - Cloruro de sodio: concentraciones superiores al 0.9%

- **Mayor** Cuando es necesario que los concentrados de electrolitos estén disponible en áreas seleccionadas de servicio al cliente, el comité interdisciplinario de la organización para la gestión de los medicación, revisa y aprueba la justificación para la disponibilidad y seguridad puesta en marcha para minimizar el riesgo de error.

- La organización ha retirado los concentrados de electrolitos de las áreas de servicio al cliente?
- Los concentrados de electrolitos están disponibles en las áreas de servicio al cliente.
- Hemos empezado a retirar los concentrados de electrolitos de las áreas de servicio al cliente. Algunos concentrados de electrolitos están todavía disponibles en ciertas áreas.
- No almacenamos concentrados de electrolitos en las áreas de servicio al cliente.

MATERIAL DE REFERENCIA

- Instituto de Mejoramiento de los Cuidados de la Salud (IHI) (2012). Eventos Adversos de los Medicamentos Relacionados con los Electrolitos. [En-línea]. Disponible:

<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Changes/ReduceAdverseDrugEventsInvolvingElectrolytes.aspx>

Organización Mundial de la Salud (2007). Control de las Soluciones Concentradas de Electrolitos. Organización Mundial de la salud [En línea]. Disponible: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution5.pdf>

MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

Implementa una estrategia para administrar los medicamentos de alto riesgo

La organización implementa una estrategia integral para el manejo de medicamentos de alto riesgo.

LINEAMIENTOS

Los medicamentos de alto riesgo tienen un mayor peligro de causar un daño significativo al cliente cuando son administrados por error. La implementación de una estrategia integral para la gestión de medicamentos de alto riesgo es un valioso uso de recursos para mejorar la seguridad del cliente y para reducir la posibilidad de daños graves.

Medicamentos de alto riesgo incluyen pero no se limitan a: agentes anti-trombóticos; agentes adrenérgicos; agentes de quimioterapia; electrolitos concentrados; insulina; narcóticos (opioides); agentes bloqueadores neuromusculares; y agentes de sedación. Una lista detallada de medicamentos de alto riesgo desarrollada por el Instituto de Prácticas Seguras de la Medicación (Estados Unidos) puede encontrarse en línea y es un valioso punto de partida para la identificación de medicamentos de alto riesgo [<http://www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf>].

Para prevenir daños de errores de medicación, es necesaria una política para la gestión de medicamentos de alto riesgo. Las políticas de medicamentos de alto riesgo identifican una lista de ellos basada en el formulario de medicamentos de la organización e informado por los datos disponibles de error de medicamentos a nivel organizacional, provincial o nacional. Las estrategias para el uso seguro de medicamentos de alto riesgo pueden incluir pero no se limitan a:

- Estandarizar las concentraciones y opciones de volumen del medicamento de alto riesgo
- Utilizar soluciones premezcladas (comercialmente disponibles y preparadas en farmacia)
- Utilizar bombas programables con límites de dosis y alertas automatizadas
- Aplicar etiquetas de advertencia a los productos tan pronto como se los recibe en la farmacia
- Utilizar etiquetas de advertencia y auxiliares visibles según la política de la organización
- Utilizar un etiquetado específico por paciente para las concentraciones inusuales
- Limitar el acceso a medicamentos de alto riesgo en las áreas de servicio al cliente y auditar rutinariamente para evaluar aquellos que deban ser removidos.
- Estandarizar pedidos, almacenar, preparar, administrar y distribuir estos productos mediante el uso de protocolos, guías, tablas de dosificación y conjunto de pedidos (pre-impresos o electrónicos)
- Segregar y proporcionar acceso directo para reducir la probabilidad de errores de selección (por ejemplo, uso de gabinetes de dispensación automatizados en las áreas de servicio al cliente)
- Proporcionar capacitación sobre medicamentos de alto riesgo
- Emplear redundancias como controles dobles automáticos o independientes

Una política para la gestión de medicamentos de alto riesgo puede poner énfasis adicional en estrategias para poblaciones de clientes de alto riesgo, incluyendo ancianos, pediátricos y neonatos, así como en puntos de transición incluyendo los de admisión, transferencia y alta. Las organizaciones deben evaluar en forma sistemática cada medicamento de alto riesgo o una clase de medicamentos y establecer un plan de acción para mejorar el uso seguro de estos medicamentos. Estrategias específicas para el uso seguro de concentrados de electrolitos deben ser desarrollados de acuerdo con los ROPs de seguridad de medicamentos de Acreditación Canadá Internacional.

PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO

- **Mayor** La organización tiene una política para la gestión de medicamentos de alto riesgo.
- **Menor** La política nombra a la persona(s) responsable de la ejecución y supervisión de la misma.
- **Mayor** La política incluye una lista de medicamentos de alto riesgo identificada por la organización.
- **Mayor** La política incluye procedimientos para el almacenamiento, prescripción, preparación, administración, distribución y documentación para cada medicamento de alto riesgo, según corresponda.
- **Mayor** La organización limita y estandariza las opciones de concentraciones y de volumen disponibles para medicamentos de alto riesgo.
- **Menor** La organización regularmente audita a las áreas de servicio al cliente por los medicamentos de alto riesgo.
- **Menor** La organización establece un mecanismo para actualizar la política de manera continua.

- **Mayor** La organización provee información y capacitación al personal sobre el manejo de medicamentos de alto riesgo.

¿LA ORGANIZACIÓN TIENE UNA ESTRATEGIA PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO?

- La organización no tiene una política sobre los medicamentos de alto riesgo.
- La organización tiene una política que identifica los medicamentos de alto riesgo y especifica cómo gestionarlos de forma segura. Sin embargo, no se sigue la política o bien el personal no está entrenado en cómo administrar medicamentos de alto riesgo.
- La organización tiene una política que identifica a los medicamentos de alto riesgo y especifica cómo gestionarlos de forma segura. El personal está entrenado en la política y en cómo administrar los medicamentos de alto riesgo de forma segura

MATERIAL DE REFERENCIA

- Instituto para la Mejora de la Atención Médica (IHI) (2012). Seguridad de Medicamentos de Alto Riesgo. [En línea]. Disponible: <http://www.ihi.org/explore/highalertmedicationsafety/pages/default.aspx>

Instituto de Prácticas de Medicación Segura (ISMP) (2012). Lista de Medicamentos de Alto riesgo. [En línea]. Disponible: <http://www.ISMP.org/Tools/highAlertMedicationLists.asp>

ENTRENAMIENTO EN BOMBAS DE INFUSIÓN

Provee entrenamiento en bombas de infusión

La organización proporciona formación permanente y efectiva para los proveedores de servicios en todas las bombas de infusión.

LINEAMIENTOS

Entre más tipos de bombas de infusión existan dentro de una organización, existe una mayor posibilidad de error grave. Para minimizar el riesgo del personal y los proveedores de servicios se recibe una capacitación permanente y efectiva en las bombas de infusión, cubriendo las necesidades clínicas del cliente, la competencia del personal, continuidad del personal, tecnología de la bomba de infusión y la ubicación de las bombas (por ejemplo, hospital, comunidad, domicilio). Esta formación es particularmente importante brindarla dado que muchos proveedores de servicio a menudo trabajan en más de una organización de servicios de salud, lo que significa que necesitan ser competentes en el uso de los diferentes tipos de bombas de infusión.

Las organizaciones también están motivadas en estandarizar las bombas de infusión en la mayor medida posible.

PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO

- **Mayor** Existe una evidencia documentada en curso de un entrenamiento continuo y efectivo en bombas de infusión.

EL PERSONAL RECIBE CAPACITACIÓN EN BOMBAS DE INFUSIÓN?

- No recibimos capacitación sobre el uso de bombas de infusión.
- Recibimos capacitación sobre el uso de bombas de infusión, pero no se ofrece con regularidad o no abarca a los diferentes tipos de bombas que están disponibles.
- Recibimos entrenamiento regular en el uso de todas las bombas de infusión utilizadas en nuestra organización

MATERIAL DE REFERENCIA

- Instituto para Prácticas Seguras de Medicación (ISMP) (2009). Procedimientos de la cumbre del ISMP sobre el uso eficiente de bombas de infusión: guías para la implementación segura y uso. Instituto para las Prácticas Seguras de Medicación [En línea]. Disponible: <http://www.ismp.org/tools/guidelines/smartpumps/printerversion.pdf>
- Scroggs, J. (2008). Mejorando la seguridad del paciente utilizando evaluaciones clínicas de las necesidades en terapia intravenosa. Br.J.Nurs., 17, S22-S28.

PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

Tiene un programa de mantenimiento preventivo para los dispositivos médicos, equipos y tecnología

Los líderes de la organización implementan un programa de mantenimiento preventivo efectivo para los dispositivos médicos, equipos médicos y tecnología médica.

LINEAMIENTOS

Un programa eficaz de mantenimiento preventivo ayuda a la organización para garantizar que los dispositivos médicos, equipos médicos y tecnología médica son seguros y funcionales. También ayuda a identificar y resolver posibles problemas con dispositivos médicos, equipos médicos o tecnología médica que puedan causar lesiones al personal o los clientes.

PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO

- **Mayor** Existe un programa implementado de mantenimiento preventivo para todos los dispositivos médicos, equipos médicos y tecnología médica.
- **Mayor** Existen reportes documentados de mantenimiento preventivo.
- **Menor** Los líderes de la organización tienen un proceso para evaluar la efectividad del programa de mantenimiento preventivo.
- **Mayor** Se documenta el seguimiento relacionado con la investigación de incidentes y problemas que involucran los dispositivos médicos, los equipos y la tecnología.

¿CUÁLES SON LOS MECANISMOS DE SU ORGANIZACIÓN PARA SELECCIONAR Y ADMINISTRAR LOS EQUIPOS?

- No tenemos procesos para seleccionar, mantener, actualizar o manejar incidentes relacionados con los equipos.
- Seleccionamos, mantenemos y actualizamos el equipo según sea necesario y manejamos los incidentes relacionados con los equipos que puedan surgir.
- Tenemos un proceso formal basado en criterios para seleccionar a los equipos. Cada pieza de los equipos es mantenida, actualizada y reemplazada de forma proactiva, y cualquier incidente relacionado con los equipos se manejan mediante un proceso formal.

MATERIAL DE REFERENCIA

- Brewin, D. (2001). Utilizando en forma efectiva la información de mantenimiento del dispositivo para optimizar el programa de mantenimiento de un dispositivo médico. *Biomed Instrum* abril 6:383-90.
- Ridgway, M. (2001). Clasificación de los dispositivos médicos según su sensibilidad de mantenimiento: un enfoque práctico, basado en el riesgo del Programa de gestión PM. *Biomed. Instrum. Technol.*, 35, 167-176.
- Taghipour, S., Banjevic, D. & Jardine, A. (2010). Priorización de los equipos médicos para las decisiones de mantenimiento. *Journal of the Operational Research Society*, 1-22.

CAPACITACIÓN EN SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Brindar capacitación y educación en seguridad de los pacientes, al menos una vez por año a la gerencia, personal, proveedores de servicio y voluntarios de la organización.

ANTECEDENTES

La educación y concientización del personal se reconocen como un paso clave para abordar la seguridad en las organizaciones de cuidado de la salud. Baker and Norton ha identificado tres tipos de inversiones que son necesarias para que las organizaciones de cuidado de la salud mejoren la seguridad; una de ellas es incrementar el conocimiento de las "habilidades para analizar eventos y detectar las vulnerabilidades que existen en los sistemas de cuidado de la salud" entre el personal, tanto a niveles gerenciales como entre los empleados de primera línea. (17) Las respuestas de la Encuesta de Seguridad de Pacientes de Accreditation Canada respaldan la importancia de la educación en seguridad de los pacientes, y las organizaciones de todo el proceso de cuidado de la salud la consideran una prioridad. Más aún, la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes de la OMS ha designado a las "aptitudes, capacitación y habilidades" como una de sus diez prioridades de investigación respecto a la seguridad de los pacientes. (18)

A fin de mantener contexto y relevancia, la capacitación en seguridad de los pacientes necesita pasar de las aulas al lugar de trabajo, y usar el aprendizaje basado en aptitudes en vez de un enfoque didáctico. (19) Las aptitudes de seguridad de los pacientes identifican los conocimientos y habilidades requeridos para preservar la seguridad de los pacientes. Los Estados Unidos, Australia, y Canadá han desarrollado esquemas nacionales para definir las aptitudes clave para una educación y capacitación profesional respecto a la seguridad del paciente. (20-22) Estas aptitudes son comparadas en la siguiente tabla:

APTITUDES CLAVE DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES		
Estados Unidos (2003)	Australia (2005)	Canadá (2008)
Aplicar métodos de mejorar de la calidad Trabajo en equipos interdisciplinarios Cuidado de la salud centrado en el paciente Práctica basada en evidencias Uso de herramientas informáticas	Aprendizaje continuo Trabajar con seguridad como equipo Comunicación eficaz Identificar, prevenir y manejar eventos adversos y cuasi percances Uso de evidencia e información Conducta ética	Contribuir a una cultura de seguridad del paciente Trabajar en equipos para fomentar la seguridad del paciente Optimización de los factores humanos y ambientales Comunicación eficiente para fomentar la seguridad del paciente Reconocer, responder y reportar eventos adversos Manejo de riesgos a la seguridad

PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO

- La organización proporciona sesiones anuales de capacitación y educación en seguridad de los pacientes.
- La capacitación y educación se personaliza conforme a las necesidades del personal y las áreas en las que se concentra la organización. El temario debe cubrir, por lo menos, las siguientes cuatro aptitudes básicas de seguridad de los pacientes:
 - Aplicar los conocimientos, habilidades y valores fundamentales de seguridad de los pacientes al trabajo cotidiano
 - Trabajar en conjunto como equipo para prestar cuidado a los pacientes
 - Comunicación eficiente
 - Reconocer, responder a, reportar y divulgar eventos adversos
- El temario de capacitación y educación se revisa para satisfacer las necesidades presentes y futuras.

ORIENTACIÓN ADICIONAL

- Las organizaciones se pueden referir a los marcos citados anteriormente para desarrollar un programa eficaz de educación y capacitación en seguridad de los pacientes para todo su personal. Todos los materiales necesarios están disponibles en línea:
- The Institute of Medicine's publication: Health Professions Education: A Bridge to Quality (http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=10681&page=R1)
- Australia's National Patient Safety Education Framework ([http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/Co6811AD746228E9CA2571C600835DBB/\\$File/framework0705.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/Co6811AD746228E9CA2571C600835DBB/$File/framework0705.pdf))
- The Canadian Patient Safety Institute's publication: Patient Safety Competencies (<http://www.safetycomp.ca>)

MATERIAL DE REFERENCIA

- Baker GR, Norton PG. Next steps for patient safety in Canadian healthcare. Healthc Pap 2004; 5 (3): 75-80.
- Global Patient Safety Research Priorities. WHO Patient Safety. Updated: 2008. [consultado en: 2008 Nov 12]; Disponible en:
- http://www.who.int/patientsafety/research/activities/priority_setting/en/index.html
- Walton MM, Elliott SL. Improving safety and quality: how can education help? Med J Aust 2006 May 15; 184 (10 Suppl): S60-S64.
- Committee on the Health Professions Education Summit Board on Health Care Services IoM. Health Professions Education: A Bridge to Quality. Washington, DC: National Academic Press; 2003.
- The Australian Council for Safety and Quality in Health Care. The National Patient Safety Framework. Canberra, Australia: Commonwealth of Australia; 2005.
- The safety competencies - enhancing patient safety across the health professions. Canadian Patient Safety Institute. Actualizado en: 2008. Disponible en: www.safetycomp.ca

ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS DURANTE UNA CIRUGÍA

Administración de antibióticos profilácticos para prevenir infecciones en el sitio de la cirugía.

ANTECEDENTES

Se estima que cada año se realizan 234 millones de cirugías mayores alrededor del mundo, lo cual corresponde a una operación por cada 25 personas vivas. (35) Sin embargo, más del 25% de los pacientes enfrentan complicaciones después de someterse a una cirugía que requiere hospitalización, y la tasa de mortalidad bruta reportada después de una cirugía mayor oscila entre 0.5 y 5%. (36) Aun así, por lo menos 50% de las complicaciones quirúrgicas pueden prevenirse. (36)

Las prácticas existentes de seguridad quirúrgica no parecen ser usadas de manera confiable en ningún país. Las infecciones en el lugar de la operación siguen siendo una de las causas más comunes de complicaciones post-operatorias serias, aunque la evidencia indica que las medidas preventivas comprobadas se siguen de manera muy inconsistente. La administración oportuna de antibióticos profilácticos es ampliamente reconocida como una manera eficaz de reducir infecciones post-operatorias. Sin embargo, los antibióticos se suelen administrar con demasiada anticipación, demasiado tarde o de manera errática. (37) El uso prolongado o inapropiado de antibióticos de amplio espectro puede poner a los pacientes en un riesgo adicional de desarrollar cepas resistentes a los antibióticos. (38)

PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO

- La organización cuenta con un protocolo documentado (como un procedimiento de "tiempo fuera" u órdenes permanentes) para administrar agentes anti-microbianos para profilaxis dentro de los 60 minutos previos a realizar la incisión de la piel. Se puede administrar vancomicina y fluoroquinolona hasta dos horas antes de realizar la incisión de la piel.
- La organización cuenta con un protocolo documentado (como una orden permanente) para discontinuar la administración de los agentes anti-microbianos profilácticos 24 horas después de haber realizado el procedimiento quirúrgico. La vancomicina y la fluoroquinolona se pueden discontinuar 48 horas después de haber realizado el procedimiento quirúrgico.

MATERIAL DE REFERENCIA

- Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. Lancet 2008 Jul 12; 372 (9633): 139-44.
- World Alliance for Patient Safety. Safe Surgery Saves Lives. Ginebra, Suiza: WHO Press; 2008.
- World Alliance for Patient Safety. The WHO Guidelines for Safe Surgery (First Edition). Ginebra, Suiza: WHO Press; 2008.
- Use Prophylactic Antibiotics Appropriately. IHI Patient Safety Surgical Site Infections. Updated: 2008. [consultado en: 2008 Nov 12]; Disponible en: <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SurgicalSiteInfections/Changes/SSI+Use+Prophylactic+Antibiotics+Appropriately.htm>

HIGIENE EN LAS MANOS

Proporcionar un fácil acceso y recursos para que el personal pueda cumplir con los lineamientos recomendados de higiene en las manos.

ANTECEDENTES

Las infecciones asociadas con el cuidado de la salud (HAIs) ocurren en todo el mundo, afectando tanto a los países desarrollados como a los países en desarrollo. Existe evidencia sustancial de que una buena antisepsia en las manos reduce la incidencia de infecciones adquiridas al prestar servicios de cuidado de la salud (p. ej. (23; 24)), aunque un nivel inaceptablemente bajo de cumplimiento con los lineamientos de higiene en las manos es universal en la industria del cuidado de la salud (25).

La disponibilidad de los desinfectantes para manos a base de alcohol es crítica para promover prácticas eficaces de limpieza de las manos, particularmente en entornos donde no hay acceso a agua corriente. (26) Los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (WHO) recomiendan lavarse las manos con un desinfectante a base de alcohol para lograr una buena antisepsia si las manos no están visiblemente sucias. (26) si las manos están visiblemente sucias, es más eficiente lavarlas con agua y jabón. Por lo tanto, los desinfectantes para manos a base de alcohol no sustituyen la necesidad de contar con lavabos ubicados convenientemente en las áreas de servicio a clientes.

Los Centros de Colaboración de la OMS para Soluciones de Seguridad para Pacientes informaron del desarrollo de esta ROP. (27)

PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO

- La organización proporciona educación respecto a las técnicas adecuadas de limpieza de las manos.
- Se muestran recordatorios promocionales de la higiene de las manos en el lugar de trabajo
- Los trabajadores dedicados al cuidado de la salud cuentan con un desinfectante para manos a base de alcohol en el punto de cuidado del paciente
- Se ofrece acceso a una fuente continua de agua corriente en todos los grifos y a todos los servicios necesarios (como jabón y toallas de papel) para lavarse las manos.

NOTAS

Los puntos de cuidado de paciente significan que debe ser posible usar el producto en el momento requerido, sin dejar la zona de actividad. Este debe ubicarse lo más cerca que sea posible (conforme los recursos lo permitan) del lugar en donde se tiene contacto con el paciente.

En aquellas instancias en las que los desinfectantes para manos a base de alcohol no estén disponibles o sean demasiado costosos, se debe considerar la producción local de desinfectantes para manos usando la fórmula descrita en "Formulación Recomendada por la OMS para Antisepsia de las Manos: Guía de Producción Local".

ORIENTACIÓN ADICIONAL

Para obtener más información y orientación respecto a la higiene de las manos, por favor consulte el sitio web de la campaña "Un cuidado limpio es un cuidado seguro" (Clean Care is Safer Care) de la OMS, disponible en <http://www.who.int/gpsc/en/>.

MATERIAL DE REFERENCIA

- Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection Control Programme. Lancet 2000 Oct. 14; 356 (9238): 1307-12.
- Larson EL, Early E, Cloonan P, Sugrue S, Parides M. An organizational climate intervention associated with increased handwashing and decreased nosocomial infections. Behav Med 2000; 26 (1): 14-22.
- Pittet D, Boyce JM. Revolutionising hand hygiene in health-care settings: guidelines revisited. Lancet Infect Dis 2003 May; 3 (5): 269-70.
- World Alliance for Patient Safety. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (Advanced Draft): A Summary. Ginebra, Suiza: WHO Press; 2005.
- WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Improved Hand Hygiene to Prevent Health Care-Associated Infections. 2007. Reporte No.: Solution 9.



PRÁCTICAS SEGURAS DE INYECCIONES

Desarrollar protocolos y prácticas para aplicar inyecciones con seguridad, a fin de prevenir daños a los clientes, los trabajadores del sistema de cuidado de la salud y la comunidad.

ANTECEDENTES

Las inyecciones son el procedimiento de cuidado de la salud más común en todo el mundo; la mayoría (>90%) de las cuales se administran para fines terapéuticos. En países en desarrollo y transición, la mayor parte de estas inyecciones terapéuticas son innecesarias o podrían administrarse por vía oral a través de una formulación. (28;29) Además de ser innecesarias, la mayoría de estas inyecciones no son seguras. Cada año, la reutilización de dispositivos para inyectar provoca millones de incidentes de infección a nivel mundial, en particular hepatitis B (20 millones), hepatitis C (2 millones), y el virus de inmunodeficiencia humana adquirida (260,000). (30) En el año 2000, la reutilización de dispositivos para inyectar sin esterilizar representó una importante porción de las nuevas infecciones: 30% para hepatitis B; 41% para hepatitis C; y 5% para el virus de inmunodeficiencia humana adquirida. (28) La carga de las inyecciones no seguras es significativa. Se estima que cada año las inyecciones no seguras provocan 1.3 millones de muertes prematuras, más de 26 millones de años de vida perdidos, y pérdidas monetarias directas por USD 535 millones. (31)

Además de lastimar a los clientes, las prácticas de inyecciones no seguras ponen a los trabajadores del cuidado de la salud y a la comunidad en riesgo. Las prácticas de desecho no seguras pueden provocar lesiones por pinchazos o fomentar la reventa de equipo usado en el mercado negro. (32)

La OMS recomienda una estrategia en tres partes para lograr prácticas de inyección seguras: cambiar el comportamiento de los pacientes y de los trabajadores de cuidado de la salud; asegurar la disponibilidad de equipo de inyección seguro; y manejar los desechos de manera segura y apropiada. (32) Eliminar inyecciones innecesarias es la principal prioridad para prevenir infecciones asociadas con inyecciones. (33) Cuando una inyección es indicada médicamente, las mejores prácticas de control contra infecciones intradérmicas, subcutáneas e intramusculares recomiendan el uso de un dispositivo de inyección de un solo uso, nuevo y desechable para cada inyección y para la reconstitución de cada unidad de medicación. (33)

La Red Global de Inyección Segura de la OMS informó del desarrollo de esta ROP. (34)

PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO

- La organización evalúa regularmente las actitudes locales hacia los medicamentos no inyectables y, cuando sea necesario, abordar conceptos distorsionados respecto a la efectividad de los medicamentos no inyectables a través de:
 - Proporcionar capacitación a los trabajadores del cuidado de la salud respecto a la efectividad de los medicamentos no inyectables
 - Proporcionar recursos de información para los clientes y sus familias respecto a las alternativas a los medicamentos inyectables
- La organización cuenta con un protocolo documentado que estipula que el medicamento solo se debe administrar a través de una inyección cuando sea absolutamente necesario, o cuando no exista una formulación oral equivalente disponible.
- La organización cuenta con un procedimiento documentado que estipula el uso de dispositivos para inyección desechables para un solo uso en inyecciones preventivas y terapéuticas (incluyendo la administración por inyección o a través de una línea intravenosa).
- La organización cuenta con un protocolo documentado para el manejo de los dispositivos de inyecciones para un solo uso cuando estos hayan sido desechados.
- Se cuenta con dispositivos de inyección esterilizados de un solo uso (para inyección y reconstitución) y de cajas de seguridad (para desechar dispositivos) en cantidades adecuadas conforme al número de inyecciones administradas.

NOTAS

Las jeringas con una función que prevenga su reutilización (cómo un dispositivo de auto-deshabilitación) ofrecen el más alto nivel de seguridad, y deben considerarse para inyecciones terapéuticas cuando las prácticas de inyección no seguras sean particularmente comunes.

MATERIAL DE REFERENCIA

- Hauri AM, Armstrong GL, Hutin YJ. The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings. *Int J STD AIDS* 2004 Ene; 15 (1): 7-16.
- Hutin YJ, Hauri AM, Armstrong GL. Use of injections in healthcare settings worldwide, 2000: literature review and regional estimates. *Bmj* 2003 Nov 8; 327(7423): 1075.
- Dziekan G, Chisholm D, Johns B, Rovira J, Hutin YJ. The cost-effectiveness of policies for the safe and appropriate use of injection in healthcare settings. *Bull World Health Organ* 2003; 81 (4): 277-85.
- Miller MA, Pisani E. The cost of unsafe injections. *Bull World Health Organ* 1999; 77 (10): 808-11.
- Khamassi S. Unsafe injection practices. In: Jha AK, editor. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2008.
- Hutin Y, Hauri A, Chiarello L, Catlin M, Stilwell B, Ghebrehwet T, et al. Best infection control practices for intradermal, subcutaneous, and intramuscular needle injections. *Bull World Health Organ* 2003; 81 (7): 491-500.
- Safe Injection Global Network. Guiding Principles to Ensure Injection Device Security. World Health Organization; 2004.



ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Implementa una estrategia de prevención de caídas

El equipo implementa y evalúa una estrategia de prevención de caídas para minimizar el daño del cliente ocasionado por las caídas.

LINEAMIENTOS

Las caídas pueden conducir a lesiones en el cliente, aumento de los costos de salud y, posibles demandas por negligencia clínica.

Los programas de prevención de caídas pueden incluir pero no se limitan a la capacitación del personal, evaluaciones de riesgo, equilibrio y entrenamiento de la fuerza, cuidado de la visión, controles de medicación, controles del entorno físico, evaluaciones conductuales y alarmas de salida de cama. Las posibles medidas para evaluar una estrategia de prevención de caídas pueden incluir el seguimiento del porcentaje de clientes que reciben una evaluación del riesgo, las tasas de caídas, causas de lesión y el equilibrio de las medidas como la restricción de uso. La realización de informes después de las caídas también puede ayudar a identificar los vacíos en la seguridad y el prevenir la recurrencia de las caídas.

La Organización Mundial de la Salud ha identificado la prevención de caídas como un importante problema de salud global. La reducción de caídas y lesiones inherentes puede aumentar la calidad de vida para los clientes y reducir los costos asociados con lesiones graves por caídas.

PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO

- **Mayor** El equipo implementa una estrategia de prevención de caídas ..
- **Mayor** La estrategia identifica a las poblaciones en riesgo de caídas.
- **Mayor** La estrategia se dirige a las necesidades específicas de las poblaciones en riesgo de caídas.
- **Menor** El equipo establece medidas para evaluar la estrategia de prevención de caídas, de manera continua.
- **Menor** El equipo utiliza la información de la evaluación para mejorar su estrategia de prevención de caídas.

EL EQUIPO TIENE UNA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS?

- No tenemos una estrategia de prevención de caídas.
- Hemos desarrollado una estrategia de prevención de caídas, pero aún no está totalmente implementada o evaluada.
- Hemos implementado y evaluado una estrategia de prevención de caídas.

MATERIAL DE REFERENCIA

- Barba, J., Rowell, D. Scott, D., van, B. E., Barnett, L., Hughes, K. et al (2006). Análisis económico de un programa comunitario de prevención de caídas. *Salud Pública*, 120, 742-751.
- Cusimano, M. D., Kwok, J. & Spadafora, K. (2008). Efectividad de los programas multifacéticos de prevención de las caídas para los ancianos en cuidado residencial. *Inj.Prev.*, 14, 113-122.
- Oliver, D., Killick, S., incluso, T., & Willmott, M. (2008). ¿Son las caídas y las lesiones en el hospital indicadores de una atención negligente --y cuán grande es el riesgo? Un análisis retrospectivo de la NHS Base de Datos Autorizada de Litigios por demandas de negligencia clínica, resultados de las caídas en los hospitales de Inglaterra de 1995 a 2006. *Qual.Saf de Cuidados de Salud*, 17, 431-436.
- Organización Mundial de la Salud (2007). Informe Global de la OMS sobre la Prevención de Caídas en los Ancianos [En línea]. Disponible: http://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Implementar intervenciones para prevenir las úlceras por presión

El equipo evalúa el riesgo de cada cliente para desarrollar una úlcera de presión e implementa intervenciones para prevenir el desarrollo de úlceras por presión.

LINEAMIENTOS

Las úlceras por presión tienen un impacto significativo en la calidad de vida del cliente, dando como resultado dolor, una lenta recuperación y aumentando el riesgo de infección. Las úlceras por presión también se han asociado a la mayor duración de la estancia, costos de los servicios de salud, y mortalidad. Las estrategias efectivas de prevención de las úlceras por presión pueden reducir considerablemente su incidencia y son un indicativo de una atención y servicios de alta calidad.

Las estrategias de prevención de las úlceras por presión requieren un enfoque interdisciplinario, así como el apoyo de todos los niveles de una organización. Las organizaciones podrían desear el desarrollar un plan de apoyo integral de educación en la prevención de úlceras por presión y pueden designar a individuos para facilitar la implementación de un acercamiento estandarizado para la evaluación de los riesgos, la aceptación de los lineamientos sobre las mejores prácticas y la coordinación de los equipos de cuidados de la salud.

Como parte de la estrategia de la organización para la prevención de úlceras por presión, Acreditación Canadá Internacional promueve fuertemente el uso de una escala validada de evaluación de riesgo. Una serie de escalas validadas de evaluación de riesgo están públicamente disponibles, incluyendo:

- La Escala de Braden para Predecir el Riesgo de Úlcera por Presión.
- La Escala de Evaluación de Norton de Riesgo de Dolor por Presión.
- La Escala de InterRAI de Riesgo de Úlcera por Presión (cuidados de larga duración).
- La Puntuación Waterlow.
- La Escala de Gosnell.
- La escala de Knoll.

Una serie de lineamientos sobre las mejores prácticas idóneas para informar el desarrollo de las estrategias de prevención y tratamiento de úlceras por presión, incluyendo la evaluación del riesgo, re-evaluación, intervenciones, educación y evaluación, están disponibles. En Canadá, lineamientos integrales han sido desarrollados por la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Guías internacionales también se han desarrollado en colaboración entre el Panel Europeo de Consejería de Úlceras por Presión y el Panel Nacional Americano de Consejería de Úlcera por Presión.

PRUEBA(S) DE CUMPLIMIENTO:

- **Mayor** El equipo lleva a cabo una evaluación inicial del riesgo de úlcera por presión en la admisión, utilizando una herramienta estandarizada y validada de evaluación de riesgo.
- **Mayor** El equipo re-evalúa a intervalos regulares a cada cliente con el riesgo de desarrollar úlceras por presión y con cambios significativos en su condición.
- **Mayor** El equipo implementa protocolos documentados y procedimientos basados en los lineamientos sobre las mejores prácticas para prevenir el desarrollo de úlceras por presión, lo que pueden incluir intervenciones para: evitar rupturas de la piel; minimizar la presión, el corte y la fricción; reposición; humectar; optimizar la nutrición e hidratación; y mejorar la movilidad y actividad.
- **Menor** El equipo apoya la educación para los proveedores de atención de la salud, residentes y las familias o proveedores de cuidado en los factores de riesgo y en las estrategias para la prevención de úlceras por presión.
- **Menor** El equipo tiene un sistema implementado para medir la efectividad de las estrategias de prevención de úlceras por presión y utiliza los resultados para realizar mejoras.

CÓMO EL EQUIPO PREVIENE QUE OCURRAN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN?

- No evaluamos a nuestros clientes con riesgo de úlceras por presión.
- Utilizamos una herramienta de evaluación de riesgo estandarizada para valorar cada cliente el riesgo para desarrollar úlceras por presión. No tenemos una vía consistente de prevención de úlceras por presión.

- Utilizamos una herramienta de evaluación de riesgos estandarizada para valorar el riesgo de cada cliente para desarrollar una úlcera de presión y seguir los procedimientos documentados para la prevención de úlceras por presión. Estamos educados sobre los factores de riesgo y en cómo prevenir las úlceras por presión.

MATERIAL DE REFERENCIA

- Panel Europeo de Consejería de Úlceras por Presión y el Panel Nacional Americano de Consejería de Úlcera por Presión (2009). Prevención de Úlceras por Presión. Panel Asesor Nacional de Úlcera por Presión [En línea]. Disponible: http://www.npuap.org/Final_Quick_Prevention_for_web_2010.pdf
- Instituto para el Cuidado de la Salud (2012). Prevenir las Úlceras por Presión. Instituto para el Cuidado de la Salud [En línea]. Disponible: <http://www.ihl.org/explore/pressureulcers/pages/default.aspx>
- Royal College de Enfermería (2001). Prevención y evaluación de riesgo de úlcera por presión. Royal College of Nursing [En línea]. Disponible: http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0003/78501/001252.pdf



PROFILAXIS DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV)

Provee profilaxis de la tromboembolia venosa para clientes en riesgo

El equipo identifica a los clientes con riesgo médico y quirúrgico de tromboembolia venosa (trombosis venosa profunda y embolia pulmonar) y ofrece la tromboprofilaxis adecuada.

LINEAMIENTOS

El trombo embolismo venoso (TEV) es el término colectivo para la trombosis venosa profunda (TVP) y la embolia pulmonar (EP). El TEV es una complicación grave y común para los clientes hospitalizados o sometidos a cirugía. La evidencia muestra que la incidencia de TEV puede reducirse sustancialmente o evitarse, al identificar a los clientes que corren riesgo y al proporcionar intervenciones basadas en la evidencia apropiada de tromboprofilaxis. Actualmente, las Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia del Colegio Americano de Médicos de Tórax (Octava edición) son las normas estandarizadas generalmente aceptadas de prácticas para la prevención de TVE.

Está ampliamente documentado el impacto humano y financiero del trombo embolismo. El desarrollo de TEV se asocia con mayor mortalidad de los pacientes y es la causa prevenible más común de muerte hospitalaria. Adicionalmente tanto los costos hospitalarios como la media de la prolongación de la estadía están altamente incrementados para los pacientes que desarrollan TVE.

NOTA:

Este ROP no es un requisito para hospitales pediátricos. El ROP aplica para los clientes de 18 años de edad o mayores.

PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO

- **Mayor** La organización tiene escrita una política o guía de tromboprofilaxis.
- **Mayor** El equipo identifica a los clientes con riesgo de tromboembolismo venoso (TEV), trombosis venosa profunda (TVP) y embolia pulmonar (EP) y proporciona la profilaxis apropiada de TEV basada en la evidencia.
- **Menor** El equipo establece medidas para la adecuada tromboprofilaxis, audita la implementación de una apropiada tromboprofilaxis y utiliza esta información para mejorar sus servicios.
- **Mayor** El equipo identifica a clientes con cirugía ortopédica mayor (reemplazos de cadera y rodilla, cirugía por fractura de cadera) que requieren de profilaxis después del alta y tiene un mecanismo implementado para proporcionar la adecuada profilaxis post-alta a dichos clientes.
- **Menor** El equipo proporciona información a los profesionales de la salud y a los clientes respecto al riesgo de TEV y el cómo prevenirlo.

¿EL EQUIPO IDENTIFICA A CLIENTES QUE CORREN RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV) Y LES OFRECE LA PROFILAXIS ADECUADA?

- No tenemos una política de trombo profilaxis.
- Tenemos una política de tromboprofilaxis para identificar a los clientes que corren riesgo de TEV, pero no siempre se la sigue.
- Seguimos una política de tromboprofilaxis para identificar a los clientes que corren riesgo de TEV y ofrecer una trombo profilaxis adecuada. Auditamos el uso de la tromboprofilaxis y utilizamos la información para realizar mejoras.

MATERIAL DE REFERENCIA

- Geerts, W. (2009). Prevención de la tromboembolia venosa: una prioridad clave para la seguridad del paciente. J.Thromb.Haemost., 7 Suppl 1, 1-8.
- Geerts, W. H., Bergqvist, J. A. D., Pineo, F. G., Heit, Samama, C. M., Lassen, M. R. et al (2008). Prevención del tromboembolismo venoso: Colegio Americano de Especialistas Respiratorios Basados en la Evidencia de las Guías de la Práctica Clínica (Octava edición). Chest 133, 381S-453S.
- MacDougall, D. A., Feliu, A. L., Boccuzzi, S. J. & Lin, J. (2006). Impacto económico de la trombosis venosa profunda, embolismo pulmonar y síndrome posttrombótico. Am.J.Health Syst.Pharm., 63, S5-15.

- Merli, G., Ferrufino, C. P., Lin, J., Hussein, M. & Battleman, D. (2010). Costos hospitalarios asociados con los regímenes de profilaxis de tromboembolismo venoso. *J.Thromb.Thrombolysis.*, 29, 449-458.
- Sociedad de Medicina Hospitalaria (2008). Prevención del Tromboembilismo Venoso Adquirida en el Hospital: Una guía para la mejora efectiva de la calidad. Agencia para la Calidad e Investigación en el Cuidado de la Salud [En línea]. Disponible: <http://www.ahrq.gov/qual/vtguide/vtguide.pdf>



RECONCILIACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS COMO UNA PRIORIDAD ESTRATÉGICA

Desarrolla e implementa un plan para la conciliación de medicamentos en toda la organización

MATERIAL DE REFERENCIA

- Gleason, K., Brake, H., H., Agramonte, V., Perfetti, C. (2012) Medicamentos en las Transferencias y las Entregas Clínicas (MATCH) Juego de Herramientas para la Conciliación de la Medicación. Publicación AHRQ N° 11-12-0059. Agencia para la Calidad e Investigación en el Cuidado de la Salud (AHRQ). Rockville, MD. [En línea] Disponible en: www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/match/
- Greenwald, J. L., Halasyamani, L., Greene, J., LaCivita, C., Stucky, E., Benjamin, B. et al (2010). Hacer de la conciliación de la medicación enfocada en el paciente, clínicamente relevante e implementable: una declaración de consenso sobre los principios fundamentales y los primeros pasos necesarios. J.Hosp.Med., 5, 477-485.
- Karapinar-Carkit, f el., Borgsteede, S. D., Zoer, J., Marcilla, T. C., van den Bemt, M. P. & van, T. M. (2012). Efecto de la conciliación de la medicación en los costos de los medicamentos después del alta hospitalaria en relación con los costos de mano de obra de la farmacia del hospital. Ann.Pharmacother., 46, 329-338.
- Karnon, J., Campbell, f el. & Czoski-Murray, C. (2009). Análisis del modelo basado en el costo-efectividad de las intervenciones destinadas a prevenir los errores de medicación el momento de la admisión al hospital (conciliación de medicamentos). J.Eval.Clin Pract., 15, 299-306.
- Cuidado de Salud más Seguro Ahora! Conciliación de los Medicamentos (2012). [En línea]. Disponible en: www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/medrec



Prácticas Organizacionales Requeridas
Publicado por Accreditation Canada Internacional.

Todos los derechos reservados.
© Accreditation Canada Internacional, 2013