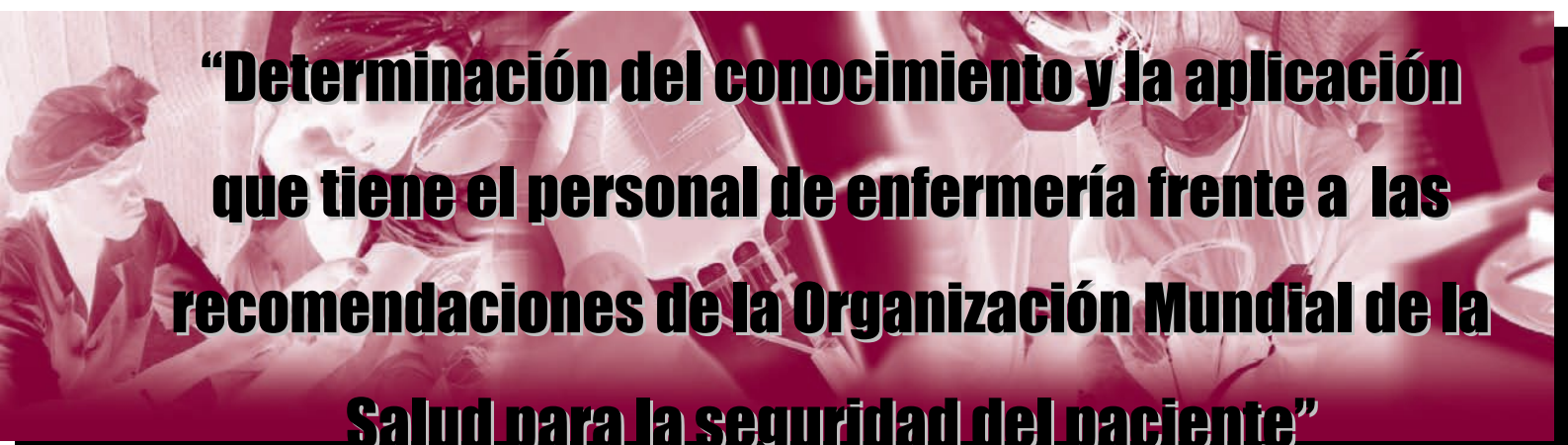




UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CÁTEDRA DE ATENCIÓN AL ADULTO Y ANCIANO



**“Determinación del conocimiento y la aplicación  
que tiene el personal de enfermería frente a las  
recomendaciones de la Organización Mundial de la  
Salud para la seguridad del paciente”**

**AUTORES:**

**Br. Buquet, Patricia**

**Br. Guini, Dinorah**

**Br. Martins, Leticia**

**Br. Portantier, Valentina**

**Br. Posada, Tamara**

**TUTOR:**

**Prof. Agdo: Piñero, Gloria**

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

**Montevideo, 2011**

# INDICE

---

<b>Glosario</b> .....	Pág. 4
<b>Agradecimientos</b> .....	Pág. 5
<b>Resumen</b> .....	Pág. 6
<b>Introducción</b> .....	Pág. 8
<b>Planteamiento de Problema</b> .....	Pág. 9
<b>Fundamentación del tema</b> .....	Pág. 10
<b>Marco teórico-Conceptual</b> .....	Pág.12
<b>Objetivos:</b>	
Objetivo General.....	Pág.18
Objetivo Específicos.....	Pág.18
<b>Metodología</b> .....	Pág. 19
Tipo de Estudio.....	Pág. 19
Universo y Muestra.....	Pág. 19
Criterios de inclusión y exclusión.....	Pág. 19
Operacionalización de variables.....	Pág. 19
Material y Método de investigación.....	Pág. 31
Recursos.....	Pág. 32
<b>Análisis</b> .....	Pág. 33
<b>Conclusiones</b> .....	Pág. 39
<b>Referencias Bibliográficas</b> .....	Pág. 41
<b>Anexos</b> .....	Pág. 42
<b>Anexo 1:</b> Soluciones inaugurales para la seguridad del paciente: OMS.....	Pág. 43
<b>Anexo 2.</b> Instrumentos de recolección de datos: encuestas a personal de enfermería.....	Pág. 58
<b>Anexo 3.</b> Rol de licenciada y auxiliar de enfermería.....	Pág. 69
<b>Anexo 4.</b> Tabulación de datos.....	Pág. 73
<b>Anexo 5.</b> Artículo del Ministerio de Salud Pública.....	Pág. 97

<b>Anexo 6.</b> Artículo del diario El País sobre Seguridad del Paciente.....	Pág. 98
<b>Anexo 7</b> Administración segura de medicación.....	Pág.101
<b>Anexo 8</b> Directrices de la OMS sobre higiene de manos en la atención sanitaria.....	Pág. 103
<b>Anexo 9.</b> Cronograma de Gantt.....	Pág. 104
<b>Anexo 10.</b> Autorizaciones.....	Pág. 105
<b>Anexo 11:</b> Modelo ejemplo de planilla para el control de sueros.....	Pág. 109

# GLOSARIO

---

Br.	Bachiller
Dr.	Doctor
C.I	Cedula de identidad
Lic.	Licenciada/o
Aux.	Auxiliar
Enf.	Enfermera/o
RRHH	Recursos Humanos
RRMM	Recursos Materiales
RRFF	Recursos Financieros
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VHC	Virus de la hepatitis C
VHB	Virus de la hepatitis B
OMS	Organización Mundial de la Salud
SBAR	Situación, Antecedentes, evaluación y recomendación
Dpto.	Departamento

# AGRADECIMIENTOS

---

Este trabajo representa nuestra culminación académica y lo que es más importante aún, el logro de nuestras metas.

En toda la experiencia universitaria y la conclusión del trabajo de tesis hubieron personas que merecen nuestro agradecimiento porque sin su valioso aporte no hubiese sido posible este trabajo; también hay quienes lo merecen por haber plasmado su huella en nuestro camino.

A los pacientes que nos ha tocado asistir en estos años, gracias por enseñarnos que nunca debemos olvidar que el trato humano es la esencia de nuestra profesión y parte fundamental de nuestro plan de cuidados. Gracias a ustedes y su enseñanza seremos mejores profesionales.

A nuestros/as docentes quienes en estos años compartieron con nosotras sus conocimientos y amor por la profesión.

A nuestras familias, por su apoyo, su guía, su confianza y paciencia en la realización de nuestros sueños.

A nuestra tutora Gloria Piñero por guiar nuestras ideas y por su aporte invaluable no solo en el desarrollo de este trabajo sino también en nuestra formación como futuras investigadoras.

A las Licenciadas Jefes de los Dpto. de Enfermería de las instituciones que nos abrieron sus puertas sin poner ningún impedimento; y al personal de enfermería de éstas quienes nos brindaron de su preciado tiempo.

Para finalizar queremos resaltar que si bien este trabajo ha requerido de esfuerzo y mucha dedicación por parte de sus autoras, no hubiese sido posible su finalización sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas citadas anteriormente...

Gracias a todos...

# RESÚMEN

---

El presente trabajo de investigación ha sido realizado por un grupo de cinco Bachilleres cursando el cuarto ciclo perteneciente al plan 93 correspondiente a la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad de la República tutorados por la Prof. Agdo. Gloria Piñero, perteneciente a la Cátedra de atención al Adulto y Anciano.

La seguridad del paciente es un tema de vital importancia ya que afecta a todos los usuarios de los servicios de salud en nuestro país e involucra a todo el equipo de salud que asiste directamente al paciente. Debido a que incurrir en errores en la atención al paciente trae consecuencias graves que afecta la morbi mortalidad de los mismos y considerando que hasta el momento en el Uruguay se desconoce si se aplican las medidas sugeridas para la seguridad del paciente propuestas por la OMS<sup>1</sup> es que se decide realizar el presente estudio.

El problema de estudio es determinar si el personal de enfermería conoce y aplica las recomendaciones planteadas por la OMS para la seguridad del paciente (ver anexo 1, Pág. 43) en el segundo y tercer nivel de atención de dos centros de salud públicos y uno privado de Montevideo en el periodo comprendido del 22 de febrero al 14 de marzo del 2011, en los turnos mañana, tarde y vespertino.

El objetivo que se propone alcanzar es: Identificar si el personal de enfermería conoce y aplica las recomendaciones planteadas por la OMS para la seguridad del paciente en el segundo y tercer nivel de atención de dos centros de salud públicos y uno privado de Montevideo en el periodo comprendido del 22 de febrero al 14 de marzo del 2011 en los turnos mañana, tarde y vespertino.

La investigación realizada es de tipo descriptivo, de corte transversal, siendo el universo el personal de enfermería que presta asistencia a usuarios adultos y adultos mayores en el segundo y tercer nivel de atención de los centros asistenciales públicos y privados de Montevideo. Del mismo se extrajo una muestra no probabilística por conveniencia conformada por el personal de enfermería que presta asistencia a usuarios adultos y adultos mayores del segundo y tercer nivel de atención de dos centros asistenciales públicos y un privado en el departamento de Montevideo en el periodo comprendido del 22 de febrero al 14 de marzo del 2011 en los turnos mañana, tarde y vespertino.

Los criterios de inclusión fueron Licenciados, Internas y Auxiliares de enfermería de los turnos mañana, tarde y vespertino, que brindan atención a usuarios adultos y adultos mayores, que se encontraron presentes en el servicio durante la recolección de datos y aceptaron participar de la investigación.

Se definieron trece variables dirigidas a Licenciados/as e Internos/as de Enfermería y otras nueve a Auxiliares de Enfermería, las mismas se elaboraron teniendo como base el rol que ocupa cada disciplina (ver anexo 3, Pág. 69).

Las dos primeras variables correspondientes a Licenciados/as e Internos/as de Enfermería hacen referencia a la caracterización de la población a investigar (cargo y antigüedad en el cargo), las siguientes tratan sobre el conocimiento del planteamiento de la Organización Mundial de la Salud para la seguridad del paciente y conocimiento de las soluciones planteadas por este organismo para la seguridad del paciente. Las nueve restantes se refieren a la aplicación de las soluciones sugeridas por la OMS.

Las variables correspondientes a los Auxiliares de Enfermería son nueve, la primera corresponde a la caracterización de la población a investigar (antigüedad en el cargo) y las

---

<sup>1</sup> Dr. Bagnulo 9ena jornada de actualización en enfermería junio 2010

siguientes al conocimiento del planteamiento de la Organización Mundial de la Salud para la seguridad del paciente y conocimiento de las soluciones planteadas por este organismo para la seguridad del paciente. Las seis restantes hacen referencia a la aplicación de las soluciones sugeridas por la OMS

Para la recolección de estos datos el grupo investigador elaboró dos cuestionarios de carácter anónimo los cuales fueron autoadministrados, uno a las/os Licenciadas/os e Internas/os de Enfermería y el siguiente a los Auxiliares de Enfermería (ver anexo 2, Pág. 58).

Los datos fueron analizados de forma descriptiva, por medio de resumen de tablas de frecuencia absoluta y relativa porcentual y a través de diferentes gráficos (ver anexo 4, Pág. 73). La población estudiada estuvo conformada por 111 auxiliares de enfermería y 52 Lic. e internas de enfermería.

Los principales resultados que arrojó este estudio fueron que el mayor porcentaje de licenciados/as, internos/as auxiliares de enfermería refieren conocer la existencia de las soluciones planteadas por la Organización Mundial de Salud para la seguridad del paciente. No obstante identificamos que el personal de enfermería no aplica la totalidad de las medidas que plantea la OMS para darle solución a cada uno de los problemas de seguridad para el paciente.

Las medidas que más se aplican en ambas poblaciones son aquellas referentes a la higiene de manos (mayor al 50% de la población) y las menos aplicadas con un porcentaje menor o igual al 25% son: la prohibición del uso de jeringas de conexión Luer para la administración de medicamentos orales o alimentos por sonda, la existencia de un enfoque estandarizado al brindar información en el traspaso del paciente, la eliminación de las soluciones concentradas de electrolitos de todas las unidades de enfermería y almacenamiento en área de atención especializada, y la utilización de dos identificadores al momento de identificar al paciente.

Aún queda mucho por trabajar en materia de seguridad del paciente, queremos hacer énfasis en que este tema debe ser una responsabilidad profesional implícita en el acto del cuidado. Se debe preparar enfermeros que tengan una visión de su profesión como disciplina científica, que se preocupen por el bien fundamental del paciente y que sean capaces de brindar cuidados oportunos, con calidad y libres de riesgo.

# INTRODUCCIÓN

---

El presente trabajo de investigación ha sido realizado por un grupo de 5 Bachilleres que se encuentran cursando el cuarto ciclo perteneciente al plan 93 correspondiente a la carrera Licenciatura en Enfermería. El mismo pretende determinar si el personal de enfermería conoce y aplica las recomendaciones sugeridas por la OMS para la seguridad del paciente en el segundo y tercer nivel de atención de los centros públicos y privados de la salud de la ciudad de Montevideo.

“En todo el mundo, la prestación de atención sanitaria se enfrenta al desafío de una amplia gama de problemas de seguridad. Los hechos señalan que los pacientes sufren daños todos los días, en todos los países del mundo, en el proceso de obtención de atención sanitaria. Lo primero que debemos hacer es reconocer esta perturbadora realidad, rechazar la noción de que el statu quo es aceptable, y quizá lo más importante, tomar medidas para corregir los problemas que contribuyen a la atención no segura.”<sup>2</sup>

La Organización mundial de la Salud (OMS) ha lanzado en mayo del 2007 una campaña mundial por la seguridad del paciente, dentro de la cual plantea nueve soluciones a fin de reducir los daños relacionados con la atención sanitaria que pagan millones de pacientes de todo el mundo (ver anexo 1, Pág. 43).

En sintonía con esta política de la OMS, en nuestro país el Ministerio de Salud Pública dispuso la creación de la Comisión de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina (COSEPA-October 2006) a la que se le encomendó diseñar y proponer políticas y actividades en relación a la seguridad de los pacientes y la prevención del error en medicina (ver anexo 5, Pág. 97).

La presente investigación es de tipo descriptivo de corte transversal. Se realizó con una muestra no probabilística tomada por conveniencia en el periodo comprendido entre el 22 de febrero al 14 de marzo del corriente año. La población estudiada estuvo conformada por 111 auxiliares de enfermería y 52 Lic. e internas de enfermería.

La recolección de datos se llevó a cabo en base a un instrumento de recolección previamente elaborado (ver anexo 2, Pág.58). Posteriormente se tabularon los datos y se analizaron comparando con el marco teórico conceptual para luego concluir.

---

<sup>2</sup> Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente – Mayo de 2007, [www.ccforspatientsafety.org](http://www.ccforspatientsafety.org)



# **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

---

Determinar si el personal de enfermería conoce y aplica las recomendaciones planteadas por la OMS para la seguridad del paciente en el segundo y tercer nivel de atención de dos centros de salud públicos y uno privado de Montevideo en el periodo comprendido del 22 de febrero al 14 de marzo del 2011 en los turnos mañana, tarde y vespertino.

# FUNDAMENTO DEL TEMA

---

La Organización mundial de la Salud ha lanzado en mayo del 2007 una campaña mundial por la seguridad del paciente, dentro de la cual plantea nueve soluciones a fin de reducir los daños relacionados con la atención sanitaria que pagan millones de pacientes de todo el mundo (ver anexo 1, Pág.43).

Se estima que en los países desarrollados uno de cada 10 pacientes hospitalizados sufre daños como resultado de la atención recibida, y en el mundo en desarrollo la cifra es probablemente mucho mayor. Nuestro país no escapa a esta realidad, hemos sido testigos en este último tiempo de decenas de casos de mala praxis, negligencia, e impericia que invadieron los medios de comunicación, y sabemos que existen muchos más que no se dan a conocer.<sup>3</sup>

“Los daños evitables son uno de los principales problemas de salud pública mundial. En Estados Unidos 10% de los pacientes que ingresan sufren de eventos adversos y 2% llegan a fallecer o padecer de un daño permanente. En el mundo mueren 10.000 personas por día vinculadas a errores médicos. Los pacientes son frecuentemente dañados porque los sistemas están pobremente diseñados...”<sup>4</sup> (ver anexo 6, Pág.98)

Consideramos que es un tema de vital importancia ya que afecta a todos los usuarios de los servicios de salud públicos y privados de nuestro país e involucra a todo el equipo de salud, médicos, Licenciados/as y auxiliares de enfermería. El incurrir en tales errores trae consecuencias graves que afectan la morbi mortalidad de los usuarios y se cobran además un alto tributo en concepto de pérdidas financieras. La atención insegura genera gastos médicos y de hospitalización, infecciones nosocomiales, pérdida de ingresos, discapacidad y pleitos que en algunos países cuestan entre US\$ 6000 millones y US\$ 29 000 millones por año.<sup>5</sup>

Al adentrarnos en el análisis de las nueve soluciones que plantea la OMS para brindar la seguridad del paciente se observó que se trata en realidad de conductas sencillas, de fácil identificación y que no requieren inversiones ni gasto, solo atención y precaución al momento de aplicarlas. Se trata de medidas tan simples como mejorar el lavado de manos para prevenir las infecciones o evitar los errores de conexión de catéteres y tubuladuras. Por esta razón es que se desea enfatizar el término prevención siendo el pilar fundamental de una atención integral de enfermería. Es a través de esta atención integral que debemos incluir aquellas herramientas que aseguran la seguridad del paciente.

Es aquí que nos interesa destacar el rol de la licenciada en enfermería como profesional que trabaja por mejorar la calidad de la formación, la asistencia, la investigación y la gestión de enfermería; para lograr así, la seguridad del paciente. Desde Florence Nightingale, hasta la actualidad, la enfermería siempre ha mostrado disposición y compromiso con la seguridad del paciente y mejorar de manera continua los procesos de atención que brinda.

La seguridad es un principio fundamental de la atención sanitaria y un componente crítico de la gestión de la calidad.

---

<sup>3</sup> Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente “La Investigación en Seguridad del Paciente” Mayor conocimiento para una atención más segura

<sup>4</sup> Artículo de Diario EL PAIS, 24/04/10. MSP detectó 6 errores en sistema de salud que afectan a pacientes...

<sup>5</sup> Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente “La Investigación en Seguridad del Paciente” Mayor conocimiento para una atención más segura

Consideramos que nuestro aporte con este trabajo será de considerable importancia ya que proporcionaremos datos sobre el grado de aplicación de las soluciones propuestas por la OMS en los servicios de salud seleccionados de nuestro país. En base a lo cual se podrá identificar cuales son las debilidades que presentan cada servicio y su relación con los errores acontecidos.

# MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

---

## **Concepto de Hombre:**

El Hombre, es un ser bio-psico-social, en relación dialéctica con el medio. Por su quehacer transformador de la realidad objetiva es un ser histórico que elabora conocimientos acerca de sí mismo y de la realidad; se expresa a través de sus necesidades que emergen de lo social y psico-biológico, aún cuando lo que él piensa y siente no siempre se refleja en forma manifiesta. Es sobre la base del develar estas contradicciones que se procesa el desarrollo del Hombre.<sup>6</sup>

## **Concepto Salud-Enfermedad:**

Es un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el Hombre se encuentra. En este proceso el Hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación Salud-Enfermedad en que se encuentre. La Salud es un derecho inalienable del Hombre, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos.<sup>6</sup>

**La enfermería** es una disciplina científica, encaminada a fortalecer las capacidades racionales del ser humano, es un proceso que es continuo, interpersonal, humano, integral, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención.

La enfermera profesional cumple con roles funcionales de Asistencia (proveedor de cuidados), Docencia, Investigación y Administración, así como cumple con roles actitudinales de defensor/a, asesor/a y facilitador/a.

## **Administración científica:**

Según Hugo Villar, la misma se define como una actividad sistemática desarrollada por un grupo humano que emplea un conjunto de recursos para logra una finalidad – en forma eficaz y eficiente- con beneficio social para quien va dirigida y para quien la genera. Esta disciplina científica se caracteriza por ser racional, universal, dinámica y continua.

**Calidad asistencial según la OMS:** “El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgo de efectos yatrogénicos, y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”

**Segundo nivel de atención:** comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquéllas que requieran internación. Se encuentra en los hospitales de referencia.

**Tercer nivel de atención:** comprende todas las acciones y servicios que por su alta complejidad médica y tecnológica son el último nivel de referencia de la red asistencial. Formado por hospitales de alta tecnología e institutos especializados

---

<sup>6</sup> Facultad de Enfermería, Plan 1993.

## **Prevención:**

Según la OMS, significa la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.

## **Seguridad del paciente:**

Se conoce como tal al conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

## **Algunas cifras...**

Se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital. El daño puede ser consecuencia de distintos errores o efectos adversos.<sup>7</sup>

En algunos países en desarrollo, el riesgo de infección asociada con la atención médica llega a ser hasta 20 veces superior al registrado en los países desarrollados.<sup>7</sup>

En los países en desarrollo, por lo menos el 50% de los equipos médicos no está en condiciones de ser utilizado o sólo se puede utilizar en parte. A menudo, los equipos no se usan por falta de personal capacitado o de elementos y, por lo tanto, no se pueden realizar procedimientos diagnósticos o tratamientos. En esta situación, la calidad de los diagnósticos o tratamientos es inferior a la norma y los procedimientos pueden ser peligrosos, poner en riesgo la seguridad del paciente y provocar lesiones graves o muerte.<sup>7</sup>

En algunos países, la proporción de inyecciones aplicadas con jeringas o agujas que se reutilizan sin esterilizar llega al 70%. Se expone así a las infecciones a millones de personas. Todos los años, las inyecciones peligrosas causan 1,3 millones de muertes, principalmente a causa de la transmisión hemática de patógenos como el virus de la hepatitis B, el virus de la hepatitis C y el VIH.<sup>7</sup>

Actividades supuestamente de alto riesgo, como la aviación o las plantas nucleares tienen un historial de seguridad muy superior al de la atención médica. La probabilidad de que un pasajero sufra algún daño en un avión es de 1 en 1 000 000. En cambio, la probabilidad de que un paciente sufra algún daño ocasionado por la atención médica es de 1 en 300.<sup>7</sup>

**“Solución para la seguridad del paciente”** se define de la siguiente manera:

Todo diseño o intervención de sistema que haya demostrado la capacidad de prevenir o mitigar el daño al paciente, proveniente de los procesos de atención sanitaria.

---

<sup>7</sup> Organización Mundial de la Salud: [http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/patient\\_safety\\_facts/es/index8.html](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/es/index8.html)

## **SOLUCIONES INAUGURALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: OMS** (ver anexo 1, Pág. 43)

### **1) Medicamentos de aspecto o nombre parecidos**

La existencia de nombres confusos de medicamentos es una de las causas más comunes de error de medicación y es una preocupación en todo el mundo.

Contribuyen con esta confusión la caligrafía ilegible, el conocimiento incompleto de los nombres de los medicamentos, los productos nuevos en el mercado, los envases o etiquetas similares, el uso clínico similar, las concentraciones similares, las formas de dosificación, la frecuencia de administración, la falta de reconocimiento por parte de fabricantes y organismos de reglamentación del potencial de error y la falta de realización de rigurosas evaluaciones de riesgo, tanto en caso de las denominaciones comunes como de las marcas registradas, previo a la aprobación de los nombres para los productos nuevos.

Es por esto, que la OMS sugiere una serie de medidas que permitan garantizar que las organizaciones de atención sanitaria, identifiquen y administren activamente los riesgos asociados con los medicamentos de aspecto o nombre parecidos. (Ver anexo 7, Pág. 101)

### **2) Identificación de pacientes**

En toda la industria de la atención sanitaria, la identificación incorrecta de los pacientes continúa dando como resultado errores de medicación, errores de transfusión, errores de prueba, procedimientos en la persona incorrecta y alta de recién nacidos que se entregan a las familias equivocadas.

Afortunadamente, las intervenciones y estrategias disponibles pueden disminuir significativamente el riesgo de la identificación incorrecta de los pacientes, y permitan asegurar que las organizaciones de atención sanitaria cuenten con sistemas implementados que hagan énfasis en la responsabilidad principal de los trabajadores de la atención sanitaria de verificar la identidad de los pacientes y hacer coincidir los pacientes correctos con la atención correcta antes de administrar la atención.

### **3) Comunicación durante el traspaso de pacientes**

Durante un episodio de enfermedad o un período de atención, un paciente podría, potencialmente, ser tratado por una serie de facultativos médicos y especialistas en múltiples entornos, incluyendo atención primaria, atención ambulatoria especializada, atención de emergencia, atención quirúrgica, cuidados intensivos y rehabilitación.

En forma adicional, los pacientes se moverán a menudo entre áreas de diagnóstico, tratamiento y atención en forma regular, y podrán encontrarse con tres turnos de personal por día, suponiendo esto un riesgo de seguridad para el paciente en cada intervalo.

La comunicación entre las unidades y entre los equipos de atención en el momento del traspaso podría no incluir toda la información esencial, o podría darse la interpretación incorrecta de la información.

Estas brechas en la comunicación pueden provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado y un daño potencial para el paciente.

Por este motivo es que la OMS plantea también diferentes medidas que permitan asegurar que las organizaciones de atención sanitaria implementen un enfoque estandarizado para la

comunicación entre el personal en el momento del traspaso, que incluya toda la información referente a la situación del paciente (estado del paciente, tratamiento, y cambios relevantes).

#### **4) Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.**

Los procedimientos en sitios incorrectos (que incluyen el lado equivocado, el órgano equivocado, el lugar equivocado, el implante equivocado y la persona equivocada) si bien son poco frecuentes, no son un evento “raro”, tal como deja en evidencia el constante aumento en la cantidad de casos denunciados. Considerados incidencias evitables, estos casos son en gran parte el resultado de una mala comunicación y de información no disponible o incorrecta. Los análisis detallados de estos casos indican que uno de los principales factores que contribuyen al error es la falta de un proceso preoperatorio estandarizado, y probablemente un grado de automatización del personal en la forma de encarar las rutinas de verificación preoperatorias.

La OMS sugiere establecer la realización de la cirugía correcta en el lugar del cuerpo correcto como una prioridad de seguridad en los establecimientos de atención sanitaria, que requiere liderazgo y la participación activa de todos los facultativos de primera línea y demás trabajadores de la atención sanitaria, asegurar que se cuente con protocolos implementados que prevean la verificación, en la etapa previa al procedimiento del paciente, el procedimiento y el sitio deseados.

#### **5) Control de las soluciones concentradas de electrólitos.**

Si bien todos los medicamentos, productos biológicos, vacunas y medios de contraste tienen un perfil de riesgo definido, las soluciones concentradas de electrólitos para inyecciones son particularmente peligrosas, y son mortales cuando no se preparan y administran debidamente.

Es particularmente fundamental la planificación de la disponibilidad, el acceso, el recetado, la orden, la preparación, la distribución, el etiquetado, la verificación, la administración y el control de estos agentes, de modo tal que se puedan evitar y, es de esperar, eliminar los posibles eventos adversos. Estos esfuerzos requieren atención especial, experiencia adecuada, colaboración entre profesionales, procesos de verificación y varias funciones obligatorias que garanticen el uso seguro.

Las medidas planteadas por la OMS procuran asegurar que las organizaciones de atención sanitaria cuenten con sistemas y procesos implementados en los que la promoción de prácticas seguras con cloruro de potasio y otras soluciones concentradas de electrólitos sea una prioridad, y donde la evaluación de riesgos efectiva de la organización se ocupe de estas soluciones, el cloruro de potasio se trate como una sustancia controlada, incluyendo los requisitos que restringen la orden y establecen los requisitos de almacenamiento y documentación.

#### **6) Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.**

Los errores son comunes en el proceso de obtención, receta, entrega, administración y control de medicamentos, pero ocurren con más frecuencia durante las instancias de receta y administración.

En algunos países, hasta el 67% de las historias de medicación recetada de los pacientes tiene uno o más errores, y hasta un 46% de esos errores de medicación tiene lugar cuando se emiten nuevas órdenes para el paciente, tanto en el momento de la admisión como en el momento del alta.

Lograr que el paciente y su familia participen en forma efectiva en la conciliación de los medicamentos es una estrategia clave para apuntar y evitar los errores de receta y de administración, reduciendo por lo tanto el daño al paciente.

La OMS mediante diferentes medidas pretende asegurar que las organizaciones de atención sanitaria implementen sistemas estandarizados para reunir y documentar información sobre todos los medicamentos que actualmente toma cada paciente y proporcionar la lista de medicamentos resultante al o a los profesionales receptores en cada punto de transición asistencial (admisión, transferencia, alta, consulta ambulatoria).

## **7) Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos**

Los tubos, los catéteres y las jeringas son un aspecto fundamental de la prestación diaria de atención sanitaria para la administración de medicamentos y líquidos a los pacientes. El diseño de estos dispositivos puede permitir conectar inadvertidamente las jeringas y tubos equivocados, y luego administrar medicamentos o líquidos a través de una vía no deseada y, por lo tanto, incorrecta. Esto se debe a los múltiples dispositivos empleados para distintas vías de administración, que pueden conectarse entre sí. Si bien estos errores son sumamente evitables y a menudo pueden impedirse, las múltiples denuncias de lesiones y muerte de pacientes por dichos errores de medicación por vías equivocadas indican que pueden suceder con una relativa frecuencia.

Las medidas planteadas por la OMS para dar solución a este problema pretenden asegurar que las organizaciones de atención sanitaria cuenten con sistemas y procedimientos implementados que enfatizan al personal no clínico, a los pacientes y a los familiares que jamás deben conectar ni desconectar dispositivos. Incluyan un proceso estandarizado de conciliación de líneas como parte de las comunicaciones de traspaso. Promover la compra de tubos y catéteres que estén diseñados para mejorar la seguridad y evitar las conexiones incorrectas con otros dispositivos o tubos.

## **8) Usar una sola vez los dispositivos de inyección.**

Una de las mayores preocupaciones a nivel mundial es la propagación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus de la hepatitis B (VHB) y el virus de la hepatitis C (VHC) debido a la reutilización de dispositivos de inyección. Este problema es mundial, y afecta tanto a países desarrollados como a países en vías de desarrollo, y muchos estudios han demostrado la extensión y la gravedad del problema.

Una inyección segura no debe causar daño al paciente, exponer al trabajador de la atención sanitaria a ningún riesgo evitable ni acabar como desechos peligrosos para la comunidad.

Por lo tanto las medidas planteadas por la OMS promueven el uso único de los dispositivos de inyección como prioridad de seguridad en los establecimientos de atención sanitaria, que requiera liderazgo y la participación activa de todos los trabajadores de la atención sanitaria de primera línea, elaborar programas de capacitación y recursos de información permanentes para trabajadores de atención sanitaria que se ocupen de los principios de control de infecciones, prácticas de inyección seguras y manejo de desechos cortantes, la efectividad de los medicamentos no inyectables, evaluar y medir la efectividad de la capacitación de los trabajadores de atención sanitaria sobre seguridad de las inyecciones.



## **9) Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención a la salud**

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria ocurren en todo el mundo y afectan tanto a países desarrollados como a países en vías de desarrollo.

La OMS plantea mediante diferentes medidas promover la observancia de la higiene de las manos como prioridad del establecimiento de atención sanitaria; esto requiere apoyo de los líderes, apoyo administrativo y recursos económicos, adoptar a nivel nacional, regional e institucional las nueve recomendaciones de las Directrices de la OMS sobre Higiene de las Manos en la Atención Sanitaria, en especial lo relativo a la implementación de estrategias multidisciplinarias y multimodales de mejora de la higiene de las manos dentro de los establecimientos de atención sanitaria que incorporen abastecimiento de lociones sanitarias para las manos con base de alcohol. (Ver anexo 8, Pág.102)

### **Ordenanza Ministerial, N° 660. (Ver anexo 5, Pág.97)**

El Ministerio de Salud Pública, en el año 2006, dispone una Ordenanza dentro de la Dirección General de la Salud, de una Comisión Asesora con el objetivo de adaptar definiciones sobre "Eventos adversos en el área de la Salud", a la que responsabiliza de diseñar y proponer políticas y actividades para la Seguridad de los pacientes y prevención del error en medicina, las cuales deben de seguir con el objetivo de lograr la seguridad del paciente y las acciones orientadas a prevenir, interceptar y mitigar los eventos adversos que se producen durante la atención médica. Objetivo importante planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Ordenanza N°660, COSEPA- Octubre, 2006.

# OBJETIVOS

---

## **Objetivo General:**

Identificar si el personal de enfermería conoce y aplica las recomendaciones planteadas por la OMS para la seguridad del paciente en el segundo y tercer nivel de atención de dos centros de salud públicos y uno privado de Montevideo en el periodo comprendido del 22 de febrero al 14 de marzo del 2011 en los turnos mañana, tarde y vespertino.

## **Objetivos Específicos:**

- Caracterizar a la población en estudio en base al cargo y antigüedad en el mismo.
- Definir la técnica y elaborar un instrumento para la recolección de datos.
- Definir la población y aplicar el instrumento

# METODOLOGÍA

---

## Tipo de Estudio

El presente trabajo representa una investigación de tipo descriptivo, y corte transversal.

## Universo y Muestra

**Universo:** Personal de enfermería que presta asistencia a usuarios adultos y adultos mayores en el segundo y tercer nivel de atención de los centros asistenciales públicos y privados de la salud de Montevideo

**Muestra:** Personal de enfermería que presta asistencia a usuarios adultos y adultos mayores, del segundo y tercer nivel de atención de dos centros asistenciales públicos y uno privado del departamento de Montevideo. En el periodo comprendido del 22 de febrero al 14 de marzo del corriente año, en los turnos mañana, tarde y vespertino (ver anexo 9, Pág.104)

**Tipo de Muestreo:** El muestreo es no probabilístico, por conveniencia de tipo accidental.

## Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión:

Licenciados, Internas y Auxiliares de enfermería de los turnos mañana, tarde y vespertino, que brinda atención a paciente adultos y adultos mayores, que se encontraron presentes en el servicio durante la recolección de datos y aceptaron participar de la investigación.

- Criterios de exclusión:

Personal de enfermería que cumplió con los criterios de inclusión establecidos que se negó a participar en la investigación.

## Operacionalización de Variables

1. **Variable:** *Cargo que ocupa el funcionario en la institución.*

**Definición Conceptual:** Rol que cumple en la institución por el cual recibe la remuneración correspondiente.

**Escala:** cualitativa nominal

**Definición Operacional:**

**Categorías:**

- Licencia/o en enfermería
- Auxiliar de enfermería
- Interna de Licenciatura de enfermería

2. **Variable:** *Antigüedad en el cargo que ocupa en la institución*

**Definición Conceptual:** Tiempo que lleva desempeñando el cargo en la institución investigada.

**Escala:** cuantitativa continua

**Definición Operacional:**

**Categorías:**

- Menor de 1 año
- Entre 1 y 5 años
- Entre 6 y 10 años
- Mayor de 10 años

**3. Variable:** *Conocimiento sobre la existencia de las soluciones que plantea la OMS para la seguridad del paciente*

**Definición Conceptual:** Conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre la existencia de las soluciones que plantea la OMS para la seguridad del paciente. (Ver anexo 1, Pág.43)

**Escala:** Cualitativa nominal

**Definición Operacional:**

**Categorías:**

- Si
- No

**4. Variable:** *Soluciones planteadas por la OMS sobre seguridad del paciente que conocen*

**Definición Conceptual:** Conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre cuales son las soluciones que plantea la OMS para la seguridad del paciente.

**Escala:** Cualitativa nominal

**Definición Operacional:** Dicha variable consta de 9 categorías, cada una de las cuales se corresponden a las soluciones que plantea la Organización Mundial de la Salud para la seguridad del paciente (Ver anexo 1, Pág.43)

**Categorías:**

- Medicamento de nombre o aspecto parecido
- Identificación del paciente
- Comunicación durante el traspaso del paciente
- Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
- Control de las soluciones concentradas de electrolitos
- Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales

- Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
- Utilizar una sola vez los dispositivos de inyección
- Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención a la salud

**5. Variable:** *Medidas que aplican Licenciadas e internas de enfermería para prevenir errores de medicación.*

**Definición Conceptual:** aplicación de las estrategias que se deben tener en cuenta según la OMS para garantizar una segura y adecuada administración de medicamentos. (Ver anexo 1, Pág.43)

**Escala:** cualitativa nominal

**Definición Operacional:** Dicha variable consta de 10 categorías, cada una de las cuales se corresponden a cada una de las medidas sugeridas por la OMS para garantizar una segura y adecuada administración de medicamentos.

**Categorías:**

- I. Implementación de protocolos clínicos que minimicen el uso de órdenes orales y telefónicas.
- II. Implementación de protocolos clínicos que hagan énfasis en la necesidad de leer atentamente la etiqueta cada vez que se tiene acceso a un medicamento, y otra vez antes de su administración, en vez de confiar en el reconocimiento visual, la ubicación u otras pautas menos específicas.
- III. Implementación de protocolos clínicos que hagan énfasis en la necesidad de verificar el propósito del medicamento, el diagnóstico e indicación médica antes de administrarlo
- IV. Implementación de protocolos clínicos que incluyan tanto la designación común como la marca del medicamento en las etiquetas de los medicamentos.
- V. Elaboración de estrategias para evitar la confusión o interpretación incorrecta causada por recetas u órdenes de medicamentos ilegibles incluyendo el almacenamiento de los medicamentos problemáticos en sitios separados o en orden no alfabético.
- VI. Utilización de técnicas tales como negrita y colores diferentes para reducir la confusión.
- VII. Elaboración de estrategias para involucrar a pacientes y cuidadores en la reducción de riesgos a través de entregar a pacientes y cuidadores información escrita sobre los medicamentos, incluidas las indicaciones del medicamento, la denominación común y la marca, y los posibles efectos secundarios del medicamento.
- VIII. Consideración en caso de pacientes con trastornos de visión, diferencia de idiomas y conocimientos limitados de la atención sanitaria.
- IX. Supervisión al personal de enfermería en todos los pasos del proceso de administración de medicamentos.
- X. Realización de capacitación continua al personal de enfermería sobre la temática administración de medicamentos.

**6. Variable:** *Medidas que aplican Licenciadas e internas de enfermería para lograr una correcta identificación del paciente.*

**Definición Conceptual:** aplicación de las estrategias que se deben de tener en cuenta según la OMS para garantizar una segura y adecuada identificación del paciente. (Ver anexo 1, Pág.43)

**Escala:** cualitativa nominal

**Definición Operacional:** Dicha variable consta de 10 categorías, cada una de las cuales se corresponden a cada una de las medidas sugeridas por la OMS para garantizar una segura y adecuada identificación del paciente.

**Categorías:**

- I. Verificación de la identidad de los pacientes.
- II. Uso de dos identificadores.
- III. Identificación del paciente entre los distintos establecimientos dentro de un sistema de atención sanitaria
- IV. Implementación de protocolos para identificar pacientes que carezcan de identificación
- V. Participación de los pacientes en todas las etapas del proceso.
- VI. Etiquetado de los tubos utilizados para la sangre y demás muestras en presencia del paciente.
- VII. Protocolos para conservar la identidad de las muestras del paciente en todas las etapas
- VIII. Controles y revisiones reiterados en el ingreso de datos a la computadora ( en caso de que la institución cuente con sistema informático)
- IX. Capacitación al personal de enfermería dentro de la orientación y desarrollo profesional sobre procedimientos de control y verificación de la identidad de un paciente
- X. Educación a los pacientes sobre la importancia y la relevancia de la correcta identificación.

**7. Variable:** *Medidas que aplican Auxiliares de enfermería para lograr una correcta identificación del paciente.*

**Definición Conceptual:** aplicación de las estrategias que se deben de tener en cuenta según la OMS para garantizar una segura y adecuada identificación del paciente. (Ver anexo 1, Pág.43)

**Escala:** cualitativa nominal

**Definición Operacional:** Dicha variable consta de 6 categorías, cada una de las cuales se corresponden a cada una de las medidas sugeridas por la OMS para garantizar una segura y adecuada identificación del paciente.

**Categorías:**

- I. Verificación de la identidad de los pacientes.

- II. Uso de dos identificadores.
- III. Identificación del paciente entre los distintos establecimientos dentro de un sistema de atención sanitaria
- IV. Participación de los pacientes en todas las etapas del proceso.
- V. Etiquetado de los tubos utilizados para la sangre y demás muestras en presencia del paciente.
- VI. Controles y revisiones reiterados en el ingreso de datos a la computadora ( en caso de que la institución cuente con sistema informático)

**8. Variable:** *Medidas que aplican Lic. e internas de enfermería para lograr una correcta comunicación durante el traspaso del paciente*

**Definición Conceptual:** aplicación de las estrategias que se deben de tener en cuenta según la OMS para garantizar la comunicación durante el traspaso del paciente incluyendo toda la Información esencial, evitando interpretaciones incorrectas. (Ver anexo 1, Pág.43)

**Escala:** cualitativa nominal

**Definición Operacional:** Dicha variable consta de 6 categorías, cada una de las cuales se corresponden a cada una de las medidas sugeridas por la OMS para garantizar la comunicación durante el traspaso del paciente incluyendo toda la información esencial, evitando interpretaciones incorrectas.

**Categorías:**

- I. Existencia de un enfoque estandarizado que incluya uso de técnica SBAR ( Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación)
- II. Existencia de un enfoque estandarizado que incluya tiempo suficiente para brindar la información del estado del paciente
- III. Existencia de un enfoque estandarizado que incluya suministro de información referente al estado del paciente, medicamento, tratamiento y cualquier cambio relevante.
- IV. Implementación de sistemas que al momento del alta hospitalaria, el paciente y su siguiente prestador de atención, obtengan la información clave referente al proceso salud-enfermedad.
- V. Capacitación al personal de enfermería sobre comunicación durante el traspaso de pacientes.
- VI. Existencia de comunicación entre organizaciones que estén prestando atención al mismo paciente en forma paralela.

**9. Variable:** *Medidas que aplican Auxiliares de enfermería para lograr una correcta comunicación durante el traspaso del paciente*

**Definición Conceptual:** aplicación de las estrategias que se deben de tener en cuenta según la OMS para garantizar la comunicación durante el traspaso del paciente incluyendo toda la Información esencial, evitando interpretaciones incorrectas. (Ver anexo 1, Pág.43)

**Escala:** cualitativa nominal

**Definición Operacional:** Dicha variable consta de 3 categorías, cada una de las cuales se corresponden a cada una de las medidas sugeridas por la OMS para garantizar la comunicación durante el traspaso del paciente incluyendo toda la información esencial, evitando interpretaciones incorrectas.

**Categorías:**

- I. Existencia de un enfoque estandarizado que incluya uso de técnica SBAR ( Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación)
- II. Existencia de un enfoque estandarizado que incluya tiempo suficiente para brindar la información del estado del paciente
- III. Existencia de un enfoque estandarizado que incluya suministro de información referente al estado del paciente, medicamento, tratamiento y cualquier cambio relevante.

**10. Variable:** *Medidas que aplican Lic. e internas de enfermería para garantizar la realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto*

**Definición Conceptual:** aplicación de las estrategias que se deben de tener en cuenta según la OMS para garantizar un procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto. (Ver anexo 1, Pág.43)

**Escala:** cualitativa nominal

**Definición Operacional:** Dicha variable consta de 3 categorías, cada una de las cuales se corresponden a cada una de las medidas sugeridas por la OMS para garantizar el procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.

**Categorías:**

- I. Prioridad de la seguridad en la realización de la cirugía correcta en el lugar del cuerpo correcto.
- II. Implementación de protocolos que incluyan la verificación en la etapa previa al procedimiento.
- III. Implementación de protocolos que exijan la realización de una instancia inmediatamente previa al comienzo del procedimiento donde se reúna todo el personal participante.

**11. Variable:** *Medidas que aplican Lic. e internas de enfermería para garantizar el uso seguro de las soluciones concentradas de electrolitos.*

**Definición Conceptual:** aplicación de las estrategias que se deben de tener en cuenta según la OMS para garantizar un uso seguro de las soluciones concentradas de electrolitos. (Ver anexo 1, Pág.43)

**Escala:** cualitativa nominal

**Definición Operacional:** Dicha variable consta de 7 categorías, cada una de las cuales se corresponden a cada una de las medidas sugeridas por la OMS para garantizar un uso seguro de las soluciones concentradas de electrolitos.



**Categorías:**

- I. Existencia de sistemas y procesos implementados en los que se prioricen la promoción de prácticas seguras con cloruro de potasio y otras soluciones concentradas de electrolitos.
- II. Existencia de sistemas y procesos implementados en los que se trate al cloruro de potasio como una sustancia controlada.
- III. Eliminación de las soluciones concentradas de electrolitos de todas las unidades de enfermería y almacenamiento en área de atención especializada.
- IV. Existencia de personal capacitado y calificado para preparar estas soluciones.
- V. Etiquetar la solución preparada CUIDADO – ALTO RIESGO.
- VI. Utilización de bombas de infusión para administración de soluciones concentradas.
- VII. Capacitación del personal de enfermería sobre esta temática.

**12. Variable:** *Medidas que aplican Auxiliares de enfermería para garantizar el uso seguro de las soluciones concentradas de electrolitos.*

**Definición Conceptual:** aplicación de las estrategias que se deben tener en cuenta según la OMS para garantizar un uso seguro de las soluciones concentradas de electrolitos. (Ver anexo 1, Pág.43)

**Escala:** cualitativa nominal

**Definición Operacional:** Dicha variable consta de 2 categorías, cada una de las cuales se corresponden a cada una de las medidas sugeridas por la OMS para garantizar un uso seguro de las soluciones concentradas de electrolitos.

**Categorías:**

- I. Existencia de sistemas y procesos implementados en los que se trate al cloruro de potasio como una sustancia controlada.
- II. Utilización de bombas de infusión para administración de soluciones concentradas.

**13. Variable:** *Medidas que aplican Lic. e internas de enfermería para asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales*

**Definición Conceptual:** aplicación de las estrategias que se deben tener en cuenta según la OMS para asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales. (Ver anexo 1, Pág.43)

**Escala:** cualitativa nominal

**Definición Operacional:** Dicha variable consta de 6 categorías, cada una de las cuales se corresponden a cada una de las medidas sugeridas por la OMS para asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.

**Categorías:**

- I. Existencia de sistemas estandarizados que reúnen y documentan información sobre los medicamentos que actualmente toma cada paciente, incluyendo medicamentos

recetados y no recetados, dosis, frecuencia, vía de administración y hora de última dosis, proporcionando la lista a los profesionales receptores en cada punto de transición asistencial

- II. Exhibición en un mismo lugar de la lista de medicamentos actuales del paciente.
- III. Comparación de la lista de medicamentos habituales del paciente con los medicamentos que se van ordenando durante el proceso asistencial
- IV. Actualización de la lista a medida que se emiten nuevas órdenes.
- V. Proceso para que al momento del alta, la lista de medicamentos del paciente esté actualizada.
- VI. Capacitación sobre procedimientos de conciliación de medicamentos en el plan de estudios, orientación y desarrollo profesional permanente para el personal de enfermería.

**14. Variable:** *Medidas que aplican Lic. e internas de enfermería para evitar errores de conexión de catéteres y tubos*

**Definición conceptual:** aplicación de las estrategias que se deben tener en cuenta según la OMS para evitar los errores de conexión de catéteres y tubos. (Ver anexo 1, Pág.43)

**Escala:** cualitativa nominal

**Definición Operacional:** Dicha variable consta de 6 categorías, cada una de las cuales se corresponden a cada una de las medidas sugeridas por la OMS para evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.

**Categorías:**

- I. Educación a los pacientes y a los familiares que jamás deben conectar ni desconectar dispositivos.
- II. Etiquetado de catéteres de alto riesgo.
- III. Trazar líneas desde su origen hasta el puerto de conexión antes de hacer cualquier conexión o comunicación de traspaso
- IV. Prohibición del uso de jeringas de conexión Luer estándar (dispositivo con medida universal a través del cual se pueden conectar otros dispositivos como tubuladuras, llaves de tres vías, agujas, etc) para la administración de medicamentos orales o alimentos por sonda.
- V. Capacitación sobre los peligros de conectar mal los tubos y los dispositivos al personal de enfermería.
- VI. Promover la compra de tubos y catéteres diseñados para mejorar la seguridad y evitar conexiones incorrectas con otros tubos.

**15. Variable:** *Medidas que aplican Auxiliares de enfermería para evitar errores de conexión de catéteres y tubos*

**Definición conceptual:** aplicación de las estrategias que se deben tener en cuenta según la OMS para evitar los errores de conexión de catéteres y tubos. (Ver anexo 1, Pág.43)

**Escala:** cualitativa nominal

**Definición Operacional:** Dicha variable consta de 4 categorías, cada una de las cuales se corresponden a cada una de las medidas sugeridas por la OMS para evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.

**Categorías:**

- I. Educación a los pacientes y a los familiares que jamás deben conectar ni desconectar dispositivos.
- II. Etiquetado de catéteres de alto riesgo.
- III. Trazar líneas desde su origen hasta el puerto de conexión antes de hacer cualquier conexión o comunicación de traspaso
- IV. Prohibición del uso de jeringas de conexión Luer estándar (dispositivo con medida universal a través del cual se pueden conectar otros dispositivos como tubuladuras, llaves de tres vías, agujas, etc) para la administración de medicamentos orales o alimentos por sonda.

**16. Variable:** Medidas que aplican Lic. e internas de enfermería para asegurar la utilización de los dispositivos de inyección por única vez.

**Definición Conceptual:** aplicación de las estrategias que se deben de tener en cuenta según la OMS para asegurar la utilización de los dispositivos de inyección por única vez. (Ver anexo 1, Pág.43)

**Escala:** cualitativa nominal

**Definición Operacional:** Dicha variable consta de 5 categorías, cada una de las cuales se corresponden a cada una de las medidas sugeridas por la OMS para asegurar la utilización de los dispositivos de inyección por única vez.

**Categorías**

- I. Uso único de los dispositivos de inyección.
- II. Existencia de programas de capacitación y recursos de información permanentes para personal de enfermería.
- III. Evaluación de la capacitación del personal de enfermería sobre seguridad de las inyecciones.
- IV. Identificación e implementación de manejo seguro de desechos que cubren las necesidades de la institución
- V. Promoción de las practicas seguras como una actividad planificada y presupuestada

**17. Variable:** *Utilización de los dispositivos de inyección por única vez*

**Definición Conceptual:** el auxiliar de enfermería utiliza por única vez los dispositivos de inyección. (Ver anexo 1, Pág.43)

**Escala:** cualitativa nominal

**Definición Operacional:**

## Categorías

- SI
- NO

**18. Variable:** *Medidas que aplican Lic. e internas de enfermería para mejorar la higiene de las manos y de esta manera prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud*

**Definición Conceptual:** aplicación de las estrategias que se deben de tener en cuenta según la OMS para mejorar la higiene de manos a fin de prevenir las infecciones asociadas a la atención de enfermería brindada en la institución. (Ver anexo 1, Pág.43)

**Escala:** cualitativa nominal

**Definición Operacional:** Dicha variable consta de 25 categorías, cada una de las cuales se corresponden a cada una de las medidas sugeridas por la OMS para mejorar la higiene de manos a fin de prevenir las infecciones asociadas a la atención de enfermería brindada en la institución.

## Categorías

- I. Existencia de un control a través de la observación de la higiene de las manos
- II. Lavado de manos con agua y jabón cuando están visiblemente sucias o contaminadas
- III. Lavado de manos antes y después del contacto directo con paciente
- I $\zeta$ . Lavado de manos después de quitarse los guantes
- $\zeta$ . Lavado de manos antes de manipular dispositivos invasivos ( se usen guantes o no)
- $\zeta$ I. Lavado de manos después de entrar en contacto con líquidos o secreciones corporales, mucosas, piel no intacta o vendajes de heridas.
- $\zeta$ II. Lavado de manos para atender a un paciente cuando se pase de un área de cuerpo contaminada a otra limpia
- $\zeta$ III. Lavado de manos después de entrar en contacto con objetos inanimado
- I $\Xi$ . Lavado de manos con agua y jabón simple o antimicrobiano o frotado de manos con preparación alcohólica antes de manipular medicamentos o preparar alimentos.
- $\Xi$ . No utiliza jabón antimicrobiano cuando ya se utilizó preparación alcohólica.

Técnica de higiene de manos:

- $\Xi$ I. Aplicación de una dosis de producto alcohólico, extendiéndolo por toda la superficie de las manos y friccionándolas hasta que queden secas.
- $\Xi$ II. lavado de manos con agua y jabón, mojóndolas con agua y aplicando la cantidad de producto necesaria para extenderlo por toda la superficie de las mismas.
- $\Xi$ III. Se frota enérgicamente ambas palmas con movimientos rotatorios y entrelaza los dedos para cubrir toda la superficie. Enjuagándose las manos con agua y secándolas

completamente con una toalla desechable. Siempre que sea posible, utilizando agua corriente limpia.

- ΞΙϚ. Utiliza la toalla para cerrar el grifo.
- ΞϚ. Se asegura que las manos estén secas. Utilizando un método que no las contamine de nuevo. Cerciorándose que las toallas no se utilicen varias veces o por varias personas. No emplea agua caliente.
- ΞϚI. Utiliza guantes siempre que esté en contacto con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos, mucosas o piel no intacta.
- ΞϚII. Se quita los guantes tras haber atendido a un paciente. No usa el mismo para atender a más de un paciente.
- ΞϚIII. Si se están utilizando guantes durante la atención a un paciente, se los cambia o quita al pasar de una zona del cuerpo contaminada a otra limpia del mismo paciente o al medio ambiente.
- ΞΙΞ. No reutiliza los guantes.
- ΞΞ. Implementación de programas de formación y motivación del personal de enfermería.
- ΞΞI. Presencia de lociones sanitarias para las manos con base de alcohol a una distancia equivalente al largo de un brazo del lugar donde se presta atención o tratamiento, el mismo debe poder ser utilizado sin tener que alejarse de la zona de actividades (son válidos los carritos o las bandejas).
- ΞΞII. Acceso a un suministro de agua seguro y continuo para llevar a cabo la higiene de las manos.
- ΞΞIII. Educación al personal de enfermería sobre las técnicas correctas de la higiene de las manos.
- ΞΞΙϚ. Exhibición de recordatorios que promuevan la higiene de las manos en el lugar de trabajo.
- ΞΞϚ. Medición del cumplimiento de higiene de las manos a través de controles de observación y retroalimentación del desempeño al personal de enfermería.

**19. Variable:** *Medidas que aplican Auxiliares de enfermería para mejorar la higiene de las manos y de esta manera prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud*

**Definición Conceptual:** aplicación de las estrategias que se deben de tener en cuenta según la OMS para mejorar la higiene de manos a fin de prevenir las infecciones asociadas a la atención de enfermería brindada en la institución. (Ver anexo 1, Pág.43)

**Escala:** cualitativa nominal

**Definición Operacional:** Dicha variable consta de 21 categorías, cada una de las cuales se corresponden a cada una de las medidas sugeridas por la OMS para mejorar la higiene de manos a fin de prevenir las infecciones asociadas a la atención de enfermería brindada en la institución.

## **Categorías**

- I. Lavado de manos con agua y jabón cuando están visiblemente sucias o contaminadas
- II. Lavado de manos antes y después del contacto directo con paciente
- III. Lavado de manos después de quitarse los guantes
- Iç. Lavado de manos antes de manipular dispositivos invasivos ( se usen guantes o no)
- ç. Lavado de manos después de entrar en contacto con líquidos o secreciones corporales, mucosas, piel no intacta o vendajes de heridas.
- çI. Lavado de manos para atender a un paciente cuando se pase de un área de cuerpo contaminada a otra limpia
- çII. Lavado de manos después de entrar en contacto con objetos inanimado
- çIII. Lavado de manos con agua y jabón simple o antimicrobiano o frotado de manos con preparación alcohólica antes de manipular medicamentos o preparar alimentos.
- IE. No utiliza jabón antimicrobiano cuando ya se utilizó preparación alcohólica.

## **Técnica de higiene de manos:**

- E. Aplicación de una dosis de producto alcohólico, extendiéndolo por toda la superficie de las manos y friccionándolas hasta que queden secas.
- EI. lavado de manos con agua y jabón, mojándolas con agua y aplicando la cantidad de producto necesaria para extenderlo por toda la superficie de las mismas.
- EII. Se frota enérgicamente ambas palmas con movimientos rotatorios y entrelaza los dedos para cubrir toda la superficie. Enjuagándose las manos con agua y secándolas completamente con una toalla desechable. Siempre que sea posible, utilizando agua corriente limpia.
- EIII. Utiliza la toalla para cerrar el grifo.
- EIç. Se asegura que las manos estén secas. Utilizando un método que no las contamine de nuevo. Cerciorándose que las toallas no se utilicen varias veces o por varias personas. No emplea agua caliente.
- Eç. Utiliza guantes siempre que esté en contacto con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos, mucosas o piel no intacta.
- EçI. Se quita los guantes tras haber atendido a un paciente.
- EçII. No usa el mismo para atender a más de un paciente.
- EçIII. Si se están utilizando guantes durante la atención a un paciente, se los cambia o quita al pasar de una zona del cuerpo contaminada a otra limpia del mismo paciente o al medio ambiente.
- EIE. No reutiliza los guantes.
- EË. Presencia de lociones sanitarias para las manos con base de alcohol a una distancia equivalente al largo de un brazo del lugar donde se presta atención o tratamiento, el mismo debe poder ser utilizado sin tener que alejarse de la zona de actividades (son válidos los carritos o las bandejas).
- EËI. Acceso a un suministro de agua seguro y continuo para llevar a cabo la higiene de las manos.

## **Material y Método de Investigación**

Una vez aprobado el protocolo de investigación se procedió a la solicitud de autorizaciones para efectuar la recolección de datos en las instituciones seleccionadas. Las mismas fueron entregadas en sus respectivos departamentos de enfermería (ver anexo 10, Pág. 105). Las instituciones seleccionadas del sector público y privado de Montevideo, se mantendrán en anonimato para asegurar la confidencialidad.

Una vez establecidas las autorizaciones de las respectivas instituciones se procedió a la recolección de datos.

La investigación realizada es de tipo descriptivo, de corte transversal, siendo el universo el personal de enfermería que presta asistencia a usuarios adultos y adultos mayores en el segundo y tercer nivel de atención de los centros asistenciales públicos y privados de Montevideo.

La muestra es no probabilística por conveniencia y corresponde al personal de enfermería que presta asistencia a usuarios adultos y adultos mayores del segundo y tercer nivel de atención de dos centros asistenciales públicos y uno privado del departamento de Montevideo, en el periodo comprendido del 22 de febrero al 14 de marzo del corriente año, en los turnos mañana, tarde y vespertino.

Para la recolección de estos datos el grupo investigador elaboró dos cuestionarios (ver anexo 2, Pág. 58) ambos autoadministrados con respuestas dicotómicas y de carácter anónimo. Un cuestionario dirigido a las/os Licenciadas/os e Internas/os de Enfermería y un segundo dirigido a los/las Auxiliares de Enfermería.

El cuestionario dirigido a Licenciados/as e Internos/as de Enfermería consta de trece variables, las dos primeras corresponden a la caracterización de la población a investigar (cargo y antigüedad en el cargo), las siguientes hacen referencia al conocimiento del planteamiento de la Organización Mundial de la Salud para la seguridad del paciente y conocimiento de las soluciones planteadas por este organismo para la seguridad del paciente. Las nueve restantes hacen referencia a las soluciones sugeridas por la OMS (Medicamentos de aspecto o nombre parecidos, Identificación de pacientes, Comunicación durante el traspaso de pacientes, Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto, Control de las soluciones concentradas de electrolitos, Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales, Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos, Usar una sola vez los dispositivos de inyección, Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención a la salud).

El cuestionario dirigido a los Auxiliares de Enfermería consta de nueve variables, la primera corresponde a la caracterización de la población a investigar (antigüedad en el cargo) y las siguientes al conocimiento del planteamiento de la Organización Mundial de la Salud para la seguridad del paciente y conocimiento de las soluciones planteadas por este organismo para la seguridad del paciente. Las seis restantes hacen referencia a las soluciones sugeridas por la OMS (Identificación de pacientes, Comunicación durante el traspaso de pacientes, Control de las soluciones concentradas de electrolitos, Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos, Usar una sola vez los dispositivos de inyección, Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención a la salud).

Los cuestionarios se entregaron a las licenciadas/os, internas/os y auxiliares de enfermería que cumplan con los requisitos de inclusión previa presentación de los investigadores y de la temática de la investigación. Se procedió a la instrucción sobre los pasos a seguir para completar el cuestionario. El personal de enfermería encuestado contó con un plazo de un día para completar y entregar la misma a los encuestadores.

## **Recursos**

RRHH: 5 estudiantes de Licenciatura en Enfermería y un docente tutor.

RRMM: material bibliográfico, computadoras, impresora, teléfono, carpetas, hojas, lapiceras, CD, pendrive, impresiones, locomoción, uniformes.

RRFF: Impresiones y fotocopias: \$ 2500

Locomoción: \$ 1020

\$ 3520



# ANÁLISIS

La recolección de datos se llevo a cabo en dos instituciones públicas y una privada, en los días comprendidos entre el 22 de febrero y el 14 de marzo del corriente año.

La muestra estuvo conformada por 232 sujetos que cumplieron con los requisitos de inclusión, de los cuales 160 fueron auxiliares de enfermería y 72 Lic. e internos en enfermería .

La recepción obtenida fue de 163 encuestas, 34 (20,9%) licenciadas/os, 18 (11%) internos de enfermería y 111 (68%) auxiliares de enfermería. (Ver anexo 4, página 73, Gráfico 1)

Durante la etapa de recolección de datos se perdieron 69 encuestas por diversas causas, entre las que se destaca extravío y olvido por parte del personal de enfermería.

Los datos obtenidos son los que se describen a continuación.

En relación a la variable *antigüedad en el cargo que ocupa dentro de la institución* se obtuvo que del total de licenciadas/os e internos 21 (40,4%) son menores de un año, 19 (36,5%) presentan entre 1 y 5 años de antigüedad, 5 (9,6%) entre 6 y 10 años y 7 (13,5%) mas de 10 años de antigüedad. (Ver anexo 4, página 74, Grafico 2)

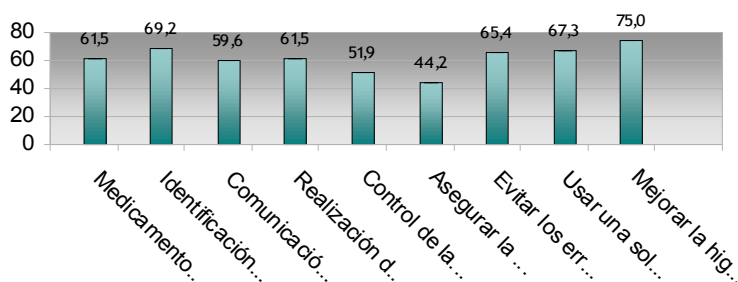
Con relación a los/las auxiliares de enfermería, 12 (10,8%) tienen menos de un año de antigüedad en la institución, 33(29,7%) entre 1 y 5 años, 25 (22,5%) entre 6 y 10 años y 41 (36,9%) mas de 10 años. (Ver anexo 4, página 87, Grafico 14)

Como se puede visualizar en los gráficos (ver anexo 4 páginas 74 y 87) existe una marcada diferencia con relación a ambas poblaciones dado que las/os licenciadas/os e internas/os son nuevas/os en el cargo que ocupan (entre 1 y 5 años) a diferencia de la población de auxiliares que presentan mayor antigüedad en el cargo dentro de la institución. Dentro de la población de Licenciadas/os e internas/os, el 34% corresponde a este ultimo grupo.

Con relación a las *soluciones planteadas por la OMS sobre la seguridad del paciente*, se obtuvo que el 80,8% (42) de licenciados/as e internos/as refieren conocer la existencia de dichas soluciones, reflejándose una situación muy similar en la población de auxiliares en enfermería dado que el 76,6% (85) refiere conocer dichas soluciones. (Ver anexo 4 página 75, Grafico 3 y página 88, Gráfico 15)

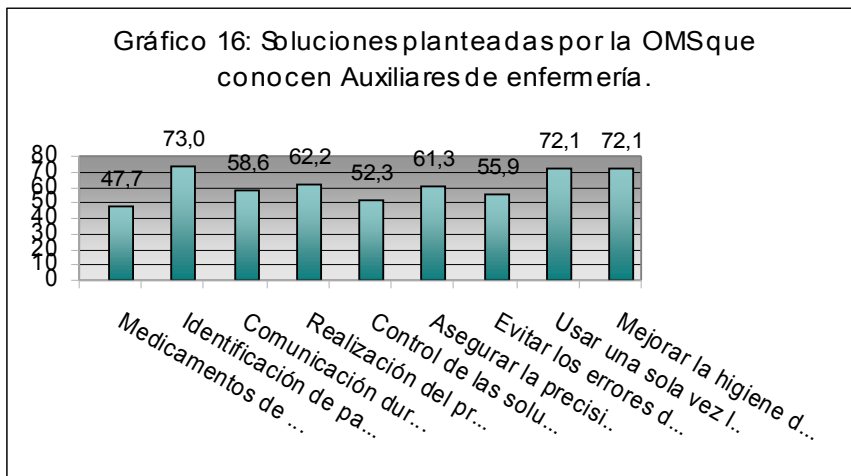
La solución planteada por la OMS más conocida por la población de licenciados/as e internos/as se corresponde a *mejorar la higiene de manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud* con el 75,0%, le sigue con el 69,2% la *correcta identificación de pacientes*, luego la *utilización de dispositivos de inyección por única vez*

Gráfico 4: Soluciones planteadas por la OMS que conocen Lic e internas de enfermería



(67,3%), *evitar los errores de conexión de catéteres y tubos* (65,4%), les siguen las medidas *medicamentos de aspecto o nombres parecidos* y *realización de procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto* con el 61,5% cada una, *comunicación*

durante el traspaso de pacientes (59,6%), control de las soluciones concentradas de electrolitos (51,9%) y la menos conocida es asegurar la precisión de medicación en las transiciones asistenciales con el 44,2%. (Ver anexo 4 Pág.76, gráfico 4)



Al medir esta variable en la población de auxiliares de enfermería se obtuvo que la medida más conocida fue correcta identificación de pacientes con el 73,0%, seguida por utilización de dispositivos de inyección por

única vez y mejorar la higiene de manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud con el 72,1% cada una, realización de procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto (62,2%), asegurar la precisión de medicación en las transiciones asistenciales (61,3%), comunicación durante el traspaso de pacientes (58,6%), evitar los errores de conexión de catéteres y tubos (55,9%), control de las soluciones concentradas de electrolitos (52,3%), siendo la medida que menos conocen medicamentos de aspecto o nombres parecidos con el 47,7%.(Ver anexo 4 Pág.89, gráfico 16)

A continuación se analizarán las nueve variables correspondientes a las soluciones que plantea la OMS para la seguridad del paciente.

#### *Medicamentos de aspecto o nombres parecidos*

La existencia de nombres confusos de medicamentos es una de las causas más comunes de error de medicación y es una preocupación actual. Muchos medicamentos tienen aspecto o nombres parecidos a otros medicamentos, contribuyendo con esta confusión la caligrafía ilegible, el conocimiento inadecuado del medicamento que se va a administrar (dosificación, dilución, uso clínico, entre otros), envases o etiquetas similares. Es el personal de enfermería quien se expone a diario a cometer errores en la medicación ya que es el encargado de preparar y administrar la misma.

Los datos recogidos revelan que de las medidas que plantea la OMS para evitar errores causados por medicamentos de aspecto o nombres parecidos, las que más aplican licenciadas/os e internos/as de enfermería son: *hacer énfasis en leer la etiqueta una o dos veces antes de administrar la medicación* (86,5%), *verificar el propósito del medicamento, el diagnóstico e indicación médica antes de administrarla* (76,9%), *incluir nombre genérico y comercial en la etiqueta de los medicamentos* (65,4%). La medida que menos se aplica con un 34,6% es *la supervisión del personal de enfermería en todos los pasos del proceso de administración de medicamentos*. (Ver anexo 4, Pág. 77 Gráfico 5)

#### *Identificación de pacientes*

La identificación incorrecta de los pacientes continúa dando como resultado errores de medicación, errores de transfusión, errores de prueba y procedimientos en la persona

incorrecta. La tendencia a limitar las horas de trabajo de los miembros de los equipos de salud conduce a que cada paciente sea tratado por un mayor número de miembros del equipo, aumentando por lo tanto las probabilidades de traspaso y de comunicación.

De las encuestas realizadas a licenciadas/os e internas/os se obtuvo que las medidas que mas aplican es la *verificación de la identificación de los pacientes* (92,3%), *capacitación al personal de enfermería durante el desarrollo profesional sobre procedimientos de control y verificación de la identidad del paciente* (48,1%), *implementación de protocolos para conservar la identidad de las muestras del paciente en todas las etapas* (46,2%). La medida que menos se aplica por esta población es la *utilización de dos identificadores* con el 25,0%. (ver anexo 4, Pág.78 Gráfico 6)

Medidas que aplican Lic e internas de enfermería para lograr una correcta identificación del paciente		FA	FR%
I	verificación de la identificación de los pacientes en la institución	48	92,3
II	utilización de dos identificadores	13	25,0
III	identificación de los pacientes en los distintos establecimientos dentro de la institución	23	44,2
IV	implementación de protocolos para usuarios que carezcan de identificación	15	28,8
V	participación de los pacientes en todas las etapas del proceso	15	28,8
VI	etiquetar los tubos para exámenes de laboratorio frente al paciente	22	42,3
VII	implementación de protocolos para conservar la identidad de las muestras del paciente en todas las etapas	24	46,2
VII I	se controla y revisa reiteradamente los datos del paciente en un sistema informático	22	42,3
IX	capacitación al personal de enfermería durante el desarrollo profesional sobre procedimientos de control y verificación de la identidad de un paciente	25	48,1
X	se educa a los pacientes sobre la importancia y relevancia de la correcta identificación	15	28,8

Con relación a los auxiliares de enfermería las medidas mas aplicadas son la *verificación de la identificación de pacientes* (91,9%), *identificación de pacientes en los distintos establecimientos dentro de la institución* (52,3%), *se etiquetan los tubos para los exámenes de laboratorio frente al paciente* (40,5%). La medida menos aplicada es *control y revisión reiterada de los datos del paciente en un sistema informático* (26,1%). (Ver anexo 4., Pág. 90 Gráfico 17)

### *Traspaso de pacientes*

En su estadía hospitalaria, un paciente es tratado por diferentes integrantes del equipo de salud y diferentes servicios de atención, a esto se adiciona los cambios de personal por turno, lo que supone un riesgo de seguridad para el paciente en cada intervalo.

La comunicación entre los diferentes profesionales de salud y servicios en el momento del traspaso podría no incluir toda la información esencial o podría provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado y un daño potencial para el paciente.

Los problemas que surgen en el momento del traspaso se originan en la forma en que están educados el equipo de salud, en la falta de buenos modelos de conducta y en un sistema de atención sanitaria que promueva la autonomía y el desempeño individual.

De los datos obtenidos de las encuestas realizadas a licenciadas se desprende que la medida mas aplicada es *el suministro de información referente al estado del paciente, medicamento, tratamiento y cualquier cambio relevante* con el 73,1%, la que le sigue es *la implementación de sistemas que al momento del alta hospitalaria el paciente y su siguiente prestador de atención obtengan la información clave referente al proceso salud enfermedad*

con el 57,7%, *comunicación entre organizaciones que estén prestando atención al mismo paciente en forma paralela* (55,8%). La medida menos aplicadas por licenciadas/os e internos de enfermería, es *el uso de un enfoque estandarizado que incluya el uso de la técnica SBAR*, con el 25,0%.(Ver anexo 4, Pág.79 Gráfico 7)

Con respecto a auxiliares de enfermería la medida más aplicada es *suministro de información referente al estado del paciente, medicamento, tratamiento y cualquier cambio relevante* (63,1%) y la menos aplicada con el 22,5% es *el uso de un enfoque estandarizado que incluya el uso de la técnica SBAR*. (ver anexo 4, Pág.91, Gráfico 18)

#### *Procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto*

Los errores que surgen de procedimientos incorrectos y/o lugar del cuerpo incorrecto son evitables ya que en gran parte son resultado de una mala comunicación y de información no disponible o incorrecta. Muchos de estos errores se deben probablemente a automatización por parte del personal (verificar sin pensar en la forma de encarar las rutinas).

De los datos obtenidos de licenciadas/os e internos en enfermería se destaca que la medida mas aplicada es *la priorización de la seguridad en la realización de la cirugía correcta en el lugar del cuerpo correcto* con el 67,3%, y la menos aplicada es *la realización de una instancia inmediatamente previa al comienzo del procedimiento donde se reúna todo el personal participante* (19,2%) (Ver anexo 4, Pág.80, Gráfico 8)

#### *Control de las soluciones concentradas de electrolitos*

Este tipo de soluciones concentradas son particularmente peligrosas, pueden llegar a ser mortales sino se preparan y administran debidamente. Requieren atención especial, experiencia adecuada, colaboración entre profesionales, proceso de verificación y protocolos que garanticen el uso seguro. El cloruro de potasio es considerado el medicamento más común involucrado en los errores de administración de electrolitos y es por eso que es un medicamento de alto riesgo considerado por distintos países.

De las encuestas realizadas a licenciadas/os e internas se obtuvo que la medida que mas se aplica en un 61,5 % es *la utilización de bombas de infusión para la administración de soluciones concentradas*, en segundo lugar con un 59,6% *realiza capacitación al personal de enfermería*, el 53,8% *prioriza la promoción de practicas seguras con cloruro de potasio y otras soluciones concentradas de electrolitos*. De las medidas sugeridas, la menos aplicada por esta población, es *la eliminación de las soluciones concentradas de electrolitos de todas las unidades de enfermería y almacenamiento en áreas de atención especializados* (25%). (Ver anexo 4, Pág.81 Gráfico 9)

<b>Medidas que aplican Lic e internas de enfermería para garantizar el uso seguro de las soluciones concentradas de electrolitos</b>		<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>I</b>	Se prioriza la promoción de prácticas seguras con cloruro de potasio y otras soluciones concentradas de electrolitos	28	53,8
<b>II</b>	Se trata al KCl como una sustancia controlada	19	36,5
<b>III</b>	Se elimina las soluciones concentradas de electrolitos de todas las unidades de enfermería y almacenamiento en área de atención especializada	13	25,0
<b>IV</b>	La preparación de estas soluciones es realizada por personal capacitado y calificado	19	36,5
<b>V</b>	Se etiqueta la solución preparada con CUIDADO- ALTO RIESGO	14	26,9
<b>VI</b>	Se utilizan BIC para la administración de soluciones concentradas	32	61,5
<b>VII</b>	Se capacita al personal de enfermería	31	59,6

Con relación al personal auxiliar de enfermería se obtuvo que la medida que más aplican en un 56,8% es la *utilización de bombas de infusión continua para la administración de soluciones concentradas* y el 45% *trata al cloruro de potasio como sustancia controlada*. (Ver anexo 4, Pág.92, Gráfico 19)

#### *Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales*

Los eventos adversos por causas de la medicación son unas de las principales causas de daños y muertes dentro de los sistemas de atención sanitarios.

De los datos recabados a Licenciadas/os e internos de Enfermería se obtuvo que las medidas: *comprobación de la lista de medicamentos habituales con los que se van indicando durante el proceso asistencial; actualización de la lista a medida que se emiten nuevas órdenes; y existencia de un proceso para que al momento del alta la lista de medicamentos del paciente esté actualizada*, son aplicadas cada una por el 71,2%. Por otro lado, el 69,2% de esta población aplica las siguientes medidas: *existencia de sistema estandarizado que reúna información de los medicamentos que toman cada paciente (fármaco, dosis, vía, hora), proporcionando la lista a los profesionales receptores en cada punto de la transición asistencial; y exhibición de dichas listas en el mismo lugar*. La medida menos aplicada con el 28,8% es la *capacitación continua sobre procedimientos de conciliación de medicamentos al personal de enfermería*. (Ver anexo 4, Pág.82, Gráfico 10)

#### *Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos*

Los tubos, los catéteres y las jeringas son un aspecto fundamental de la prestación diaria de atención sanitaria para la administración de medicamentos y líquidos a los pacientes. El diseño de estos dispositivos pueden permitir conectar inadvertidamente las jeringas y tubos equivocados, y luego administrar medicamentos o líquidos a través de una vía no deseada, y, por lo tanto, incorrecta. Esto se debe a los diversos dispositivos empleados para las distintas vías de conexión, que pueden conectarse entre sí. Otras causas contribuyentes incluyen, conectores Luer, usados en formas casi universales, en una variedad de aplicaciones para conectar dispositivos médicos; el uso rutinario de tubos y catéteres con fines que no son para los que fueron diseñados; el posicionamiento de tubos funcionalmente diferentes utilizados en la atención del paciente, una cerca de otra; traslado del paciente de un entorno o servicio a otro; cansancio del personal asociado con trabajos en turnos consecutivos. Las conexiones incorrectas pueden tener como resultado errores de medicación por vías equivocadas y graves lesiones o la muerte del paciente, cabe destacar que dichos errores son evitables y a menudo pueden impedirse.

Los datos obtenidos de las encuestas a Licenciada/os e Internos de Enfermería revelan que un 76,9% de la población estudiada aplica la medida *educar a los pacientes y familiares que no deben conectar ni desconectar los dispositivos*, le sigue con un 71,5% la *rotulación de los catéteres de alto riesgo*; la medida que se lleva a cabo con menor porcentaje es la *prohibición del uso de jeringas de conexión Luer estándar para la administración de medicamentos orales o alimentos por sondas* (25%).(ver anexo 4, Pág.83, Gráfico 11)

En el caso de Auxiliares de Enfermería la medida que mas aplican es *educación a los pacientes y familiares a no conectar o desconectar los dispositivos* con un 77,5%, le sigue con un 63,1% *la rotulación de los catéteres de alto riesgo*; la menos aplicada al igual que en el caso de la/os Licenciadas e internos de enfermería es *la prohibición del uso de jeringas de conexión Luer estándar para la administración de medicamentos orales o alimentos por sondas* (22,5%).(Ver anexo 4, Pág.93 Gráfico 20)

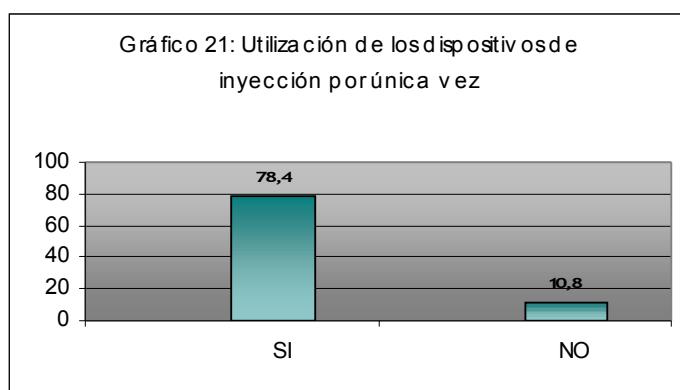
Medidas que aplican Auxiliares de enfermería para evitar errores de conexión de catéteres y tubos		FA	FR%
I	Se educa a los pacientes y familiares que no deben conectar o desconectar dispositivos	86	77,5
II	Se etiquetan los catéteres de alto riesgo	70	63,1
III	Se trazan líneas desde su origen hacia el puerto de conexión antes de hacer cualquier conexión o comunicación de traspaso	35	31,5
IV	Se prohíbe el uso de jeringas de conexión Luer para la administración de medicamentos orales o alimentos por sonda	25	22,5

### Utilización por única vez de los dispositivos de inyección

Una de las mayores preocupaciones, es la propagación del virus V.I.H, V.H.B y V.H.C. , debido a la reutilización de los dispositivos de inyección. Una inyección segura no debe provocar daño al paciente, exponer al trabajador de la atención sanitaria a ningún riesgo evitable, ni acabar como desechos peligrosos para la comunidad.

Los datos recogidos revelan que de las medidas que plantea la OMS para asegurar la utilización por única vez de los dispositivos de inyección, las más aplicadas por licenciadas/os e internos, la *utilización de los dispositivos de inyección por única vez* (92,3%) y la *implementación e identificación de un manejo seguro de desechos que cubran las necesidades de la Institución* (86,5%). La medida menos aplicada es la *promoción de prácticas seguras sobre este tema como una actividad planificada y presupuestada* con el 36,5%. (Ver anexo 4, Pág.84, Gráfico 12)

En relación con la/os Auxiliares de Enfermería se destaca que el 78,4% *utilizan los dispositivos de inyección por única vez*. (Ver anexo 4, Pág.94, Gráfico 21)



### Mejorar la higiene de manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de Salud.

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria ocurren y afectan a países desarrollados como países en vías de desarrollo. Existe evidencia importante de que la antisepsia de manos disminuye la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria. La higiene de manos es , por lo tanto, una acción fundamental para garantizar la seguridad del paciente , que debe tener lugar en forma oportuna y efectiva en el proceso de atención.

De las encuestas dirigidas a Licenciadas/os e Internos se obtuvo que las medidas mayormente aplicadas son: *lavado de manos después de entrar en contacto con líquidos, secreciones corporales, mucosas, piel no intacta o bandeja de curaciones* (96,2%); *no reutilización de guantes* (94,2%), *no utilización del mismo par de guantes para atender a más de un paciente* (94,2%), *lavado de manos después de retirarse los guantes* (94,2%), *lavado de manos antes de manipular dispositivos invasivos* (94,2%). La medida que menos se lleva a cabo es la *no utilización de preparación alcohólica una vez utilizado jabón antimicrobiano* en un 40,4%. Cabe resaltar, como se visualiza en el gráfico (ver anexo 4, Pág.86, Gráfico 13) que la mayoría de las medidas son aplicadas por más del 60% de la población.

En lo que respecta a Auxiliares de Enfermería las medidas mayormente aplicadas son: *retirado de guantes tras haber asistido a un paciente* (99,1%); *lavado de manos después de entrar en contacto con líquidos, secreciones corporales, mucosas, piel no intacta o bandeja*

*de curaciones (95,5%); lavado de manos después de retirarse los guantes (94,6%). La medida que menos se lleva a cabo es la no utilización de preparación alcohólica una vez utilizado jabón antimicrobiano en un 43,2%. Al igual que la población anterior cabe destacar que la mayoría de las medidas son aplicadas por más del 60% de Auxiliares de Enfermería. (Ver anexo 4, Pág.96, Gráfico 22)*

# CONCLUSIONES

---

El presente trabajo de investigación nos permitió identificar el conocimiento que tiene el personal de enfermería con respecto a las recomendaciones planteadas por las OMS para la seguridad del paciente y a su vez nos permitió determinar en que medidas son aplicadas estas recomendaciones.

Identificamos que la población estudiada refiere conocer que la Organización Mundial de la Salud plantea diversas soluciones para mejorar la seguridad del paciente (la mayoría de estas es conocida por más del 50% de la población)

Uno de los principales resultados que arrojó este trabajo fue que el personal de enfermería no aplica la totalidad de las medidas que plantea la OMS para darle solución a cada uno de los problemas de seguridad para el paciente. Sin embargo al discriminar individualmente la aplicación de cada medida, los resultados reflejan que algunas tienen una aplicación notoria.

Las medidas que más se aplican en ambas poblaciones son aquellas referentes a la higiene de manos (mayor al 50% de la población) y las menos aplicadas con un porcentaje menor o igual al 25% son la *prohibición del uso de jeringas de conexión Luer para la administración de medicamentos orales o alimentos por sonda*, la *presencia de un enfoque estandarizado al brindar información en el traspaso del paciente*, la *eliminación de las soluciones concentradas de electrolitos de todas las unidades de enfermería y almacenamiento en área de atención especializada*, y la *utilización de dos identificadores* al momento de identificar al paciente.

Consideramos de esta manera haber alcanzado los objetivos propuestos en este trabajo.

Entendemos que las soluciones planteadas por la OMS son fácilmente aplicables, ya que no requieren de grandes gastos, ni de acciones complejas, sino que se trata de lograr un cambio de conductas y una concientización sobre el tema por parte del equipo de enfermería.

A partir de esta reflexión, surgen nuevos interrogantes: ¿Porque no se están cumpliendo estas medidas?, ¿Donde se encuentran estas fallas?, ¿Que rol deberá cumplir la Licenciada de enfermería para dar solución a estos problemas?, Consideramos que este estudio abre puertas a nuevas investigaciones. Estudios que resultarían enriquecedores dado que la investigación encaminada a promover la seguridad del paciente está aún en sus comienzos.

Se quiere mencionar que el presente trabajo fue enriquecedor debido a que nos aportó conocimientos sobre el tema estudiado, y nos permitió adentrarnos en la elaboración de una investigación científica.

Aún queda mucho por trabajar en materia de seguridad del paciente, y queremos hacer énfasis en que este tema debe ser una responsabilidad profesional implícita en el acto del cuidado. Se debe preparar enfermeros que tengan una visión de su profesión como disciplina científica, que se preocupen por el bien fundamental de los pacientes y que sean capaces de brindar cuidados oportunos, con calidad y libres de riesgo



## Sugerencias

A continuación presentamos algunas sugerencias que podrían ser aplicadas para darle solución a algunos de estos problemas.

### Identificación de pacientes

- Estandarizar los enfoques para la identificación del paciente entre los distintos establecimientos dentro de un sistema de atención sanitaria (uso de bandas de identificación con información específica por ej. nombre y n° de registro).
- Desarrollar un protocolo organizativo para identificar pacientes sin identificación o con el mismo nombre.

### Comunicación durante el traspaso de pacientes:

- Implementar una planilla de enfermería que contenga de forma resumida un plan de cuidados diarios, de manera que se continúe en todos los turnos y en diferentes servicios y sectores en los que se asisten.
- Implementar tiempo suficiente para que se realice el pase de guardia entre el personal de enfermería, ej: interponer los turnos durante 30 minutos (estimulando al personal con incentivos económicos, beneficios, etc)
- Al alta proporcionar al paciente y al siguiente prestador de atención la información sobre diagnósticos, planes de tratamiento, medicamentos y resultados de pruebas a través del resumen de alta de enfermería.

### Errores de conexión de catéteres y tubos

- Prohibir el uso de llaves de tres vías en terminaciones de sondas de alimentación.
- Incluir el etiquetado específico de los puertos de los dispositivos
- El uso exclusivo de: vasitos para la administración de medicación vía oral, jeringas Toomey para vía enteral y limitar las jeringas Luer para administración de medicación parenteral.

### Control de soluciones concentradas de electrolitos

- Llevar un control de las soluciones concentradas de electrolitos a través de una planilla de control de sueros a la cual tenga acceso todo el equipo de enfermería: consta de una tabla en la cual se colocan los datos del paciente y la medicación a administrar, logrando de esta manera que la medicación sea administrada al paciente correcto, en tiempo indicado y en forma correcta (ver anexo 11, Pág. 109).
- Incluir en la institución un programa de capacitación continua dirigido al personal de enfermería que incluya el tema seguridad del paciente y que aborde de manera individual cada una de las soluciones que plantea la Organización Mundial de la Salud, ya que consideramos que el mayor déficit se encuentra en falta de formación al personal sobre el tema seguridad

# BIBLIOGRAFÍA

---

Bernabé Escobar P, Lobo López M, Sala Turrens J. Calidad asistencial, seguridad del paciente e ineficiencia: estudio de campo en un hospital de primer nivel. Revista del Instituto Internacional de Costos. [Internet]. julio/diciembre 2009; 5. ISSN 1646-6896. Disponible en: [http://www.revistaic.org/articulos/num5/articulo12\\_esp.pdf](http://www.revistaic.org/articulos/num5/articulo12_esp.pdf) [consulta el 23 junio 2010]

Uruguay. Universidad de la República, Facultad de Enfermería;. Plan de estudio'93 Montevideo: Fenf; 1993.

Fondo Nacional de Recursos. Seguridad del paciente. Montevideo: FNR; 2007. [Internet] Disponible en: <http://www.fnr.gub.uy/seguridad-del-paciente-1>. [consulta el 16 mayo 2010]

León Román C. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado, Revista cubana de Enfermería .2006: 22(3) [Internet] Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22\\_3\\_06/enf07306.html](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf07306.html) [consulta el 23 junio 2010]

López Valencia, Ríos Villegas, Vélez Escobar. Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención. . Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez, Medellín, 2008. [Internet] Disponible en: <http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/433/1/SeguridadPacientePrestacionServicios.pdf> [consulta el 2 mayo 2010]

Organización Mundial de la Salud. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Washington: OMS; Mayo de 2007. [Internet] Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>.

Organización Mundial de la Salud Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Enero 2009. [Internet] Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)

Organización Mundial de la Salud. La investigación en seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. Febrero 2008. [Internet] Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf)

Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre seguridad del paciente. [Internet] Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/patient\\_safety\\_facts/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/es/index.html)

Organización Mundial de la Salud. La OMS presenta la iniciativa mundial en pro de la seguridad del paciente y publica unas directrices sobre higiene de las manos en la atención sanitaria . 13 de octubre 2005. [Internet] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr50/es/>. [Acceso el 13 de octubre 2010]

Organización Mundial de la Salud. Investigación sobre seguridad del paciente en América Central y Sudamérica . [Internet] Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/research/central\\_south\\_america/es/index.html](http://www.who.int/patientsafety/research/central_south_america/es/index.html). [Acceso el 5 de mayo 2010]

Páez Armenteros J. La seguridad del paciente: una estrategia para los cuidados de Enfermería. Rev Cubana Enfermería [Internet] ene.-mar. 2010; 26 (1) Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192010000100002&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192010000100002&script=sci_arttext) [consulta mayo 2010]

Uruguay. Sindicato Médico Uruguayo. Turnes A. La seguridad del paciente. Montevideo; 2007.[Internet] Disponible en:  
[http://www.smu.org.uy/dpmc/pracmed/sepa/seguridad\\_paciente.htm](http://www.smu.org.uy/dpmc/pracmed/sepa/seguridad_paciente.htm). [Acceso el 16 de mayo 2010]

# ANEXOS

---

---

## Anexo 1: Soluciones inaugurales para la seguridad del paciente: Organización Mundial de la Salud.

---

- Medicamentos de aspecto o nombre parecidos
- Identificación de pacientes
- Comunicación durante el traspaso de pacientes
- Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
- Control de las soluciones concentradas de electrolitos
- Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
- Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
- Usar una sola vez los dispositivos de inyección
- Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención a la salud

### **1-DECLARACIÓN DEL PROBLEMA E IMPACTO:**

La existencia de nombres confusos de medicamentos es una de las causas más comunes de error de medicación y es una preocupación en todo el mundo. Con decenas de miles de medicamentos actualmente en el mercado, el potencial de error por causa de nombres confusos de los medicamentos es importante. Esto incluye denominaciones comunes y especiales (marcas registradas o nombres comerciales). Muchos medicamentos tienen aspecto o nombre parecidos a otros medicamentos. Contribuyen con esta confusión la caligrafía ilegible, el conocimiento incompleto de los nombres de los medicamentos, los productos nuevos en el mercado, los envases o etiquetas similares, el uso clínico similar, las concentraciones similares, las formas de dosificación, la frecuencia de administración, la falta de reconocimiento por parte de fabricantes y organismos de reglamentación del potencial de error y la falta de realización de rigurosas evaluaciones de riesgo, tanto en caso de las denominaciones comunes como de las marcas registradas, previo a la aprobación de los nombres para los productos nuevos.

En 2004, sólo en los Estados Unidos de América, se dio parte de más de 33 000 denominaciones de medicamentos de marca registrada y 8000 denominaciones comunes, y en el mercado canadiense se dio parte de un estimado de 24 000 productos médicos terapéuticos. El Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) publicó un listado de ocho páginas con pares de nombres de medicamentos que efectivamente se ven involucrados en errores de medicación (6). Existen muchas otras combinaciones que tienen aspectos o nombres parecidos (LASA) que podrían tener como resultado errores de medicación. La Tabla I incluye ejemplos de pares de nombres que han sido confundidos en varios países de todo el mundo.

### **MEDIDAS SUGERIDAS:**

Las siguientes estrategias deberán ser tenidas en cuenta por los estados miembros de la OMS.

Garantizar que las organizaciones de atención sanitaria identifiquen y administren activamente los riesgos asociados con los medicamentos de aspecto o nombre parecidos mediante:

1. La revisión anual de este tipo de medicamentos en su organización.
2. La implementación de protocolos clínicos que:
  - Minimicen el uso de órdenes orales y telefónicas.
  - Hagan énfasis en la necesidad de leer atentamente la etiqueta cada vez que se tiene acceso a un medicamento, y otra vez antes de su administración, en vez de confiar en el reconocimiento visual, la ubicación u otras pautas menos específicas.
  - Hagan énfasis en la necesidad de verificar el propósito del medicamento en la receta u orden, y, antes de administrarlo, verificar que haya un diagnóstico activo que coincida con el propósito o la indicación.
  - Incluyan tanto la designación común como la marca del medicamento en las órdenes y etiquetas de los medicamentos, con la designación común cerca de la marca, y con letras más grandes.
3. La elaboración de estrategias para evitar la confusión o interpretación incorrecta causada por recetas u órdenes de medicamentos ilegibles, incluyendo las que:
  - Requieren la impresión de los nombres y las dosis del medicamento.
  - Hacen énfasis en las diferencias en el nombre del medicamento utilizando métodos tales como la mezcla de mayúsculas y minúsculas.
4. El almacenamiento de los medicamentos problemáticos en sitios separados o en orden no alfabético, como por ejemplo por número de cubo, en estantes o en dispositivos de dispensación automática.
5. La utilización de técnicas tales como negrita y colores diferentes para reducir la confusión asociada con el uso de nombres LASA en etiquetas, cubos de almacenamiento y estantes, pantallas de computadora, dispositivos de dispensación automática y registros de administración de medicamentos.
6. La elaboración de estrategias para involucrar a pacientes y cuidadores en la reducción de riesgos a través de:
  - Entregar a pacientes y cuidadores información escrita sobre los medicamentos, incluidas las indicaciones del medicamento, la denominación común y la marca, y los posibles efectos secundarios del medicamento.
  - Elaborar estrategias para incluir a los pacientes con trastornos de visión, diferencia de idiomas y conocimientos limitados de la atención sanitaria.
  - Prever la revisión de los medicamentos dispensados por parte del farmacéutico, junto al paciente, para confirmar las indicaciones y la apariencia esperada, en especial al dispensar un medicamento que se sabe que tiene un nombre problemático.
7. La garantía de cumplimiento de todos los pasos del proceso de administración de medicamentos por parte de personas calificadas y competentes.

Incorporar educación sobre medicamentos con el potencial de tener aspecto o nombre parecidos en el plan de estudios, orientación y desarrollo profesional permanente para los profesionales de atención sanitaria.

Garantizar que las organizaciones responsables de la adquisición de medicamentos:

- Incorporen las consideraciones respecto a este tipo de medicamentos a tener en cuenta y las pruebas del usuario en el proceso de adquisición del producto nuevo.
- Tengan presente que una única marca podría estar asociada con distintos medicamentos en distintos países.

Defender el aumento del énfasis sobre la seguridad del paciente al nombrar medicamentos, y eliminación de nombres o aspectos parecidos a través de la participación en juntas de reglamentación, de estándares y asesoras, tanto nacionales como internacionales.

Colaborar con agencias e industrias internacionales para implementar:

- Una convención universal de denominación de medicamentos.
- Una evaluación de los nombres de medicamentos existentes por posibles confusiones con el nombre de un medicamento nuevo, previo a la aprobación de éste último.
- La estandarización de sufijos (por ej., medicamentos de liberación prolongada).

Estrategias para concentrar esfuerzos en los medicamentos recientemente presentados.

## ***2-DECLARACIÓN DEL PROBLEMA E IMPACTO:***

En toda la industria de la atención sanitaria, la identificación incorrecta de los pacientes continúa dando como resultado errores de medicación, errores de transfusión, errores de prueba, procedimientos en la persona incorrecta y alta de bebés que se entregan a las familias equivocadas. Entre noviembre de 2003 y julio de 2005, la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente del Reino Unido denunció 236 incidentes y casi pérdidas relacionadas con la pérdida de pulseras o pulseras con información incorrecta. La identificación incorrecta de los pacientes fue mencionada en más de 100 análisis de causas fundamentales individuales realizados por el Centro Nacional para la Seguridad del Paciente del Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos, desde enero de 2000 hasta marzo de 2003. Afortunadamente, las intervenciones y estrategias disponibles pueden disminuir significativamente el riesgo de la identificación incorrecta de los pacientes.

## **MEDIDAS SUGERIDAS:**

- Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria cuenten con sistemas implementados que:
  - a)- Hagan énfasis en la responsabilidad principal de los trabajadores de la atención sanitaria de verificar la identidad de los pacientes y hacer coincidir los pacientes correctos con la atención correcta (por ej., resultados de análisis de laboratorio, muestras, procedimientos) antes de administrar la atención.
  - b)- Fomenten el uso de al menos dos identificadores (por ej. nombre y fecha de nacimiento) para verificar la identidad de un paciente en el momento de la admisión o de la transferencia a otro hospital o entorno de atención y previo a la administración de la atención. Ninguno de estos identificadores debería ser el número de habitación del paciente.
  - c)- Estandaricen los enfoques para la identificación del paciente entre los distintos establecimientos dentro de un sistema de atención sanitaria. Por ejemplo, el uso de bandas de identificación blancas sobre las que se pueda escribir un patrón o marcador estándar e información específica (por ej. nombre y fecha de nacimiento), o la implementación de tecnologías biométricas.

d)- Proporcionen protocolos claros para identificar pacientes que carezcan de identificación y para distinguir la identidad de los pacientes con el mismo nombre. Deben desarrollarse y utilizarse enfoques no orales para identificar pacientes comatosos o confundidos.

e)-Fomenten la participación de los pacientes en todas las etapas del proceso.

f)-Fomenten el etiquetado de los recipientes utilizados para la sangre y demás muestras en presencia del paciente.

g)-Proporcionen protocolos claros para conservar la identidad de las muestras del paciente durante los procesos preanalíticos, analíticos y posanalíticos.

h)-Proporcionen protocolos claros para el cuestionamiento de los resultados de análisis de laboratorio u otros hallazgos de los análisis cuando no coincidan con la historia clínica del paciente.

i)-Prevean controles y revisiones reiterados a fin de evitar la multiplicación automática de un error en el ingreso de datos a la computadora.

- Incorporar una capacitación sobre procedimientos de control y verificación de la identidad de un paciente dentro de la orientación y el desarrollo profesional permanente de los trabajadores de la atención sanitaria.

Educar a los pacientes sobre la importancia y la relevancia de la correcta identificación de los pacientes, de una manera positiva que también respete su interés por la privacidad.

### **3-DECLARACIÓN DEL PROBLEMA E IMPACTO:**

Durante un episodio de enfermedad o un período de atención, un paciente podría, potencialmente, ser tratado por una serie de facultativos médicos y especialistas en múltiples entornos, incluyendo atención primaria, atención ambulatoria especializada, atención de emergencia, atención quirúrgica, cuidados intensivos y rehabilitación.

En forma adicional, los pacientes se moverán a menudo entre áreas de diagnóstico, tratamiento y atención en forma regular, y podrán encontrarse con tres turnos de personal por día, suponiendo esto un riesgo de seguridad para el paciente en cada intervalo.

La comunicación entre las unidades y entre los equipos de atención en el momento del traspaso podría no incluir toda la información esencial, o podría darse la interpretación incorrecta de la información.

Estas brechas en la comunicación pueden provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado y un daño potencial para el paciente.

La interrupción de la comunicación fue la causa principal de los eventos centinela denunciados ante la Comisión Conjunta en los Estados Unidos de América entre 1995 y 2006 (1) y el factor causal más común de reclamos surgidos de transferencias ante las agencias de seguros por mala praxis en EE.UU. (2). De los 25 000 a 30 000 eventos adversos evitables que condujeron a una discapacidad en Australia, el 11% se debió a problemas de comunicación, en contraste con el 6% debido a niveles de competencia inadecuados de los facultativos (3).

La comunicación en el momento del traspaso está relacionada con el proceso de pasar la información específica de un paciente de un prestador de atención a otro y de un equipo de prestadores al siguiente, o de los prestadores de atención al paciente y su familia a efectos de asegurar la continuidad y la seguridad de la atención del paciente (4). La comunicación en



el momento del traspaso también está relacionada con la transferencia de información de un tipo de organización de atención sanitaria a otra, o de la organización al hogar del paciente. La información que se comparte por lo general consiste en el estado actual del paciente, cambios recientes en su estado, tratamiento en curso y posibles cambios o complicaciones que pudieran ocurrir. Los traspasos de atención del paciente tienen lugar en muchos entornos dentro de la totalidad de la atención, incluyendo de admisión a atención primaria, desde el médico que se retira al médico que lo cubrirá, el informe de cambio de turno de enfermería, el informe de enfermería sobre la transferencia de un paciente entre unidades o establecimientos, los informes de anestesiología al personal de la sala de recuperación después de una anestesia, la comunicación entre el departamento de emergencia y el personal del establecimiento que recibirá al paciente transferido, y el alta del paciente para su retorno al hogar o su traslado a otro establecimiento.

### **MEDIDAS SUGERIDAS:**

Las siguientes estrategias deberán ser tenidas en cuenta por los estados miembros de la OMS.

- Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria implementen un enfoque estandarizado para la comunicación entre el personal en el momento del traspaso, los cambios de turno y entre distintas unidades de atención al paciente en el transcurso de la transferencia de un paciente. Entre los elementos sugeridos para este enfoque se incluyen:
  - El uso de la técnica SBAR (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación).
  - La asignación del tiempo suficiente para comunicar la información importante y para que el personal formule y responda preguntas sin interrupciones, siempre que sea posible (en el proceso de traspaso deberían incluirse pasos de repetición y relectura).
  - El suministro de información referente al estado del paciente, sus medicamentos, sus planes de tratamiento, sus directivas anticipadas y cualquier cambio relevante en su estado.
  - La limitación del intercambio de información a lo que es necesario para prestar una atención segura al paciente.
  - Asegurarse de que las organizaciones de atención sanitaria implementen sistemas que garanticen, en el momento del alta hospitalaria, que el paciente y su siguiente prestador de atención sanitaria obtengan la información clave referente a los diagnósticos al alta, los planes de tratamiento, los medicamentos y los resultados de las pruebas.
  - Incorporar capacitación sobre comunicación en el momento del traspaso en el plan de estudios y desarrollo profesional permanente para los profesionales de la atención sanitaria.
  - Fomentar la comunicación entre organizaciones que estén prestando atención al mismo paciente en forma paralela (por ejemplo, prestadores tradicionales y no tradicionales).

### **4-DECLARACIÓN DEL PROBLEMA E IMPACTO:**

Los procedimientos en sitios incorrectos (que incluyen el lado equivocado, el órgano equivocado, el lugar equivocado, el implante equivocado y la persona equivocada) si bien son poco frecuentes, no son un evento "raro", tal como deja en evidencia el constante aumento en la cantidad de casos denunciados. Por ejemplo, en los Estados Unidos de América, se

denunciaron 88 casos ante la Comisión Conjunta en 2005, y varios otros cuerpos informativos también supieron de varios casos por año.

Considerados incidencias evitables, estos casos son en gran parte el resultado de una mala comunicación y de información no disponible o incorrecta. Los análisis detallados de estos casos indican que uno de los principales factores que contribuyen al error es la falta de un proceso preoperatorio estandarizado, y probablemente un grado de automatización del personal (verificar sin pensar) en la forma de encarar las rutinas de verificación preoperatorias.

En la década del 80, la Academia Americana de Ortopedia y la Asociación Canadiense de Ortopedia identificaron los sitios quirúrgicos incorrectos como un problema e introdujeron programas para marcar el sitio quirúrgico como medida preventiva. Desde que la Comisión Conjunta comenzó a revisar los eventos centinela y sus análisis de causas fundamentales en los Estados Unidos, hace más de una década, el sitio quirúrgico incorrecto se ha convertido en la categoría de eventos centinela denunciada con más frecuencia.

Se han publicado dos boletines informativos sobre alertas de eventos centinela sobre este tema, uno en 1998 y otro en 2001.

En 2003, los Objetivos nacionales para la seguridad del paciente de la Comisión Conjunta se ocuparon de este tema con tres requisitos específicos. Sin embargo, en vista de las constantes denuncias de cirugías en sitios incorrectos, procedimientos equivocados y cirugías a personas equivocadas (4,5), la Comisión Conjunta organizó una Cumbre sobre Cirugías en Sitios Incorrectos, en colaboración con más de otros 30 grupos profesionales en los Estados Unidos de América. La Comisión Conjunta procuró obtener un amplio consenso sobre la validez y el carácter evitable del problema, los principios fundamentales mediante los cuales se podría lograr la prevención, y recomendaciones específicas, todo lo cual ahora forma un "Protocolo Universal" para la prevención de cirugías en sitios incorrectos; esto incluye todos los procedimientos llevados a cabo en todos los tipos de área de procedimiento.

Desde entonces, más de 50 asociaciones y organizaciones de profesionales han adherido al Protocolo Universal. Un período de comentario público generó más de 3000 respuestas de cirujanos, enfermeros y demás profesionales de la atención sanitaria, en abrumante respaldo del Protocolo Universal. Para enfatizar aún más la importancia de la prevención, la Asociación de Enfermeros Perioperatorios Registrados patrocinó un Día Nacional de Descanso. En el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA) y el Real Colegio de Cirujanos produjeron una alerta similar para la seguridad del paciente sobre el sitio quirúrgico correcto, que fue adherida por 6 organizaciones de facultativos médicos y un foro de atención sanitaria.

## **MEDIDAS SUGERIDAS:**

Las siguientes estrategias deberán ser tenidas en cuenta por los estados miembros de la OMS.

- 1- Establecer la realización de la cirugía correcta en el lugar del cuerpo correcto como una prioridad de seguridad en los establecimientos de atención sanitaria, que requiere liderazgo y la participación activa de todos los facultativos de primera línea y demás trabajadores de la atención sanitaria.
- 2- Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria cuenten con protocolos implementados que:
  - Prevean la verificación, en la etapa previa al procedimiento, del paciente, el procedimiento y el sitio deseado, y, si correspondiera, de cualquier implante o prótesis.

- Exijan a la persona que realice el procedimiento que marque inequívocamente el sitio de la operación, con participación del paciente, a fin de identificar correctamente el lugar donde se desea hacer la incisión o la inserción.
- Exijan la realización de una instancia inmediatamente previa al comienzo del procedimiento<sup>1</sup>, donde se reúna todo el personal participante (y el anestesiista relacionado).
- La instancia previa es para establecer un acuerdo sobre el posicionamiento del paciente en la mesa de operaciones, el procedimiento, el lugar y, según corresponda, cualquier implante o prótesis.

Una “instancia previa” es un período específico en el que no se desarrolla ninguna actividad clínica. Durante este tiempo, todos los miembros del equipo verifican, en forma independiente, la acción clínica inminente.

### **5-DECLARACIÓN DEL PROBLEMA E IMPACTO:**

El cloruro de potasio concentrado ha sido identificado como un medicamento de alto riesgo por organizaciones de Australia, Canadá y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (RU).

En los Estados Unidos de América, se denunciaron diez muertes de pacientes por administración incorrecta de solución de cloruro de potasio (KCl) concentrado ante la Comisión Conjunta en tan sólo los dos primeros años de su programa de denuncia de eventos centinela: 1996–1997. En Canadá, ocurrieron 23 incidentes relacionados con la administración incorrecta de KCl entre 1993 y 1996.

También existen denuncias de muerte accidental por administración involuntaria de solución salina concentrada.

Si bien todos los medicamentos, productos biológicos, vacunas y medios de contraste tienen un perfil de riesgo definido, las soluciones concentradas de electrólitos para inyecciones son particularmente peligrosas. Las denuncias de muertes y lesiones o discapacidades graves relacionadas con la administración inadecuada de estos medicamentos han sido continuas y dramáticas. La mayoría de las veces no es clínicamente posible revertir los efectos de los electrólitos concentrados cuando no se administran debidamente (por ej., no se diluyen correctamente, se confunden con otro medicamento, etc.) y, por lo tanto, la muerte del paciente es, por lo general, el resultado observado. En resumen, estos agentes son mortales cuando no se preparan y administran debidamente.

Es particularmente fundamental la planificación de la disponibilidad, el acceso, el recetado, la orden, la preparación, la distribución, el etiquetado, la verificación, la administración y el control de estos agentes, de modo tal que se puedan evitar y, es de esperar, eliminar los posibles eventos adversos. La estandarización de la dosis, de las unidades de medida y de la terminología son elementos fundamentales para el uso seguro de las soluciones concentradas de electrólitos.

Es más, debe evitarse la mezcla de soluciones concentradas de electrólitos específicas (por ej., confundir el cloruro de sodio con el cloruro de potasio). Estos esfuerzos requieren atención especial, experiencia adecuada, colaboración entre profesionales, procesos de verificación y varias funciones obligatorias que garanticen el uso seguro.

## **MEDIDAS SUGERIDAS:**

Las siguientes estrategias deberán ser tenidas en cuenta por los estados miembros de la OMS.

- Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria cuenten con sistemas y procesos implementados en los que:
  - a) La promoción de prácticas seguras con cloruro de potasio y otras soluciones concentradas de electrólitos sea una prioridad, y donde la evaluación de riesgos efectiva de la organización se ocupe de estas soluciones.
  - b) El cloruro de potasio se trate como una sustancia controlada, incluyendo los requisitos que restringen la orden y establecen los requisitos de almacenamiento y documentación.
  - c) Lo ideal es lograr la eliminación de las soluciones concentradas de electrólitos de todas las unidades de enfermería, y que esas soluciones se almacenen únicamente en áreas especializadas de preparación farmacéutica o bajo llave. Los viales de potasio, si se guardaran en un área de atención especializada a pacientes, deben estar etiquetados en forma individual con una etiqueta fosforescente visible a modo de advertencia, que diga DEBE SER DILUIDO.
  - d) Cuando no haya un farmacéutico o un área de preparación farmacéutica disponible para almacenar y preparar estas soluciones, únicamente una persona capacitada y calificada (médico, enfermero, técnico farmacéutico) preparará las soluciones.
  - e) Luego de la preparación de la solución tenga lugar una verificación independiente de la solución de electrólitos por parte de una segunda persona capacitada y calificada. La organización debe establecer una lista de verificación para ser usada en la verificación independiente. Los puntos de la lista de verificación deben incluir cálculos de concentración, velocidades de la bomba de infusión y las conexiones adecuadas de la vía.
  - f) Se colocará una etiqueta que diga CUIDADO – ALTO RIESGO a la solución preparada antes de su administración.
  - g) Se utilice una bomba de infusión para administrar soluciones concentradas. Si no hubiera una bomba de infusión disponible, podrá tenerse en cuenta el uso de otros dispositivos de infusión, como un equipo buretrol para administración (una sonda con un receptáculo en línea que limita el volumen que fluirá hacia el paciente), pero las infusiones de soluciones concentradas deberán controlarse a menudo.
  - h) Una infraestructura de seguridad organizativa respalde la capacitación de personas calificadas mediante normas, procedimientos, mejores prácticas y renovaciones anuales de certificaciones.

Las órdenes del médico incluyan la velocidad de infusión de estas soluciones.

## **6-DECLARACIÓN DEL PROBLEMA E IMPACTO:**

Los errores son comunes en el proceso de obtención, receta, entrega, administración y control de medicamentos, pero ocurren con más frecuencia durante las instancias de receta y administración.

El impacto es relevante, ya que los errores de medicación producen daños a un estimado de 1 millón y medio de personas y matan a varios miles por año en los Estados Unidos de América (EE.UU.), lo cual representa un costo para el país de al menos 3500 millones de

dólares por año. Otros países industrializados alrededor del mundo también descubrieron que los eventos adversos por causa de la medicación son una de las principales causas de daños y muerte dentro de sus sistemas de atención sanitaria.

En algunos países, hasta el 67% de las historias de medicación recetada de los pacientes tiene uno o más errores, y hasta un 46% de esos errores de medicación tiene lugar cuando se emiten nuevas órdenes para el paciente, tanto en el momento de la admisión como en el momento del alta. La conciliación de la medicación es un proceso diseñado para prevenir errores de medicación en los puntos de transición del paciente. Incluye:

- La creación de una lista lo más completa y exacta posible, o la “mejor historia de medicación posible” (BPMH, por sus siglas en inglés) de todos los medicamentos que el paciente esté tomando actualmente, también denominada lista de medicamentos “en el domicilio”.
- La comparación de la lista contra la admisión, transferencia y/o órdenes de alta cuando se escriben órdenes de medicamentos; la identificación de toda discrepancia, llamando la atención sobre la misma del facultativo médico que receta y, si fuera adecuado, la realización de cambios en las órdenes a la vez que se asegura la documentación de esos cambios.
- La actualización de la lista al redactar nuevas órdenes, a fin de que refleje todos los medicamentos que actualmente toma el paciente.
- La comunicación de la lista al siguiente prestador de atención, siempre que el paciente sea transferido o dado de alta, y la entrega de la lista al paciente en el momento del alta.

Lograr que el paciente y su familia participen en forma efectiva en la conciliación de los medicamentos es una estrategia clave para apuntar y evitar los errores de receta y de administración, reduciendo por lo tanto el daño al paciente. Por ejemplo, una vez implementado un programa de conciliación de medicamentos centrado en el paciente, tres hospitales en Massachussets, EE.UU., experimentaron una reducción promedio de los errores relacionados con la medicación del 85% durante un período de 10 meses. Cientos de equipos de prestadores de atención sanitaria están difundiendo y respaldando la implementación de esta estrategia mediante su participación en las campañas 100K Lives, en EE.UU. (5) y Safer Healthcare Now!, en Canadá.

## **MEDIDAS SUGERIDAS**

Las siguientes estrategias deberán ser tenidas en cuenta por los estados miembros de la OMS.

- Asegurarse de que las organizaciones de atención sanitaria implementen sistemas estandarizados para reunir y documentar información sobre todos los medicamentos que actualmente toma cada paciente y proporcionar la lista de medicamentos resultante al o a los profesionales receptores en cada punto de transición asistencial (admisión, transferencia, alta, consulta ambulatoria). La información que se sugiere reunir incluye:

1- Medicamentos recetados y sin receta (de venta libre), vitaminas, complementos nutricionales, alimentos potencialmente interactivos, preparaciones herbales y drogas ilegales.

2- La dosis, frecuencia, vía de administración y hora de la última dosis, según corresponda. Siempre que sea posible, validación de la lista de medicamentos en el domicilio con el paciente y determinación del nivel actual de cumplimiento del paciente con la administración recetada.

3- La o las fuentes de los medicamentos del paciente. Según corresponda, participación del o de los farmacéuticos de la comunidad del paciente o del o de los prestadores de

atención primaria para la recolección y validación de la información de medicamentos domiciliarios.

- Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria cuenten con normas y procedimientos claros implementados que requieran:

- Que la lista de medicamentos actuales del paciente se exhiba sistemáticamente en un mismo lugar, bien visible (por ejemplo, en la historia del paciente), para que los médicos que emiten órdenes de medicamentos puedan acceder a ella fácilmente.

- El uso de la lista de medicamentos en el domicilio como referencia al ordenar medicamentos en el momento del tratamiento en una clínica o unidad de emergencia, o en el momento de la admisión para internación.

- La conciliación de medicamentos (es decir, la comparación de la lista de medicamentos del paciente con los medicamentos que se están ordenando, a fin de identificar omisiones, duplicaciones, contradicciones entre los medicamentos del paciente y las afecciones, errores de administración y posibles interacciones) dentro de marcos de tiempo específicos (por ej., dentro de las 24 horas posteriores a la admisión; marcos de tiempo más breves para medicamentos de alto riesgo, variaciones de dosificación potencialmente graves y/o futuras horas de administración).

- Un proceso de actualización de la lista, a medida que se emiten nuevas órdenes, para reflejar todos los medicamentos que toma el paciente actualmente, incluyendo todo medicamento autoadministrado traído a la organización por el paciente.

- Un proceso para asegurar que, en el momento del alta, la lista de medicamentos del paciente esté actualizada para que incluya todos los medicamentos que el paciente deberá tomar luego del alta, incluidos los nuevos y los que se sigan tomando, y los medicamentos “en el domicilio” que se hayan dejado de tomar y que ahora se vayan a tomar nuevamente. La lista debe comunicarse al o a los siguientes prestadores de atención, y también deberá ser entregada al paciente como parte de las instrucciones al alta. Lo ideal sería que los pacientes desecharan los medicamentos que no seguirán tomando.

- Asignación clara de roles y responsabilidades para todos los pasos del proceso de conciliación de medicamentos a personas calificadas, dentro de un contexto de responsabilidad compartida. Los mismos pueden incluir al prestador de atención primaria del paciente, otros médicos, enfermeros, farmacéuticos y demás profesionales sanitarios. Las calificaciones de las personas responsables deberán ser determinadas por la organización de atención sanitaria, dentro de los límites establecidos por las leyes y reglamentaciones correspondientes.

- Acceso a la información relevante y a los consejos de un farmacéutico en cada paso del proceso de conciliación, hasta donde sea posible.

Incorporar la capacitación sobre procedimientos de conciliación de medicamentos en el plan de estudios, orientación y desarrollo profesional permanente para los profesionales de atención sanitaria.

## **7-DECLARACIÓN DEL PROBLEMA E IMPACTO:**

Los tubos, los catéteres y las jeringas son un aspecto fundamental de la prestación diaria de atención sanitaria para la administración de medicamentos y líquidos a los pacientes. El diseño de estos dispositivos puede permitir conectar inadvertidamente las jeringas y tubos equivocados, y luego administrar medicamentos o líquidos a través de una vía no deseada y, por lo tanto, incorrecta. Esto se debe a los múltiples dispositivos empleados para distintas vías de administración, que pueden conectarse entre sí. La mejor solución se encuentra en la

introducción de características de diseño que eviten las conexiones incorrectas y permitan al usuario tomar la medida adecuada.

Otras causas o factores contribuyentes incluyen:

- 1- Conectores Luer. Usados en forma casi universal en una variedad de aplicaciones médicas para conectar dispositivos médicos, incluidos la administración de líquidos (por vía intestinal, intravascular, raquídea o epidural) e insuflación de gas (en catéteres con balón, manguitos endotraqueales y dispositivos automáticos de tensión arterial), se ha descubierto que permiten la conexión de tubos o catéteres funcionalmente diferentes.
- 2- Uso rutinario de tubos o catéteres con fines que no son para los que fueron diseñados. Esto incluye el uso de tubos de extensión intravenosos (IV) para epidurales, irrigación, drenajes y vías centrales, o para extender sondas de alimentación intestinales.
- 3- Posicionamiento de tubos funcionalmente diferentes utilizados en la atención del paciente, una cerca del otro. Por ejemplo, el uso de una sonda de alimentación intestinal cerca de un catéter y un tubo intravenoso central.
- 4- Movimiento del paciente de un entorno o servicio a otro.
- 5- Cansancio del personal asociado con trabajo en turnos consecutivos.

Las conexiones incorrectas de tubos y catéteres pueden tener como resultado errores de medicación por vías equivocadas y graves lesiones o la muerte del paciente. Si bien estos errores son sumamente evitables y a menudo pueden impedirse, las múltiples denuncias de lesiones y muerte de pacientes por dichos errores de medicación por vías equivocadas indican que pueden suceder con una relativa frecuencia. Esto incluye vías de administración equivocadas de aerosoles.

En los Estados Unidos de América (EE.UU.), en la base de datos de eventos centinela de la Comisión conjunta se denunciaron nueve casos de conexiones incorrectas de tubos que involucran a siete adultos y dos bebés, los cuales resultaron en ocho muertes y una pérdida de función permanente. Se han denunciado incidentes similares ante otras agencias, incluido el Instituto ECRI, la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos, el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) y la Farmacopea de los Estados Unidos (USP). Los datos provenientes de estos grupos revelan que los errores de conexión incorrecta suceden con una frecuencia significativa y que, en una serie de ocasiones, tienen consecuencias mortales.

Los tipos de tubos y catéteres más comunes involucrados en los casos denunciados ante la Comisión Conjunta son catéteres venosos centrales, catéteres IV periféricos, sondas de alimentación nasogástrica, sondas de alimentación intestinales percutáneas, catéteres de diálisis peritoneal, tubos de insuflación de manguitos de traqueotomía y tubos de insuflación automática de manguitos de tensión arterial. Los ejemplos incluyen conexiones incorrectas específicas relacionadas con una sonda de alimentación intestinal conectada a un catéter IV (cuatro casos), un tubo de insuflación de tensión arterial conectado a un catéter IV (dos casos) y la inyección de líquido intravenoso en un tubo de insuflación de manguito de traqueotomía (un caso),

En el Reino Unido, entre 2001 y 2004, hubo tres denuncias de muerte, y de 1997 a 2004 hubo cuatro denuncias de daños o de casi fallecimientos luego de errores por vía equivocada en la administración por vía intravenosa de medicamentos orales, alimento y lavado en formas líquidas. Una revisión del Sistema Nacional de Denuncia y Aprendizaje en el Reino Unido identificó 32 incidentes denunciados en los cuales se administraron medicamentos líquidos orales por vía intravenosa, siete incidentes en los cuales se administraron medicamentos epidurales por vía intravenosa, y seis incidentes en los cuales se administraron medicamentos intravenosos por vía epidural desde el 1º de enero de 2005 hasta el 31 de mayo de 2006.

## **MEDIDAS SUGERIDAS:**

Las siguientes estrategias deberán ser tenidas en cuenta por los estados miembros de la OMS.

1- Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria cuenten con sistemas y procedimientos implementados que:

- Enfaticen al personal no clínico, a los pacientes y a los familiares que jamás deben conectar ni desconectar dispositivos. Siempre deberán solicitar ayuda al personal clínico.
- Requieran el etiquetado de catéteres de alto riesgo (por ej., arteriales, epidurales, intratecales). Para estas aplicaciones debe evitarse el uso de catéteres con puertos de inyección.
- Exijan que los profesionales tracen todas las líneas desde su origen hasta el puerto de conexión, para verificar los acoplamientos, antes de hacer cualquier conexión o reconexión, o administrar medicamentos, soluciones u otros productos.
- Incluyan un proceso estandarizado de conciliación de líneas como parte de las comunicaciones de traspaso. Esto debe involucrar volver a verificar las conexiones de los tubos y el rastreo de todos los tubos y catéteres del paciente hasta sus orígenes cuando el paciente llegue a un nuevo entorno o servicio y en los cambios de turno del personal.
- Prohíban el uso de jeringas de conexión Luer estándar para la administración de medicamentos orales o alimentos por sonda.
- Prevean pruebas de aceptación y evaluaciones de riesgo (modo a prueba de fallos y análisis de efectos, etc.) para identificar el potencial de conexiones incorrectas al comprar nuevos catéteres y tubos.

2- Incorporar una capacitación sobre los peligros de conectar mal los tubos y los dispositivos dentro de la orientación y el desarrollo profesional permanente de los facultativos médicos y trabajadores de la atención sanitaria.

Promover la compra de tubos y catéteres que estén diseñados para mejorar la seguridad y evitar las conexiones incorrectas con otros dispositivos o tubos.

## **8-DECLARACIÓN DEL PROBLEMA E IMPACTO:**

Una de las mayores preocupaciones a nivel mundial es la propagación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus de la hepatitis B (VHB) y el virus de la hepatitis C (VHC) debido a la reutilización de dispositivos de inyección. Este problema es mundial, y afecta tanto a países desarrollados como a países en vías de desarrollo, y muchos estudios han demostrado la extensión y la gravedad del problema.

Según los Centros para Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, se rastrearon los orígenes de cuatro de los más grandes brotes de hepatitis en los Estados Unidos: trabajadores de la atención sanitaria en consultorios médicos que reutilizaban las agujas y empleaban otros procedimientos inseguros. Los brotes de VHB y VHC en los estados de Nueva York, Oklahoma y Nebraska entre 2000 y 2002 infectaron a más de 300 personas. Las infecciones se originaron en “prácticas no seguras de inyección, principalmente por reutilización de jeringas y agujas o contaminación de viales de medicamento de dosis múltiples”.



Un modelo matemático elaborado por la Organización Mundial de la Salud sugiere que, en los países en vías de desarrollo, en el año 2000, la reutilización de dispositivos de inyección representó un estimado de 22 millones de nuevos casos de infección por VHB (alrededor de un tercio del total), 2 millones de casos de infección por VHC (alrededor del 40% del total) y alrededor de un cuarto de millón de casos de infección por VIH (alrededor del 5% del total) de todo el mundo. Solamente para estas infecciones adquiridas en el año 2000 el resultado estimado son nueve millones de años de vida perdidos, y de discapacidad, entre 2000 y 2030. Además, todos quienes usen drogas inyectables y compartan en algún momento sus agujas, jeringas o demás parafernalia corren riesgo de contraer infecciones transmitidas por la sangre. A fines de 2003 había en el mundo un estimado de 13 millones 200 mil personas que se inyectaban drogas, de los cuales 10 millones 300 mil vivían en países en vías de desarrollo.

Si bien hay variaciones significativas entre los países, la OMS estima que en el África subsahariana, alrededor del 18% de las inyecciones se administran con jeringas o agujas reutilizadas que no han sido esterilizadas. No obstante, se considera que las inyecciones médicas no seguras se dan con más frecuencia en las regiones del sur de Asia, del este del Mediterráneo y del Pacífico oeste. En conjunto, estas representan el 88% del total de inyecciones administradas con equipo reutilizado y sin esterilizar. Las graves consecuencias de la reutilización de agujas también pusieron de relieve la necesidad de reforzar las técnicas fundamentales de control de infecciones entre los trabajadores de la atención sanitaria.

Tres trabajos publicados en 2003 sostuvieron que la epidemia de

SIDA en África se vio avivada por las prácticas médicas no seguras, incluyendo inyecciones y transfusiones de sangre con agujas no esterilizadas. Como parte de la Iniciativa Global contra el SIDA, de 15 mil millones de dólares, el senado de los Estados Unidos escuchó un debate en un foro público respecto a la evidencia de prácticas médicas no seguras implicadas en la propagación del VIH.

Como consecuencia de ello, el senado aceptó una enmienda diseñada para ayudar a detener el contagio del VIH/SIDA en África a través de inyecciones médicas no seguras y transfusiones de sangre no analizada. El senado dio instrucciones al gobierno federal de los Estados Unidos de gastar al menos 75 millones de dólares en programas sobre la seguridad de las inyecciones y la sangre en África.

Estos hechos enfatizaron la necesidad de tomar medidas inmediatas y decisivas para prevenir la reutilización no segura de los dispositivos de inyección. Una inyección segura no debe causar daño al paciente, exponer al trabajador de la atención sanitaria a ningún riesgo evitable ni acabar como desechos peligrosos para la comunidad. Es precisa en forma urgente la publicación y distribución generalizada de soluciones para atender este problema mundial, a fin de reducir el riesgo para los pacientes debido a una atención sanitaria deficiente.

### **MEDIDAS SUGERIDAS:**

Las siguientes estrategias deberán ser tenidas en cuenta por los estados miembros de la OMS.

1- Promover el uso único de los dispositivos de inyección como prioridad de seguridad en los establecimientos de atención sanitaria, que requiera liderazgo y la participación activa de todos los trabajadores de la atención sanitaria de primera línea.

2- Elaborar programas de capacitación y recursos de información permanentes para trabajadores de atención sanitaria que se ocupen de:

1- Los principios de control de infecciones, prácticas de inyección seguras y manejo de desechos cortantes.

- 2- La efectividad de los medicamentos no inyectables.
  - 3- La educación de los pacientes y de sus familias respecto a las alternativas del uso de medicamentos inyectables (por ej., medicamentos orales).
  - 4- Nuevas tecnologías de inyección (por ej., sistemas “sin agujas”).
  - 3- Evaluar y medir la efectividad de la capacitación de los trabajadores de atención sanitaria sobre seguridad de las inyecciones.
  - 4- Proporcionar a los pacientes y a sus familias educación sobre:
    - 1- Modalidades de tratamiento que sean tan efectivas como las inyecciones, a fin de reducir el uso de inyecciones.
    - 2- Transmisión de agentes patógenos a través de la sangre.
    - 3- Prácticas seguras de inyección.
    - 5- Identificar e implementar prácticas de manejo seguro de desechos que cubran las necesidades de las organizaciones de atención sanitaria individuales.
    - 6- Promover las prácticas seguras como una actividad planificada y presupuestada que incluya la obtención de equipo.
- Tener en cuenta específicamente la implementación de sistemas “sin agujas”.

#### **9-DECLARACIÓN DEL PROBLEMA E IMPACTO:**

Se estima que, en cualquier momento dado, más de 1 millón 400 mil personas en todo el mundo sufre de infecciones contraídas en hospitales. Las infecciones asociadas a la atención sanitaria ocurren en todo el mundo y afectan tanto a países desarrollados como a países en vías de desarrollo. En países desarrollados, entre el 5 y el 10% de los pacientes contrae una o más infecciones, y se considera que entre el 15 y el 40% de los pacientes internados en atención crítica resulta afectado. En entornos de bajos recursos, las tasas de infección pueden superar el 20% (4), pero los datos disponibles son escasos y se necesita más investigación, en forma urgente, para evaluar el peso de la enfermedad en los países en vías de desarrollo.

En los Estados Unidos de América (EE.UU.), uno de cada 136 pacientes se enferma gravemente como resultado de contraer una infección en el hospital. Esto equivale a 2 millones de casos por año, lo que representa costos adicionales de entre 4500 y 5700 millones de dólares y alrededor de 90 000 muertes. En Inglaterra, se estima que 100 000 casos de infecciones asociadas a la atención sanitaria cuestan un mínimo de 1000 millones de libras por año al NHS, con más de 5000 muertes atribuibles por año.

En México, la estimación es de 450 000 infecciones, que causan 35 muertes por cada 100 000 admisiones de neonatología, con una tasa de mortalidad de entre el 4 y el 5%.

#### **MEDIDAS SUGERIDAS:**

Las siguientes estrategias deberán ser tenidas en cuenta por los estados miembros de la OMS.

- 1- Promover la observancia de la higiene de las manos como prioridad del establecimiento de atención sanitaria; esto requiere apoyo de los líderes, apoyo administrativo y recursos económicos.

2- Adoptar a nivel nacional, regional e institucional las nueve recomendaciones de las Directrices de la OMS sobre Higiene de las Manos en la Atención Sanitaria (borrador avanzado), en especial lo relativo a la implementación de estrategias multidisciplinarias y multimodales de mejora de la higiene de las manos dentro de los establecimientos de atención sanitaria que incorporen:

1- Abastecimiento de lociones sanitarias para las manos con base de alcohol, fácilmente accesibles, en el punto de atención a los pacientes.

2- Acceso a un suministro de agua seguro y continuo en todas las llaves/grifos, y las instalaciones necesarias para llevar a cabo la higiene de las manos.

3- Educación de los trabajadores de la atención sanitaria sobre las técnicas correctas de la higiene de las manos.

4- Exhibición de recordatorios que promuevan la higiene de las manos en el lugar de trabajo.

5- Medición del cumplimiento de higiene de las manos a través de controles de observación y retroalimentación del desempeño a los trabajadores de la atención sanitaria.

3- Donde no haya lociones sanitarias para las manos con base de alcohol disponibles, o donde sean demasiado costosas, es preciso tener en cuenta la producción local de lociones sanitarias para las manos utilizando la fórmula descrita en la Formulación recomendada para antisepsia de las manos de la OMS: guía para la producción local.

Definición: **Punto de atención** - se refiere a un producto para la higiene de las manos (por ej., loción sanitaria con base de alcohol) que esté fácilmente accesible para el personal, encontrándose tan cerca como sea posible (según lo permitan los recursos) del sitio donde tiene lugar el contacto con el paciente.

Los productos en el punto de atención deben estar a una distancia equivalente al largo de un brazo del lugar donde se presta atención o tratamiento.

Esto permite al personal cumplir rápida y fácilmente con los cinco momentos de la higiene de las manos desarrollados a partir de las Directrices de la OMS sobre Higiene de las Manos en la Atención Sanitaria (borrador avanzado) (<http://www.who.int/gpsc/tools/en/>)

El producto debe poderse utilizar en el momento necesario, sin tener que alejarse de la zona de actividad.

El punto de atención se logra generalmente mediante lociones sanitarias para manos que lleva el personal encima (frascos de bolsillo) o dispensadores de lociones sanitarias para manos instalados en las camas de los pacientes o en las mesas de noche (o cerca de esta zona). Las lociones sanitarias instaladas en carritos o colocadas sobre una bandeja de vendajes o medicamentos que se llevan a la zona de actividad también cumplen con esta definición.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente- Mayo 2007.

---

## Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos: encuestas a Licenciadas, Internas y Auxiliares de Enfermería

---



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
Facultad de Enfermería  
Trabajo final de investigación  
Cátedra de atención al adulto y anciano



### **Aplicación de las “9 soluciones para la seguridad del paciente”, sugeridas por las OMS**

#### **Encuesta dirigida a Licenciadas e Internas de enfermería.**

Dicha encuesta es de carácter anónimo, usted debe responder a las preguntas señaladas de acuerdo al cargo que desempeña en el servicio.

Las preguntas son de carácter dicotómico, siendo las respuestas posibles, SI – NO, señale con una cruz en el casillero correspondiente.

1) ¿Que cargo ocupa usted en esta institución?

- a) Licenciada/o de enfermería
- b) Interna/o de la licenciatura de enfermería

2) Años de antigüedad en el cargo que ocupa:

- a) Menor de 1 año
- b) Entre 1 y 5 años
- c) Entre 6 y 10 años
- d) Mayor de 10 años

3) ¿Sabe usted que la OMS plantea diversas soluciones para la seguridad del paciente? SI   
NO

4) Si las conoce ¿Cuales son? ( MARQUE CON UNA CRUZ)

- a) Medicamentos de aspecto o nombres parecidos
- b) Identificación de pacientes
- c) Comunicación durante el traspaso de pacientes
- d) Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
- e) Control de las soluciones concentradas de electrolitos
- f) Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
- g) Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
- h) Usar una sola vez los dispositivos de inyección
- i) Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención a la salud.

**Preguntas relacionadas a las medidas sugeridas por la OMS para la seguridad del paciente:**

**5) Para evitar errores en la medicación, en el servicio:**

a) ¿Se implementan protocolos clínicos que:

I) Minimizen el uso de órdenes orales y telefónicas?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

II) Hagan énfasis en leer la etiqueta una o dos veces antes de administrar la medicación?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

III) Hagan énfasis en verificar el propósito del medicamento, el diagnóstico e indicación médica antes de administrarlo?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

IV) En la etiqueta de los medicamentos se incluyan nombre genérico y nombre comercial?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

b) ¿Se elaboran estrategias para evitar confusión o interpretación incorrecta causada por recetas u órdenes de medicamentos ilegibles, incluyendo:

I) El almacenamiento de los medicamentos problemáticos en sitios separados o en orden no alfabético?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

II) Utilización de técnicas tales como negritas o diferentes colores para reducir la confusión?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

c) ¿Se elaboran estrategias para involucrar a pacientes y cuidadores en la reducción de riesgos a través de:

I) Entrega de información escrita sobre los medicamentos, incluidas: vía, dosis, hora, nombre genérico, nombre comercial y efectos secundarios del medicamento?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

II) Consideración en caso de trastorno de visión, diferencia de idioma y conocimientos limitados de la atención sanitaria?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

d) ¿Se supervisa al personal de enfermería en todos los pasos del proceso de administración de medicamentos?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

e) ¿Se realiza capacitación continua al personal de enfermería sobre medicamentos?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

**6) Para asegurar una correcta identificación del paciente, en la institución:**

a) ¿Se verifica la identificación de los pacientes?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

b) ¿Se utilizan dos identificadores?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

- c) ¿Se identifican los pacientes en los distintos establecimientos dentro de la institución? SI   
NO
- d) ¿Se implementan protocolos para usuarios que carezcan de identificación? SI   
NO
- e) ¿Participan los pacientes en todas las etapas del proceso? SI   
NO
- f) ¿Se etiquetan los tubos para los exámenes de laboratorio frente al paciente? SI   
NO
- g) ¿Se implementan protocolos para conservar la identidad de las muestras del paciente en todas las etapas? SI   
NO
- h) ¿Se controla y revisa reiteradamente los datos del paciente en un sistema informático? SI   
NO
- i) ¿Se capacita al personal de enfermería durante el desarrollo profesional sobre procedimientos de control y verificación de la identidad de un paciente? SI   
NO
- j) ¿Se realiza educación a los pacientes sobre la importancia y relevancia de la correcta identificación? SI   
NO
- 7 ) Para garantizar la correcta comunicación durante traspaso de pacientes, en la institución:**
- a) ¿Existe un enfoque estandarizado que incluya:
- I) Uso de técnica SBAR ( situación, antecedentes, evaluación y recomendación)? SI   
NO
- II) Tiempo suficiente para brindar la información del estado del paciente? SI   
NO
- III) Suministro de información referente al estado del paciente, medicamento, tratamiento y cualquier cambio relevante? SI   
NO
- b) ¿Se implementan sistemas que al momento del alta hospitalaria el paciente y su siguiente prestador de atención obtengan la información clave referente al proceso salud enfermedad? SI   
NO
- c) ¿Se capacita al personal de enfermería sobre comunicación durante el traspaso de pacientes? SI   
NO
- d) ¿Existe comunicación entre organizaciones que estén prestando atención al mismo paciente en forma paralela? SI   
NO
- 8) Para garantizar el *procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto*, en la institución:**
- a) ¿Se prioriza la seguridad en la realización de la cirugía correcta en el lugar del cuerpo correcto? SI   
NO
- b) ¿Se implementan protocolos que:
- I) Incluyan la verificación en la etapa previa del procedimiento? SI   
NO

- II) Existe la realización de una instancia inmediatamente previa al comienzo del procedimiento donde se reúna todo el personal participante? SI   
NO
- 9) Para garantizar un uso seguro de las soluciones concentradas de electrolitos, en la institución:**
- a) ¿Existen procesos y sistemas implementados en los que:
- I) Se prioricen la promoción de prácticas seguras con cloruro de potasio y otras soluciones concentradas de electrolitos? SI   
NO
- II) Se trate al cloruro de potasio como una sustancia controlada? SI   
NO
- III) Se elimine las soluciones concentradas de electrolitos de todas las unidades de enfermería y almacenamiento en área de atención especializada? SI   
NO
- IV) Incluya personal capacitado y calificado para preparar estas soluciones? SI   
NO
- V) Se etiquete la solución preparada con CUIDADO – ALTO RIESGO? SI   
NO
- VI) Se utilicen bombas de infusión para administración de soluciones concentradas? SI   
NO
- b) ¿ Se capacita al personal de enfermería? SI   
NO
- 10) Para garantizar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales, en la institución:**
- a) ¿Existen sistemas estandarizados que reúnen información de los medicamentos que toma cada paciente (fármaco, dosis, vía, hora), proporcionando la lista a los profesionales receptores en cada punto de transición asistencial? SI   
NO
- b) ¿ Dichas listas se exhibe en un mismo lugar? (Ejemplo: tarjetero) SI   
NO
- c) ¿Se comprueba la lista de medicamentos habituales con los que se van indicando durante el proceso asistencial? SI   
NO
- d) ¿Se actualiza la lista a medida que se emiten nuevas ordenes? SI   
NO
- e) ¿Existe un proceso para que al momento del alta la lista de medicamentos del paciente este actualizada? SI   
NO
- f) ¿Existe capacitación continua sobre procedimientos de conciliación de medicamentos al personal de enfermería? SI   
NO
- 11) Para evitar errores de conexión de catéteres y tubos, en la institución:**
- a) ¿Se educa a los pacientes y familiares que no deben conectar o desconectar dispositivos? SI   
NO
- b) ¿Se etiquetan los catéteres de alto riesgo? SI   
NO
- c) ¿Se trazan líneas desde su origen hacia el puerto de conexión antes de hacer  
c) ¿Se trazan líneas desde su origen hacia el puerto de conexión antes de hacer cualquier conexión o comunicación de traspaso? SI   
NO
- d) ¿Se prohíben el uso de jeringas de conexión Luer estándar (dispositivo con medida universal donde se conectan otros dispositivos) para la administración de medicamentos orales o alimentos por sondas? SI   
NO
- e) ¿Existe capacitación sobre los peligros de conectar mal los tubos y los dispositivos al personal de enfermería? SI   
NO
- f) ¿Se promueve la compra de tubos y catéteres diseñados para mejorar la seguridad y evitar conexiones incorrectas con otros tubos? SI   
NO

- c) ¿Se trazan líneas desde su origen hacia el puerto de conexión antes de hacer cualquier conexión o comunicación de traspaso? SI   
NO
- d) ¿Se prohíben el uso de jeringas de conexión Luer estándar (dispositivo con medida universal donde se conectan otros dispositivos) para la administración de medicamentos orales o alimentos por sondas? SI   
NO
- e) ¿Existe capacitación sobre los peligros de conectar mal los tubos y los dispositivos al personal de enfermería? SI   
NO
- f) ¿Se promueve la compra de tubos y catéteres diseñados para mejorar la seguridad y evitar conexiones incorrectas con otros tubos? SI   
NO
- 12) Para asegurar la utilización de dispositivos de inyección por única vez:**
- a) ¿Se utilizan los dispositivos de inyección por única vez? SI   
NO
- b) ¿Existen programas de capacitación y recursos de información sobre esta temática, para el personal de enfermería? SI   
NO
- c) ¿Existe evaluación de la capacitación del personal de enfermería sobre seguridad de las inyecciones? SI   
NO
- d) ¿Se identifican e implementan un manejo seguro de desechos que cubren las necesidades de la institución? SI   
NO
- e) ¿Existe promoción de las prácticas seguras como una actividad planificada y presupuestada? SI   
NO
- 13) ¿Para prevenir las infecciones asociadas a la atención a la salud se aplican las siguientes medidas para mejorar la higiene de manos?**
- a) Control a través de la observación de la higiene de manos SI   
NO
- b) Lavado de manos con agua y jabón cuando están visiblemente sucias o contaminadas SI   
NO
- c) Lavado de manos antes y después del contacto directo con paciente SI   
NO
- d) Lavado de manos después de quitarse los guantes SI   
NO
- e) Lavado de manos antes de manipular dispositivos invasivos (se usen guantes o no) SI   
NO
- f) Lavado de manos después de entrar en contacto con líquidos o secreciones corporales, mucosas, piel no intacta o bandeja de heridas SI   
NO
- g) Lavado de manos para atender al paciente cuando se pase de un área del cuerpo contaminada a una limpia SI   
NO
- h) Lavado de manos después de entrar en contacto con objetos inanimados SI   
NO



i) Lavado de manos con agua y jabón simple o antimicrobiano, frotado de manos con preparación alcohólica antes de manipular medicamentos o

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

preparar alimentos

j) Utiliza preparación alcohólica luego de utilizar jabón antimicrobiano

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

Técnica de higiene de manos:

I) ¿se aplica una dosis de producto alcohólico, extendiéndolo por toda la superficie de las manos y friccionándola hasta que queden secas?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

II) ¿se lava las manos con agua y jabón, mojándolas y aplicando la cantidad de producto necesario para extenderlo por toda la superficie de las mismas?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

III) se frota energéticamente ambas palmas con movimiento rotatorios y entrelaza los dedos para cubrir toda la superficie, enjuagándose las manos con agua y secándose completamente con una toalla desechable?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

IV) ¿utiliza la toalla para cerrar el grifo?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

V) ¿se asegura que las manos estén secas utilizando un método que no las vuelva a contaminar?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

VI) ¿Utiliza guantes siempre que esté en contacto con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

VII) ¿Se quita los guantes tras haber atendido a un paciente?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

VIII) ¿usa el mismo par de guantes para atender a mas de un paciente?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

IX) Si está utilizando guantes durante la atención a un paciente, ¿se los cambia al pasar de una zona de cuerpo contaminada a otra limpia del mismo paciente?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

X) ¿reutiliza los guantes?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

XI) ¿Existe implementación de programas de información y motivación del personal de enfermería sobre higiene de manos?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

XII) ¿Existe la presencia de alcohol en gel a una distancia equivalente al largo de un brazo desde el lugar donde se presta atención o tratamiento (el mismo debe de ser utilizado sin tener que alejarse de la zona de actividades, son válidos carritos o bandejas) ?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

XIII) ¿Existe acceso a un suministro de agua seguro y continuo para llevar a cabo la higiene de manos?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

XIV) ¿Existe educación al personal de enfermería sobre las técnicas correctas de la higiene de las manos?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

XV) ¿Se exhiben recordatorios que promueva la higiene de manos en la institución?

SI	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

XV) ¿Se exhiben recordatorios que promueva la higiene de manos en la institución?

SI

NO

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
Facultad de Enfermería  
Trabajo final de investigación  
Cátedra de atención al adulto y anciano



**Aplicación de las “9 soluciones para la seguridad del paciente”,  
sugeridas por las OMS  
Encuesta dirigida a Auxiliares de enfermería.**

Dicha encuesta es de carácter anónimo, usted debe responder a las preguntas señaladas de acuerdo al cargo que desempeña en el servicio.

Las preguntas son de carácter dicotómico, siendo las respuestas posibles, SI – NO, señale con una cruz en el casillero correspondiente.

1) Años de antigüedad en el cargo que ocupa:

- a) Menor de 1 año
- b) Entre 1 y 5 años
- c) Entre 6 y 10 años
- d) Mayor de 10 años

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

2) ¿Sabe usted que la OMS plantea diversas soluciones para la seguridad del paciente?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

3) Si las conoce ¿Cuales son? ( MARQUE CON UNA CRUZ)

- a) Medicamentos de aspecto o nombres parecidos
- b) Identificación de pacientes
- c) Comunicación durante el traspaso de pacientes
- d) Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
- e) Control de las soluciones concentradas de electrolitos
- f) Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
- g) Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
- h) Usar una sola vez los dispositivos de inyección
- i) Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención a la salud.

**Preguntas relacionadas a las medidas sugeridas por la OMS para la seguridad del paciente:**

4) Para asegurar una correcta *identificación del paciente*, en la institución:

- a) ¿Se verifica la identificación de los pacientes?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

- b) ¿se utilizan dos identificadores? SI   
NO
- c) ¿Se identifican los pacientes en los distintos establecimientos dentro de la institución? SI   
NO
- d) ¿Participan los pacientes en todas las etapas del proceso? SI   
NO
- e) ¿Se etiquetan los tubos para los exámenes de laboratorio frente al paciente? SI   
NO
- f) ¿Se controla y revisa reiteradamente los datos del paciente en un sistema informático? SI   
NO

**5) Para garantizar la correcta *comunicación durante el traspaso de pacientes*, en la institución:  
¿Existe un enfoque estandarizado que incluya:**

- a) Uso de técnica SBAR ( situación, antecedentes, evaluación y recomendación)? SI   
NO
- b) Tiempo suficiente para brindar la información del estado del paciente? SI   
NO
- c) Suministro de información referente al estado del paciente, medicamento, tratamiento y cualquier cambio relevante? SI   
NO

**6) Para garantizar un *uso seguro de la soluciones concentradas de electrolitos*, en la institución:  
¿Existen procesos y sistemas implementados en los que:**

- a) Se trate al cloruro de potasio como una sustancia controlada? SI   
NO
- b) Se utilicen bombas de infusión para administración de soluciones concentradas? SI   
NO

**7) Para evitar errores de conexión de catéteres y tubos, en la institución:**

- a) ¿Se educa a los pacientes y familiares que jamás deben conectar o desconectar dispositivos? SI   
NO
- b) ¿Se etiquetan los catéteres de alto riesgo? SI   
NO
- c) ¿Se trazan líneas desde su origen hacia el puerto de conexión antes de hacer cualquier conexión o comunicación de traspaso? SI   
NO
- d) ¿Se prohíben el uso de jeringas de conexión Luer estándar (dispositivo con medida universal donde se conectan otros dispositivos) para la administración de medicamentos orales o alimentos por sondas? SI   
NO

**8) Para asegurar la utilización de dispositivos de inyección por única vez:**

- a) ¿Se utilizan los dispositivos de inyección por única vez? SI   
NO

9) ¿Para prevenir las infecciones asociadas a la atención a la salud se aplican las siguientes medidas para mejorar la higiene de manos?

- a) Lavado de manos con agua y jabón cuando están visiblemente sucias o contaminadas SI   
NO
- b) Lavado de manos antes y después del contacto directo con paciente SI   
NO
- c) Lavado de manos después de quitarse los guantes SI   
NO
- d) Lavado de manos antes de manipular dispositivos invasivos ( se usen guantes o no) SI   
NO
- e) Lavado de manos después de entrar en contacto con líquidos o secreciones corporales, mucosas, piel no intacta o bandeja de heridas SI   
NO
- f) Lavado de manos para atender al paciente cuando se pase de un área del cuerpo contaminada a una limpia SI   
NO
- g) Lavado de manos después de entrar en contacto con objetos inanimados SI   
NO
- h) Lavado de manos con agua y jabón simple o antimicrobiano, frotado de manos con preparación alcohólica antes de manipular medicamentos o preparar alimentos SI   
NO
- i) utiliza preparación alcohólica luego de haber utilizado jabón antimicrobiano SI   
NO

Técnica de higiene de manos:

- I) ¿se aplica una dosis de producto alcohólico, extendiéndolo por toda la superficie de las manos y friccionándola hasta que queden secas? SI   
NO
- II) ¿se lava las manos con agua y jabón, mojándolas y aplicando la cantidad de producto necesario para extenderlo por toda la superficie de las mismas? SI   
NO
- III) ¿se frota energéticamente ambas palmas con movimientos rotatorios y entrelaza los dedos para cubrir toda la superficie, enjuagándose las manos con agua y secándose completamente con una toalla desechable? SI   
NO
- IV) ¿utiliza la toalla para cerrar el grifo? SI   
NO
- V) ¿se asegura que las manos estén secas utilizando un método que no las vuelva a contaminar? SI   
NO
- VI) ¿Utiliza guantes siempre que esté en contacto con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos? SI   
NO
- VII) ¿Se quita los guantes tras haber atendido a un paciente? SI   
NO

VIII) ¿usa el mismo par de guantes para atender a mas de un paciente?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

IX) Si está utilizando guantes durante la atención a un paciente, ¿se los cambia al pasar de una zona de cuerpo contaminada a otra limpia del mismo paciente?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

X) ¿reutiliza los guantes?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

XII) ¿Existe la presencia de alcohol en gel a una distancia equivalente al largo de un brazo desde el lugar donde se presta atención o tratamiento (el mismo debe de ser utilizado sin tener que alejarse de la zona de actividades, son válidos carritos o bandejas) ?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

XIII) ¿Existe acceso a un suministro de agua seguro y continuo para llevar a cabo la higiene de manos?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

---

## Anexo 3: Rol de Licenciada y Auxiliar de Enfermería

---

**Nombre del cargo:** *Licenciada en Enfermería Operativa.*

**Propósito del cargo:** Dirigir el equipo de enfermería en la atención de pacientes que requieren cuidados complejos y/o especializados y asumir la responsabilidad de la administración del servicio, en ausencia de la enfermera jefe.

**Requisitos del cargo:**

- Requisitos psico-somáticos: actitud psico-física total certificada por la división universitaria de la salud.
- Requisitos especiales: capacidad para trabajar al frente de un equipo manteniendo relaciones armoniosas con sus integrantes; adaptabilidad, responsabilidad, cooperación, cortesía; aptitudes para trabajar en coordinación con diferentes servicios; estabilidad emocional.

**Calificaciones:**

- Educación: Licenciada en enfermería egresada de la facultad universitaria de enfermería o revalida correspondiente.
- Entrenamiento y experiencia: Debe poseer experiencia en área asistencial y administrativa de enfermería.
- Conocimientos específicos: Debe tener conocimientos teóricos- prácticos para llevar a cabo la atención, debe conocer los métodos de trabajo utilizados en enfermería así como también la administración y dinámica del personal.
- Es supervisado por la enfermera jefe del sector, supervisa al personal asignado a su área

**Funciones:**

- Planificar el proceso de atención de enfermería de los pacientes asignados a su área.
- Asumir la atención directa de los pacientes críticos.
- Realizar tratamientos, cuidados y controles que exijan dominio de técnicas y procedimientos específicos y riesgosos.
- Delegar en el personal a su cargo la atención directa de pacientes de menos complejidad, valorando en conjunto las necesidades del mismo.
- Tomar decisiones en la resolución de problemas utilizando el método científico.
- Valorar la atención de enfermería prestada con el grupo de atención directa.

- Guiar e instruir a su equipo hacia el logro de las metas propuestas, así como también para que participe en los cambios para mejorar la calidad de la atención.
- Participar con la enfermera jefe del sector en la programación de experiencias clínicas para estudiantes, personal de enfermería, otros.
- Participar en programas de educación permanente.
- Promover la aplicación de medidas de seguridad laboral con el fin de proteger al personal.
- Participar en la normatización y el control del uso y mantenimiento de equipos y materiales del servicio.
- Participar en reuniones técnicas, científicas, administrativas y culturales.
- Formular planes de investigación básicos para mejorar la atención de enfermería.

**Nombre del cargo:** *Auxiliar de Enfermería Operativa.*

**Propósito del cargo:** Brindar atención de enfermería al paciente, familia y comunidad en el área asistencial y preventiva, bajo la supervisión y responsabilidad de la Licenciada en enfermería.

**Requisitos del cargo:**

- Requisitos psico-somáticos: aptitud psico-física total certificada por la división universitaria de la salud.
- Requisitos especiales: adaptabilidad, sentido de cooperación y cortesía, sentido de responsabilidad; habilidad para integrarse a grupos de trabajo, estabilidad emocional; capacidad para cumplir las funciones del cargo en los distintos turnos.

Calificaciones:

- Educación; debe poseer certificado habilitante de auxiliar de enfermería reconocido por el Ministerio de Salud Pública.
- Entrenamiento y experiencia: se requiere la preparación básica que se realiza en la institución formadora.
- Conocimientos específicos: Conocimientos y destrezas para realizar los procedimientos de enfermería; se requiere tener conocimientos sobre aspectos ético-legales que pueden influir en su desempeño; debe poseer conocimientos generales de la institución y de las relaciones entre los departamentos, donde ella trabaja y aquellos que deben coordinarse.

Es supervisada por la Licenciada en Enfermería.

Funciones:

- Participar en tome y pase de guardia con personal que entra y se retira.



- Visitar a los pacientes al llegar y al terminar el turno, observando condiciones generales de los pacientes.
- Participar en la planificación del trabajo y asumir las tareas delegadas.
- Solicitar a la ecónoma los equipos y materiales para la realización del trabajo.
- Controlar y registrar signos vitales.
- Realizar control diario de evacuación intestinal y vesical.
- Realizar recolección de muestras para estudios de laboratorio(materia fecal, orina, esputo)
- Preparar al paciente para la realización de exámenes especiales.
- Preparar al paciente para la intervención quirúrgica, teniendo en cuenta procedimientos y las indicaciones impartidas en cada caso.
- Observar, controlar y registrar cantidad y características de diferentes tipos de drenaje e informar a la licenciada.
- Realizar registros para el control de balances hídricos.
- Participar en el mantenimiento de la higiene de la unidad del paciente.
- Realizar baño diario del paciente y colaborar con los imposibilitados de hacerlo por sí mismos.
- Realizar higiene de cavidad bucal, nasal, ocular, de los pacientes que lo requieran.
- Colocar al paciente en posición fisiológica para favorecer el confort y evitar posiciones viciosas
- Participar en la rehabilitación del paciente realizando movilización activa y pasiva.
- Incentivar o realizar el lavado de manos antes de cada ingesta.
- Ayudar en la alimentación de los pacientes imposibilitados de hacerlo por sí mismo. Registrar y comunicar a la licenciada sobre la alimentación y tolerancia.
- Realizar control e higiene de ostomias y administrar nutrientes según indicación.
- Colocar chatas y violines, realizar enemas, irrigaciones, lavados vesicales.
- Promover el descanso y sueño del paciente preparando a este y su ambiente.
- Participar en el examen físico del paciente o tratamientos especiales.
- Administrar tratamiento medicamentos por las distintas vías, según delegación de la licenciada.
- Administrar fármacos intravenosos cuando la licenciada se los delega.
- Preparar el equipo necesario y realizar tratamiento de oxigenoterapia y aerosolterapia.
- Participar o realizar curaciones de heridas según lo delegado.

- Colocar sondas(rectales, vesicales, naso-gastricas), controlar permeabilidad, seguridad del drenaje y sus características.
- Aspirar secreciones del aparato respiratorio(cavidad bucal, nasal, traqueal)
- Participar en el traslado de pacientes que por su gravedad, complejidad, requieren la atención de enfermería.
- Aplicar técnicas de aislamiento según normas para pacientes infecto-contagiosos.
- Prepara la unidad de enfermería para recibir al paciente.
- Participar en la recepción del paciente, orientando este y su familia sobre las normas de la institución.
- Participar en el plan de vida del paciente de acuerdo a los propósitos establecidos y delegados en su persona.
- Realizar cuidados post-mortem.
- Mantener ordenadas las áreas de trabajo.
- Realizar registros de toda actividad que se lleva a cabo en el cumplimiento de sus funciones.
- Mantener en condiciones de uso y funcionamiento los materiales y equipos de su unidad.
- Realizar tareas relacionadas que se le encomiende.

---

## Anexo 4: Tabulación de datos

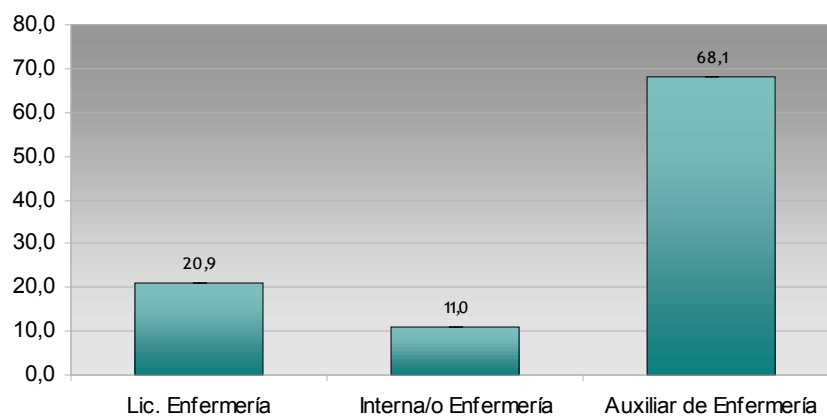
---

Tabla 1: Cargo que ocupa el funcionario en la institución

Cargo que ocupa en la institución	FA	FR %
Lic. Enfermería	34	20,9
Interna/o Enfermería	18	11,0
Auxiliar de Enfermería	111	68,1
Total	163	100,0

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

Gráfico 1: Cargo que ocupa el funcionario en la Institución



Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

## Licenciadas e Internas de enfermería

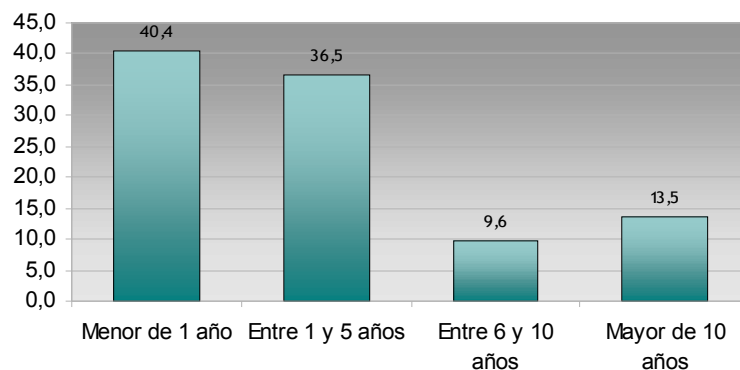
---

Tabla 2: Años de antigüedad en el cargo que ocupan en la institución (Lic. e Internas)

<b>Antigüedad del cargo (Lic. e Internos de Enf.)</b>	<b>FA</b>	<b>FR %</b>
Menor de 1 año	21	40,4
Entre 1 y 5 años	19	36,5
Entre 6 y 10 años	5	9,6
Mayor de 10 años	7	13,5
Total	52	100,0

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

Gráfico 2: años de antigüedad en el cargo que ocupan en la Institución (Lic. e Internas)



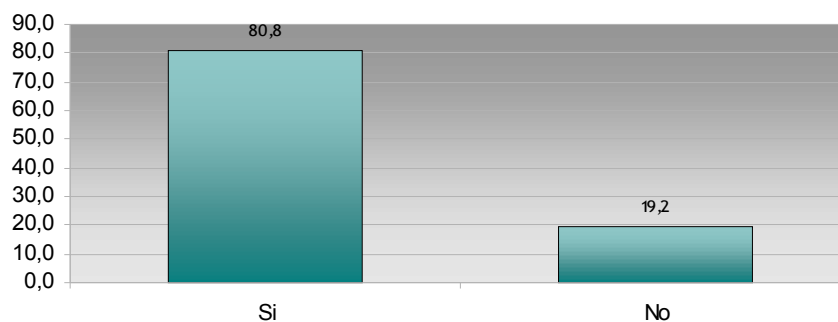
Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

Tabla 3: Conocimiento sobre la existencia de las soluciones que plantea la OMS para la seguridad del paciente.

<b>Conoce las soluciones que plantea la OMS para la seguridad del paciente</b>	<b>FA</b>	<b>FR %</b>
Si	42,0	80,8
No	10,0	19,2
Total	52,0	100,0

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

Gráfico 3: Conocimiento sobre la existencia de las soluciones que plantea la OMS para la seguridad del paciente



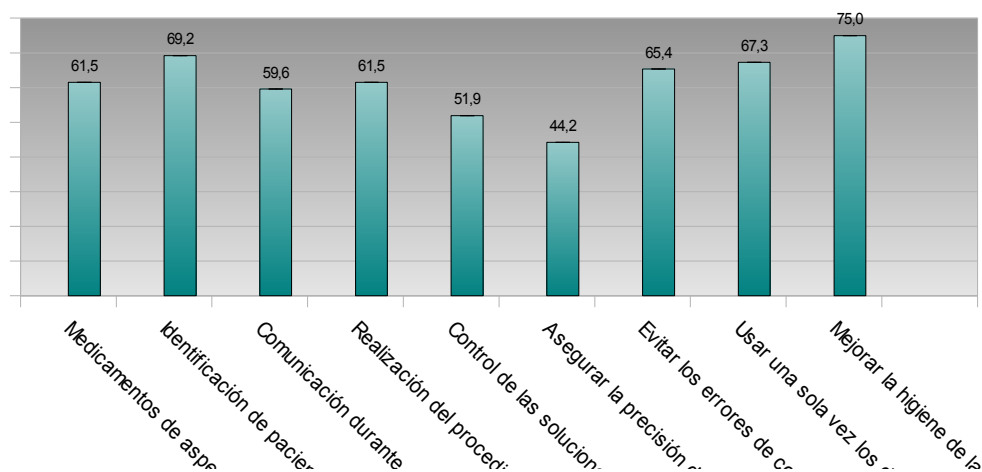
Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

Tabla 4: Soluciones planteadas por la OMS que conocen Lic e internas de enfermería

<b>SOLUCIONES PLANTEADAS POR LA OMS QUE CONOCEN LIC E INT DE ENFERMERÍA</b>	<b>FA</b>	<b>FR %</b>
Medicamentos de aspecto o nombres parecidos	32,0	61,5
Identificación de pacientes	36,0	69,2
Comunicación durante el traspaso de pacientes	31,0	59,6
Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto	32,0	61,5
Control de las soluciones concentradas de electrolitos	27,0	51,9
Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales	23,0	44,2
Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos	34,0	65,4
Usar una sola vez los dispositivos de inyección	35,0	67,3
Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención a la salud.	39,0	75,0

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

Gráfico 4: Soluciones planteadas por la OMS que conocen Lic e internas de enfermería

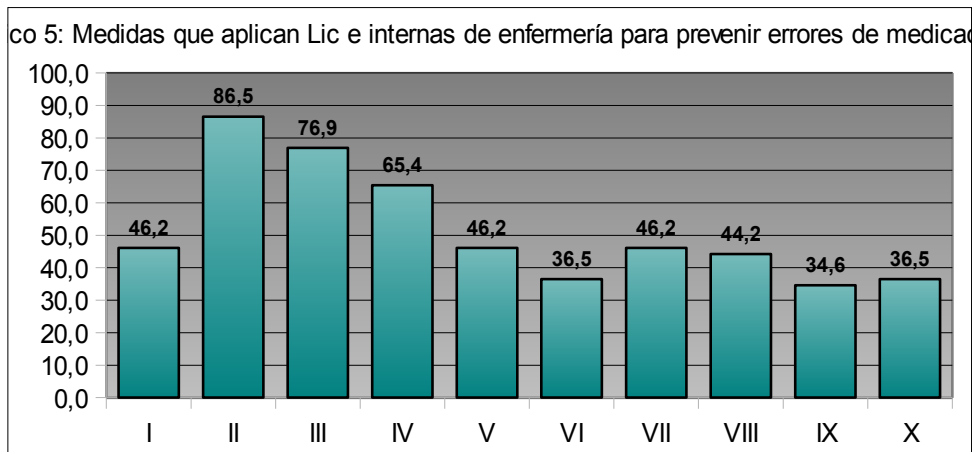


Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

Tabla 5: Medidas que aplican Lic e internas para prevenir errores de medicación.

Medidas que aplican Lic e internas para prevenir errores de medicación		FA	FR%
I	implementación de protocolos que minimicen el uso de ordenes orales y telefónicas	24	46,2
II	implementación de protocolos que hagan énfasis en leer la etiqueta una o dos veces antes de administrar la medicación	45	86,5
III	implementación de protocolos que hagan énfasis en verificar el propósito del medicamento, el diagnóstico e indicación médica antes de administrarlo	40	76,9
IV	En la etiqueta los medicamentos incluyan nombre genérico y comercial	34	65,4
V	almacenamiento de los medicamentos problemáticos en sitios separados o en orden alfabético	24	46,2
VI	utilización de técnicas tales como negritas o diferentes colores para reducir la confusión	19	36,5
VII	Entrega de información escrita al paciente y/o cuidador sobre los medicamentos (vía, dosis, efectos secundarios, etc.)	24	46,2
VIII	Consideración en caso de trastorno de la visión, diferencia de idioma y conocimientos limitados de la atención sanitaria	23	44,2
IX	supervisión del personal de enfermería en todos los pasos del proceso de administración de medicamentos	18	34,6
X	se capacita al personal de enfermería sobre medicamentos en forma continúa	19	36,5

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

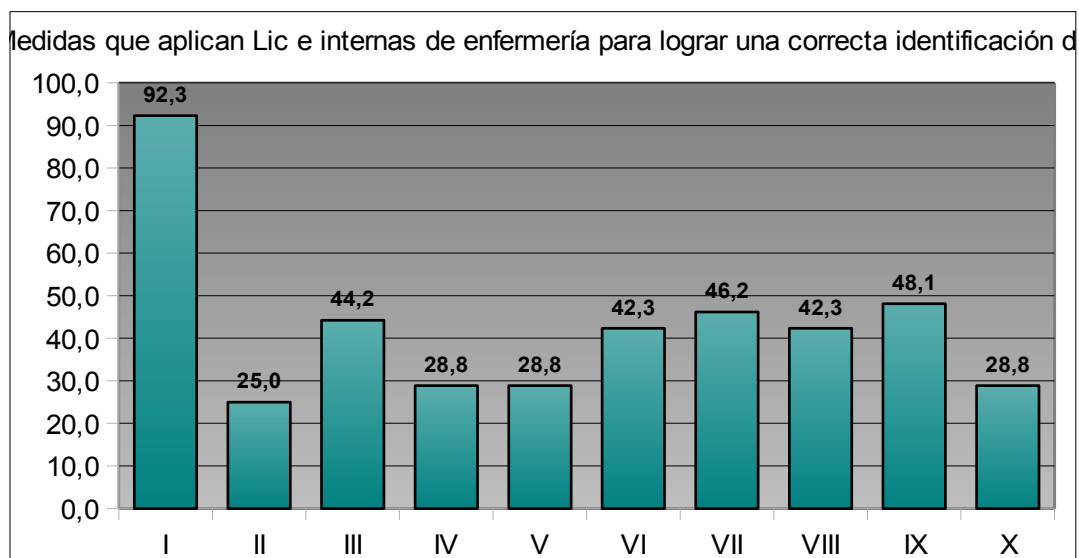


Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

Tabla 6: Medidas que aplican Lic e internas de enfermería para lograr una correcta identificación del paciente

Medidas que aplican Lic e internas de enfermería para lograr una correcta identificación del paciente		FA	FR%
I	verificación de la identificación de los pacientes en la institución	48	92,3
II	utilización de dos identificadores	13	25,0
III	identificación de los pacientes en los distintos establecimientos dentro de la institución	23	44,2
IV	implementación de protocolos para usuarios que carezcan de identificación	15	28,8
V	participación de los pacientes en todas las etapas del proceso	15	28,8
VI	etiquetar los tubos para exámenes de laboratorio frente al paciente	22	42,3
VII	implementación de protocolos para conservar la identidad de las muestras del paciente en todas las etapas	24	46,2
VIII	se controla y revisa reiteradamente los datos del paciente en un sistema informático	22	42,3
IX	capacitación al personal de enfermería durante el desarrollo profesional sobre procedimientos de control y verificación de la identidad de un paciente	25	48,1
X	se educa a los pacientes sobre la importancia y relevancia de la correcta identificación	15	28,8

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.



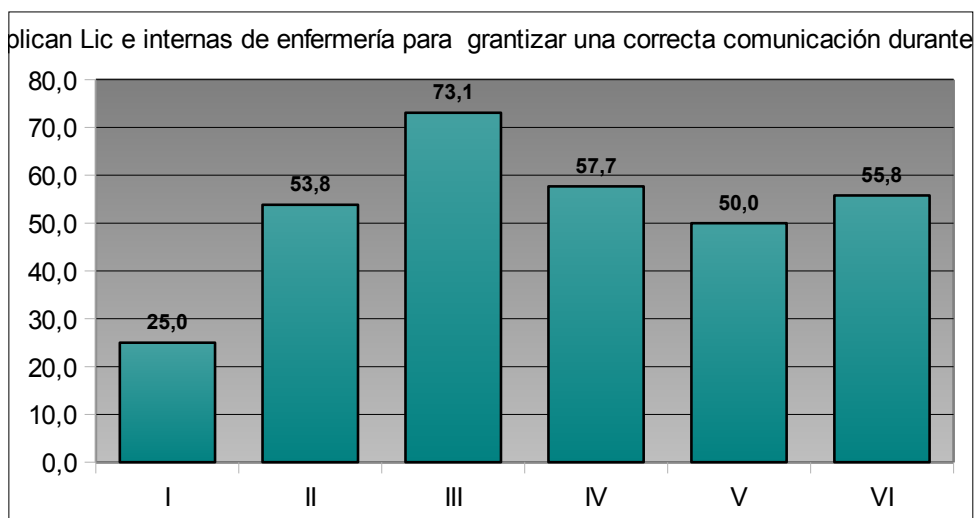
Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.



Tabla 7: Medidas que aplican Lic e internas de enfermería para garantizar una correcta comunicación durante el traspaso de pacientes.

<b>Medidas que aplican Lic e internas de enfermería para garantizar una correcta comunicación durante el traspaso del paciente</b>		<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>I</b>	Existencia de un enfoque estandarizado que incluya uso de técnica SBAR	13	25,0
<b>II</b>	Existencia de un enfoque estandarizado que incluya tiempo suficiente para brindar información del estado del paciente	28	53,8
<b>III</b>	Existencia de enfoque estandarizado que incluya suministro de información referente el estado del paciente, medicamento, tto y cualquier cambio relevante	38	73,1
<b>IV</b>	Implementación de sistemas que al momento del alta hospitalaria el paciente y su siguiente prestador de atención obtengan la información clave referente al proceso S-E	30	57,7
<b>V</b>	Capacitación al personal de enfermería sobre comunicación durante el traspaso de ptes.	26	50,0
<b>VI</b>	existencia de comunicación entre organizaciones que estén prestando atención al mismo paciente en forma paralela	29	55,8

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

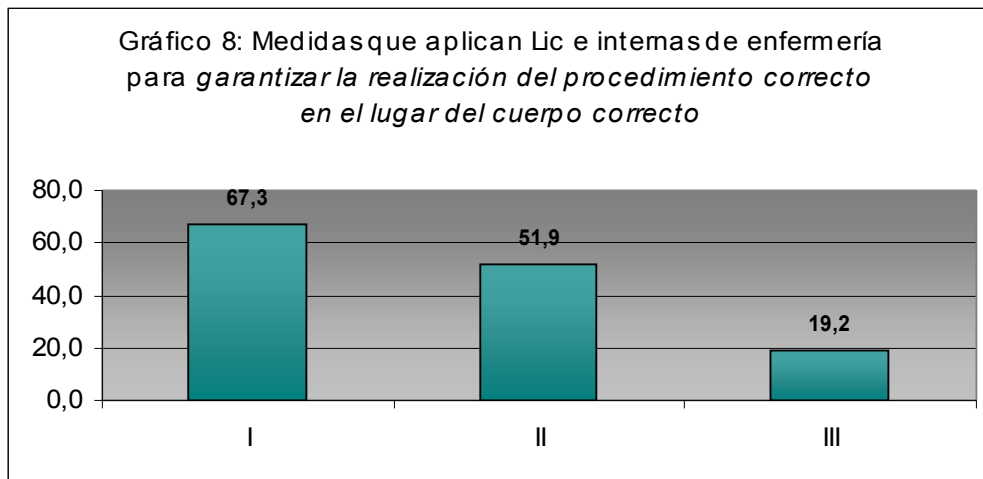


Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

Tabla 8: Medidas que aplican Lic e internas de enfermería para garantizar la realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto

<b>Medidas que aplican Lic e internas de enfermería para garantizar la realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto</b>		<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>I</b>	Se prioriza la seguridad en la realización de la cirugía correcta en el lugar del cuerpo correcto	35	67,3
<b>II</b>	Se implementan protocolos que incluyan la verificación en la etapa previa del procedimiento	27	51,9
<b>III</b>	Existe la realización de una instancia inmediatamente previa al comienzo del procedimiento donde se reúna todo el personal participante	10	19,2

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

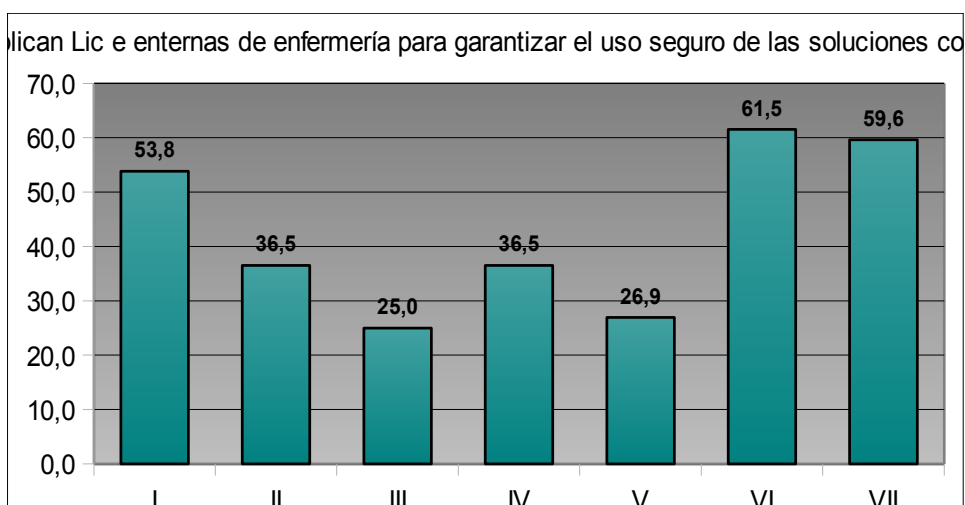


Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

Tabla 9: Medidas que aplican Lic e internas de enfermería para Garantizar el uso seguro de las soluciones concentradas de electrolitos.

<b>Medidas que aplican Lic e internas de enfermería para garantizar el uso seguro de las soluciones concentradas de electrolitos</b>		<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>I</b>	Se prioriza la promoción de prácticas seguras con cloruro de potasio y otras soluciones concentradas de electrolitos	28	53,8
<b>II</b>	Se trata al KCl como una sustancia controlada	19	36,5
<b>III</b>	Se elimina las soluciones concentradas de electrolitos de todas las unidades de enfermería y almacenamiento en área de atención especializada	13	25,0
<b>IV</b>	La preparación de estas soluciones es realizada por personal capacitado y calificado	19	36,5
<b>V</b>	Se etiqueta la solución preparada con CUIDADO- ALTO RIESGO	14	26,9
<b>VI</b>	Se utilizan BIC para la administración de soluciones concentradas	32	61,5
<b>VII</b>	Se capacita al personal de enfermería	31	59,6

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

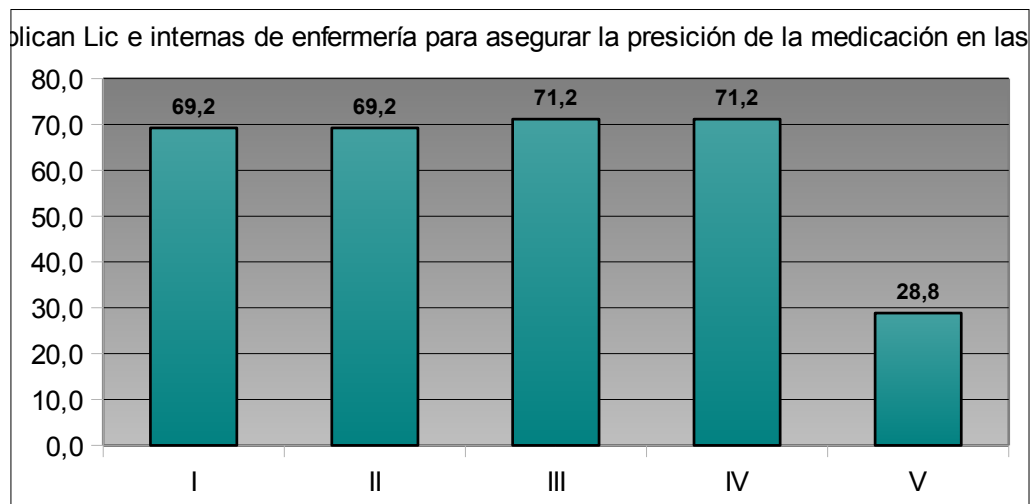


Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

Tabla 10: Medidas que aplican Lic e internas de enfermería para asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.

<b>Medidas que aplican Lic e internas de enfermería para asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales</b>		<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>I</b>	Existencia de sistemas estandarizados que reúnen información de los medicamentos que toma cada paciente (fármaco, dosis, vía, hora), proporcionando la lista a los profesionales receptores en cada punto de transición asistencial	36	69,2
<b>II</b>	Dichas listas son exhibidas en un mismo lugar (ej. Tarjetero)	36	69,2
<b>III</b>	Se comprueba la lista de medicamentos habituales con los que se van indicando durante el proceso asistencial	37	71,2
<b>IV</b>	Se actualiza la lista a medida que se emiten nuevas órdenes	37	71,2
<b>V</b>	Existe capacitación continúa sobre procedimientos de conciliación de medicamentos al personal de enfermería	15	28,8

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

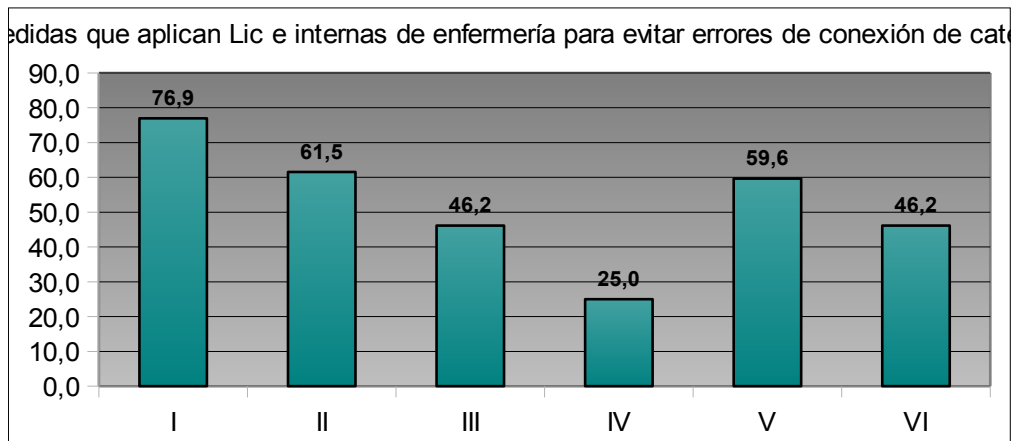


Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

Tabla 11: Medidas que aplican Lic e internas de enfermería para evitar errores de conexión de catéteres y tubos.

<b>Medidas que aplican Lic e internas de enfermería para evitar errores de conexión de catéteres y tubos</b>		<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>I</b>	Se educa a los pacientes y familiares que no deben conectar o desconectar dispositivos	40	76,9
<b>II</b>	Se etiquetan los catéteres de alto riesgo	32	61,5
<b>III</b>	Se trazan líneas desde su origen hacia el puerto de conexión antes de hacer cualquier conexión o comunicación de traspaso	24	46,2
<b>IV</b>	Se prohíbe el uso de jeringas de conexión Luer para la administración de medicamentos orales o alimentos por sonda	13	25,0
<b>V</b>	Existe capacitación sobre los peligros de conectar mal los tubos y los dispositivos al personal de enfermería	31	59,6
<b>VI</b>	Se promueve la compra de tubos y catéteres diseñados para mejorar la seguridad y evitar conexiones incorrectas con otros tubos	24	46,2

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

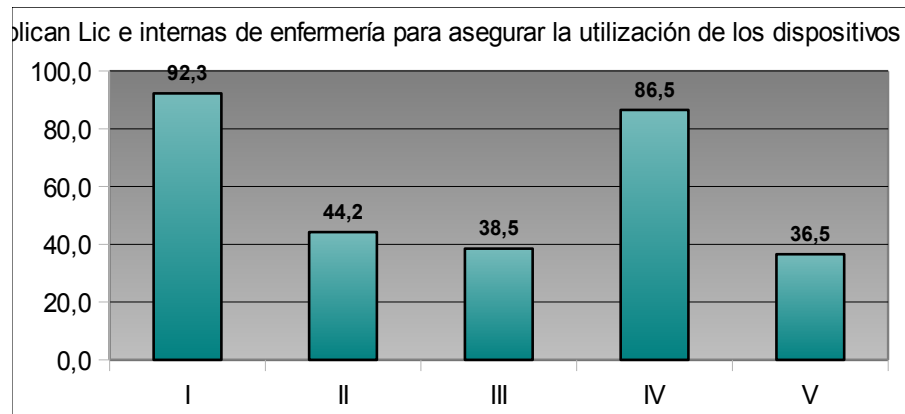


Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

Tabla 12: Medidas que aplican Lic e internas de enfermería para asegurar la utilización de los dispositivos de inyección por única vez.

<b>Medidas que aplican Lic e internas de enfermería para asegurar la <i>utilización de los dispositivos de inyección por única vez</i></b>		<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>I</b>	Se utilizan los dispositivos de inyección por única vez	48	92,3
<b>II</b>	Existencia de programas de capacitación y recursos de información sobre esta temática, para el personal de enfermería	23	44,2
<b>III</b>	Existencia de evaluación de la capacitación del personal de enfermería sobre seguridad de las inyecciones	20	38,5
<b>IV</b>	Se identifican e implementan un manejo seguro de desechos que cubren las necesidades de la institución	45	86,5
<b>V</b>	Existe promoción de las prácticas seguras como una actividad planificada y presupuestada	19	36,5

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

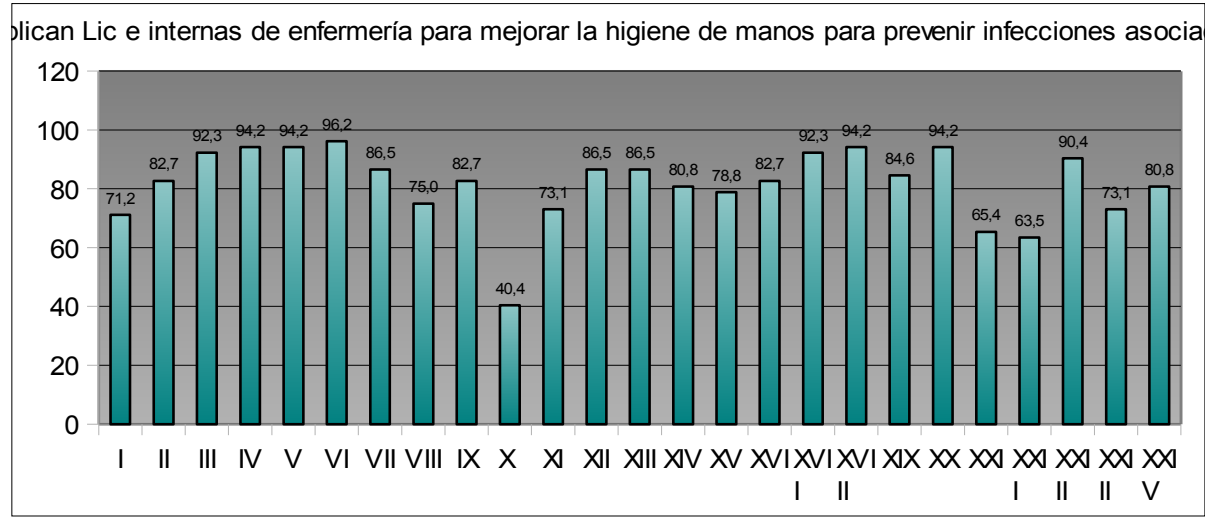


Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

Tabla 13: Mediadas que aplican Lic e internas de enfermería para mejorar la higiene de manos para prevenir infecciones asociadas a la atención de salud.

<b>Medidas que aplican Lic e internas de enfermería para mejorar la higiene de manos para prevenir infecciones asociadas a la atención de salud.</b>		<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>I</b>	Se realiza un control a través de la observación de la higiene de manos	37	71,2
<b>II</b>	Se realiza lavado de manos con agua y jabón cuando están visiblemente sucias o contaminadas	43	82,7
<b>III</b>	Se realiza lavado de manos antes y después del contacto directo con el paciente	48	92,3
<b>IV</b>	Lavado de manos después de quitarse los guantes	49	94,2
<b>V</b>	Lavado de manos antes de manipular los dispositivos invasivos (se usen guantes o no)	49	94,2
<b>VI</b>	Lavado de manos después de entrar en contacto con líquidos o secreciones corporales, mucosas, piel no intacta o bandeja de heridas	50	96,2
<b>VII</b>	Lavado de manos para asistir al paciente cuando se pase de un área del cuerpo contaminada a una limpia	45	86,5
<b>VIII</b>	Lavado de manos después de entrar en contacto con objetos inanimados	39	75,0
<b>IX</b>	Lavado de manos con agua y jabón simple o antimicrobiano, frotado de manos con preparación alcohólica antes de manipular medicamentos o preparar alimentos	43	82,7
<b>X</b>	No utiliza jabón antimicrobiano cuando ya se utilizó preparación alcohólica	21	40,4
<b>XI</b>	Aplica una dosis de producto alcohólico, extendiendo por toda la superficie de las manos y friccionándola hasta que queden secas	38	73,1
<b>XII</b>	Se lava las manos con agua y jabón, mojándolas y aplicando la cantidad de producto necesario para extenderlo por toda la superficie de las mismas	45	86,5
<b>XIII</b>	Se frota ambas palmas con movimientos rotatorios y entrelaza los dedos para cubrir toda la superficie, enjuagándose con agua y secándose con toalla desechable	45	86,5
<b>XIV</b>	Utiliza toalla para cerrar el grifo	42	80,8
<b>XV</b>	Se asegura que las manos estén secas utilizando un método que no las vuelva a contaminar	41	78,8
<b>XVI</b>	Utiliza guantes siempre que este en contacto con sangre u otros materiales parcialmente infecciosos	43	82,7
<b>XVII</b>	Se quita los guantes tras haber asistido a un paciente	48	92,3
<b>XVIII</b>	No utiliza el mismo par de guantes para atender a más de un paciente	49	94,2
<b>XIX</b>	Si está utilizando guantes durante la atención a un paciente, se los cambia al pasar de una zona del cuerpo contaminada a otra limpia del mismo paciente	44	84,6
<b>XX</b>	No reutiliza los guantes	49	94,2
<b>XXI</b>	Existencia de implementación de programas de información y motivación del personal de enfermería sobre higiene de manos	34	65,4
<b>XXII</b>	Existe la presencia de alcohol en gel a una distancia equivalente al largo de un brazo desde el lugar donde se presta atención o tto (son válidos carros, bandejas, etc.)	33	63,5
<b>XXIII</b>	Existe acceso a un suministro de agua seguro y continuo para llevar a cabo la higiene de manos	47	90,4
<b>XXIII</b>	Existe educación al personal de enfermería sobre las técnicas correctas de la higiene de manos	38	73,1
<b>XXIV</b>	Se exhiben recordatorios que promueva la higiene de manos de la institución	42	80,8

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.



Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.



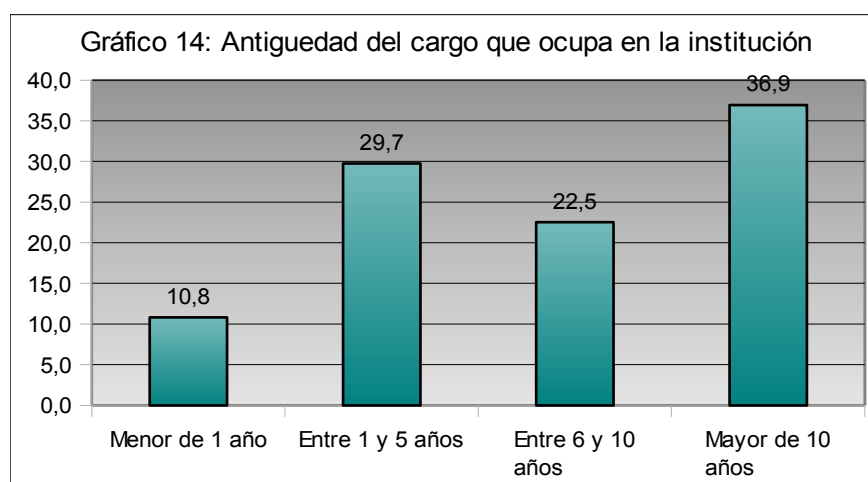
## Auxiliares de enfermería.

---

Tabla 14: Antigüedad del cargo que ocupa en la institución.

Antigüedad del cargo en la institución	FA	FR %
Menor de 1 año	12	10,8
Entre 1 y 5 años	33	29,7
Entre 6 y 10 años	25	22,5
Mayor de 10 años	41	36,9
Total	111	100,0

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

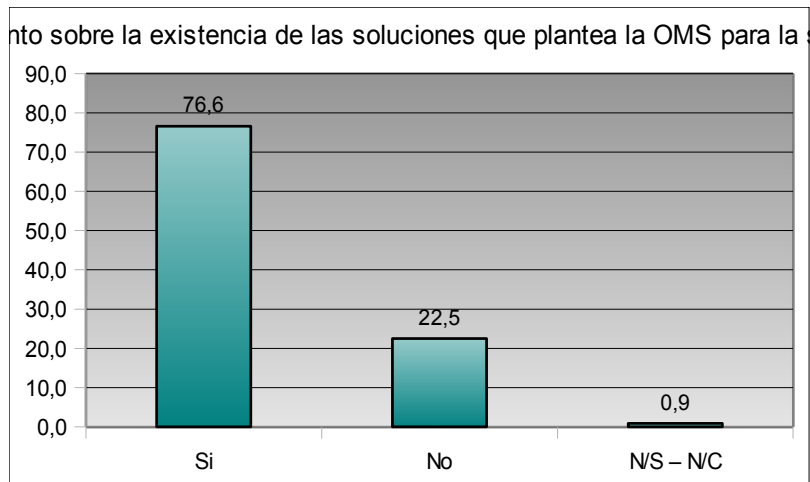


Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

Tabla 15: Conocimiento sobre la existencia de las soluciones que plantea la OMS para la seguridad del paciente.

Conoce las soluciones que plantea la OMS para la seguridad del paciente	FA	FR %
Si	85,0	76,6
No	25,0	22,5
N/S – N/C	1,0	0,9
Total	111,0	100,0

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

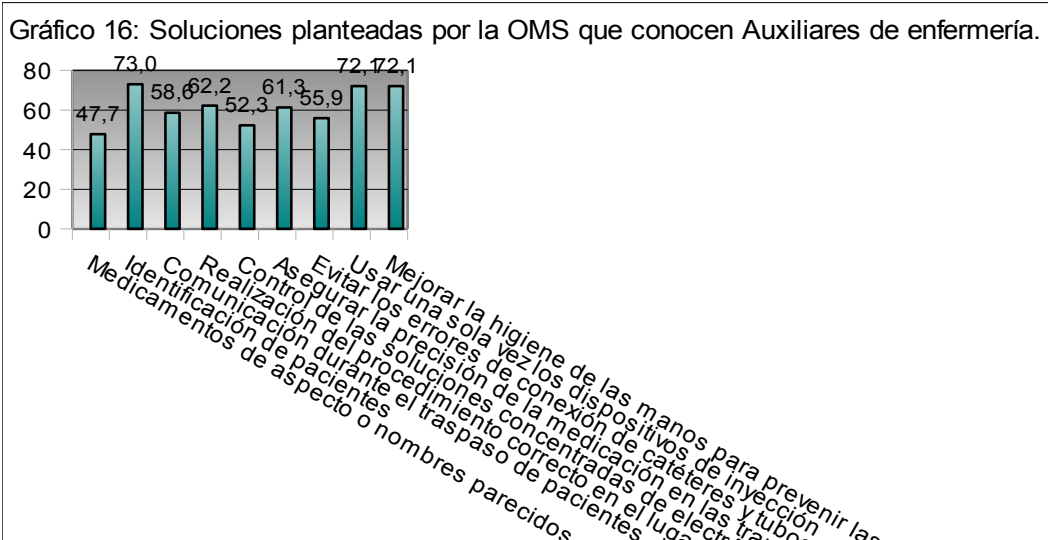


Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

Tabla 16: Soluciones planteadas por la OMS que conocen Auxiliares de enfermería

SOLUCIONES PLANTEADAS POR LA OMS QUE CONOCEN AUXILIARES DE ENFERMERÍA	FA	FR %
Medicamentos de aspecto o nombres parecidos	53,0	47,7
Identificación de pacientes	81,0	73,0
Comunicación durante el traspaso de pacientes	65,0	58,6
Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto	69,0	62,2
Control de las soluciones concentradas de electrolitos	58,0	52,3
Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales	68,0	61,3
Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos	62,0	55,9
Usar una sola vez los dispositivos de inyección	80,0	72,1
Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención a la salud.	80,0	72,1

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

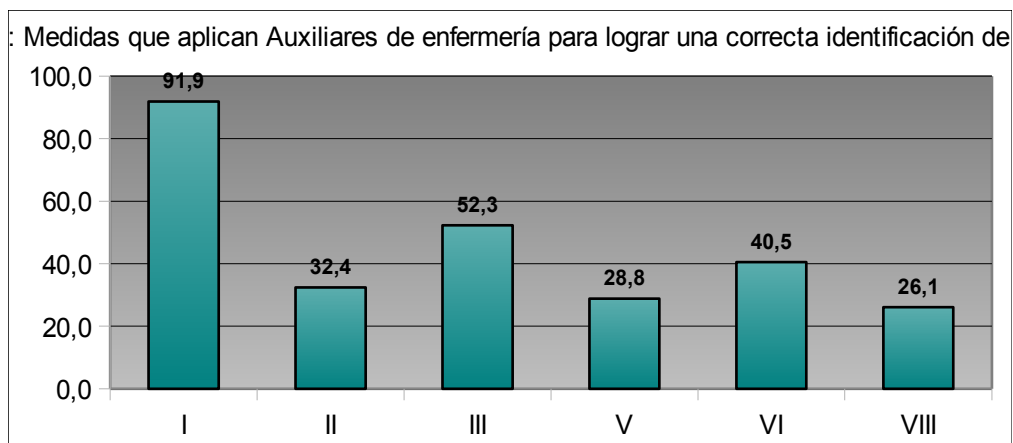


Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

Tabla 17: Medidas que aplican Auxiliares de enfermería para lograr una correcta identificación de pacientes.

<b>Medidas que aplican Auxiliares de enfermería para lograr una correcta identificación del paciente</b>		<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>I</b>	verificación de la identificación de los pacientes en la institución	102	91,9
<b>II</b>	utilización de dos identificadores	36	32,4
<b>III</b>	identificación de los pacientes en los distintos establecimientos dentro de la institución	58	52,3
<b>V</b>	participación de los pacientes en todas las etapas del proceso	32	28,8
<b>VI</b>	etiquetar los tubos para exámenes de laboratorio frente al paciente	45	40,5
<b>VIII</b>	se controla y revisa reiteradamente los datos del paciente en un sistema informático	29	26,1

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

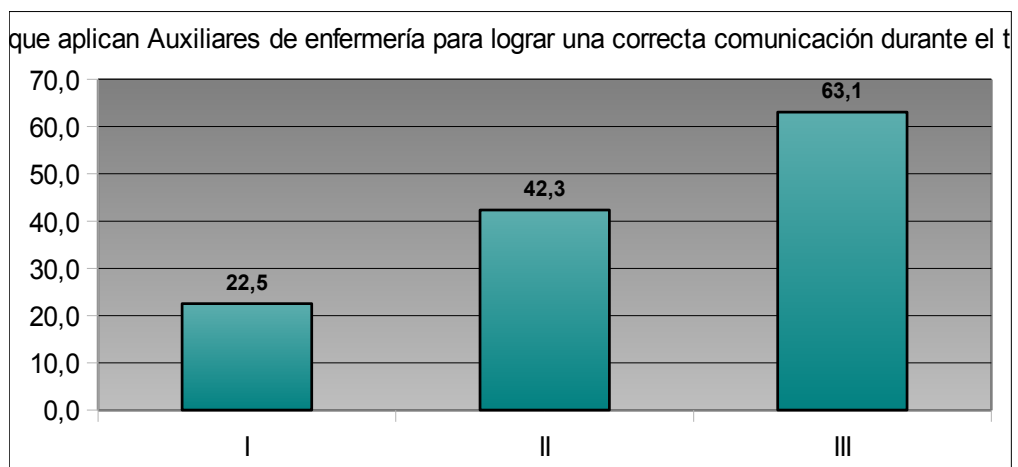


Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

Tabla 18: Medidas que aplican Auxiliares de enfermería para lograr una correcta comunicación durante el traspaso de pacientes.

<b>Medidas que aplican Auxiliares de enfermería para lograr una correcta comunicación durante el traspaso del paciente</b>		<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>I</b>	Existencia de un enfoque estandarizado que incluya uso de técnica SBAR	25	22,5
<b>II</b>	Existencia de un enfoque estandarizado que incluya tiempo suficiente para brindar información del estado del paciente	47	42,3
<b>III</b>	Existencia de enfoque estandarizado que incluya suministro de información referente el estado del paciente, medicamento, tto y cualquier cambio relevante	70	63,1

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

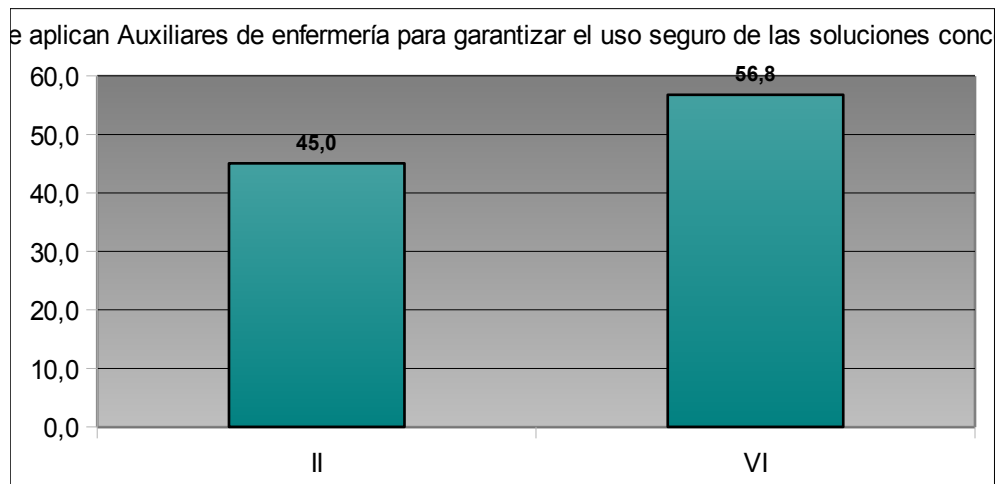


Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

Tabla 19: Medidas que aplican Auxiliares de enfermería para Garantizar el uso seguro de las soluciones concentradas de electrolitos.

<b>Medidas que aplican Auxiliares de enfermería para <i>garantizar el uso seguro de las soluciones concentradas de electrolitos</i></b>		<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>II</b>	Se trata al KCl como una sustancia controlada	50	45,0
<b>VI</b>	Se utilizan BIC para la administración de soluciones concentradas	63	56,8

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

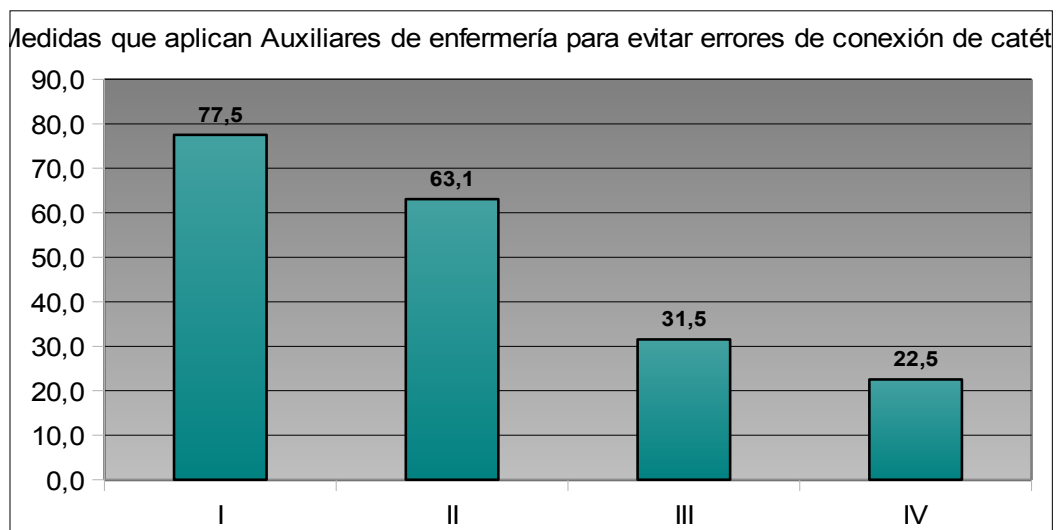


Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

Tabla 20: Medidas que aplican Auxiliares de enfermería para evitar errores de conexión de catéteres y tubos.

<b>Medidas que aplican Auxiliares de enfermería para evitar errores de conexión de catéteres y tubos</b>		<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>I</b>	Se educa a los pacientes y familiares que no deben conectar o desconectar dispositivos	86	77,5
<b>II</b>	Se etiquetan los catéteres de alto riesgo	70	63,1
<b>III</b>	Se trazan líneas desde su origen hacia el puerto de conexión antes de hacer cualquier conexión o comunicación de traspaso	35	31,5
<b>IV</b>	Se prohíbe el uso de jeringas de conexión Luer para la administración de medicamentos orales o alimentos por sonda	25	22,5

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.



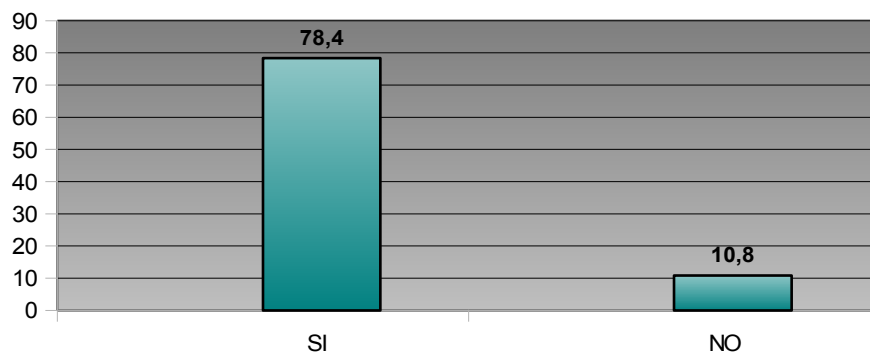
Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

Tabla 21: Utilización de los dispositivos de inyección por única vez.

<i>Utilización de los dispositivos de inyección por única vez</i>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
SI	87	78,4
NO	12	10,8

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

Gráfico 21: Utilización de los dispositivos de inyección por única vez



Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

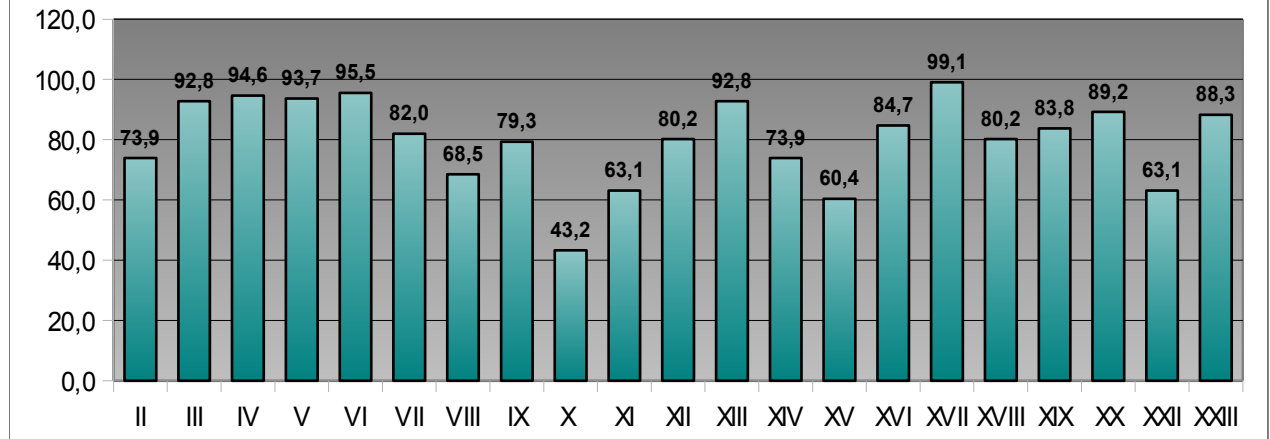


Tabla 22: Medidas que aplican Auxiliares de enfermería para Mejorar la higiene de mano para prevenir infecciones asociadas a la atención de salud.

<b>Medidas que aplican Auxiliares de enfermería de la variable <i>mejorar la higiene de manos para prevenir infecciones asociadas a la atención de salud</i></b>		<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>I</b>	Se realiza lavado de manos con agua y jabón cuando están visiblemente sucias o contaminadas	82	73,9
<b>II</b>	Se realiza lavado de manos antes y después del contacto directo con el paciente	103	92,8
<b>III</b>	Lavado de manos después de quitarse los guantes	105	94,6
<b>IV</b>	Lavado de manos antes de manipular los dispositivos invasivos (se usen guantes o no)	104	93,7
<b>V</b>	Lavado de manos después de entrar en contacto con líquidos o secreciones corporales, mucosas, piel no intacta o bandeja de heridas	106	95,5
<b>VI</b>	Lavado de manos para asistir al paciente cuando se pase de un área del cuerpo contaminada a una limpia	91	82,0
<b>VII</b>	Lavado de manos después de entrar en contacto con objetos inanimados	76	68,5
<b>VIII</b>	Lavado de manos con agua y jabón simple o antimicrobiano, frotado de manos con preparación alcohólica antes de manipular medicamentos o preparar alimentos	88	79,3
<b>IX</b>	No utiliza jabón antimicrobiano cuando ya se utilizó preparación alcohólica	48	43,2
<b>X</b>	Aplica una dosis de producto alcohólico, extendiendo por toda la superficie de las manos y friccionándola hasta que queden secas	70	63,1
<b>XI</b>	Se lava las manos con agua y jabón, mojándolas y aplicando la cantidad de producto necesario para extenderlo por toda la superficie de las mismas	89	80,2
<b>XII</b>	Se frota ambas palmas con movimientos rotatorios y entrelaza los dedos para cubrir toda la superficie, enjuagándose con agua y secándose con toalla desechable	103	92,8
<b>XIII</b>	Utiliza toalla para cerrar el grifo	82	73,9
<b>XIV</b>	Se asegura que las manos estén secas utilizando un método que no las vuelva a contaminar	67	60,4
<b>XV</b>	Utiliza guantes siempre que este en contacto con sangre u otros materiales parcialmente infecciosos	94	84,7
<b>XVI</b>	Se quita los guantes tras haber asistido a un paciente	110	99,1
<b>XVII</b>	No utiliza el mismo par de guantes para atender a más de un paciente	89	80,2
<b>XVIII</b>	Si está utilizando guantes durante la atención a un paciente, se los cambia al pasar de una zona del cuerpo contaminada a otra limpia del mismo paciente	93	83,8
<b>XIX</b>	No reutiliza los guantes	99	89,2
<b>XX</b>	Existe la presencia de alcohol en gel a una distancia equivalente al largo de un brazo desde el lugar donde se presta atención o tto (son válidos carros, bandejas, etc.)	70	63,1
<b>XXII</b>	Existe acceso a un suministro de agua seguro y continuo para llevar a cabo la higiene de manos	98	88,3

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

as que aplican Auxiliares de Enfermería para mejorar la higiene de manos para prevenir infecciones asociadas a la



Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería.

*Ministerio de Salud Pública*

Montevideo, ~~21~~ **1** AGO 2008

**VISTO:** la Ordenanza Ministerial N° 660 de 20 de octubre de 2006;

**RESULTANDO:** I) que, por dicha Ordenanza se dispuso la creación en el ámbito de la Dirección General de la Salud, de una Comisión Asesora con el objetivo de adaptar definiciones sobre “EVENTOS ADVERSOS EN EL ÁREA DE LA SALUD”, a la que responsabilizó de diseñar y proponer políticas y actividades para la seguridad de los pacientes y prevención del error en medicina;

II) que la seguridad del paciente y las acciones orientadas a prevenir, interceptar y mitigar los eventos adversos que se producen durante la atención médica, son un importante objetivo de la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud que nuestro país desea jerarquizar;

III) que, con el mismo objetivo se puede incorporar al concepto amplio de seguridad del paciente, la importancia que tiene el correcto registro de las Historias Clínicas por parte del equipo de salud, siendo esto además un requisito para cualquier mejora de la calidad asistencial y por tanto para la garantía de la propia seguridad del usuario del Sistema Nacional Integrado de Salud;

**CONSIDERANDO:** I) que, de acuerdo a la Ley Orgánica del Ministerio de Salud Pública N° 9.202 de 12 de enero de 1934, compete a esta Cartera velar por el mantenimiento de la salud colectiva, dictando los reglamentos y disposiciones necesarias para ese fin primordial, determinando las condiciones que deben observar los establecimientos públicos y privados, así como disponer su inspección y vigilancia;

II) que, la Comisión para la Seguridad de los Pacientes y Prevención del Error en Medicina ha iniciado sus tareas, capacitando e involucrando a integrantes de los equipos de salud en forma voluntaria a ésta temática, en varias zonas del país;

**MSP detectó 6 errores en sistema de salud que afectan a pacientes. Fallas evitables. Comisión identificó equivocaciones que van desde errores que ponen en riesgo la vida a falta de coordinación | Pidieron a OPS cooperación para crear registro y que se notifiquen**

DÉBORAH FRIEDMANN

Equivocarse al indicar anticoagulantes o al administrar insulina, confundir pacientes al darles medicación y usar un tipo de suero por vía intravenosa cuando no es para ese fin son errores advertidos por la Comisión de Seguridad del Paciente del MSP.

Ese grupo de trabajo efectuó una solicitud de cooperación a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para obtener financiamiento y crear un sistema de registro y notificación de eventos adversos e implementar una lista de items que deberán chequear los cirujanos antes, durante y después de una intervención quirúrgica, informó Homero Bagnulo, presidente de la Comisión a El País.

"Los sistemas de notificación constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia", señalaron Bagnulo, el ex director de la Salud Jorge Basso y los médicos Mario Godino y Marcelo Barbato en el artículo Los que sufren innecesariamente, publicado ayer por la "Revista Médica del Uruguay".

Consideraron que un mecanismo de este tipo permitiría mejorar la atención en diversos sentidos: alertar de nuevos riesgos, compartir información sobre diferentes métodos para prevenir errores y recomendar mejores prácticas.

"EVITABLES". En Uruguay no está estudiado el impacto de los daños evitables. "Definir la línea de base y reconocer la realidad nacional es una decisión estratégica para trabajar en la prevención y mejorar nuestro conocimiento institucional", opinaron los especialistas.

De todos modos, la Comisión para la Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina -creada en 2007 y dependiente de la Dirección General de la Salud del MSP- estudió historias clínicas y casos acercados por pacientes, médicos e instituciones. El grupo analiza únicamente los errores productos de problemas del sistema de salud, que a nivel internacional constituyen el 80% del total. El 20% restante, que se dan por negligencia médica, no están en su órbita.

"Está demostrado que los mismos errores se reiteran. ¿Por qué? Porque están inmersos en los sistemas, que tienen alguna vía por el que el error tiende a perpetuarse, salvo que se efectúe un análisis causa raíz y se cambie", sostuvo Bagnulo.

Entre los "errores más frecuentes" que detectaron está la incorrecta utilización de anticoagulantes, que es un caso típico de un error sistémico. El paciente se hace un examen de laboratorio para determinar los tiempos de coagulación. Luego, vuelve al médico con el resultado. En esos días que transcurren hasta la consulta la situación de la persona puede haber cambiado. Y la dosis que se le indique puede no estar acorde con su condición.

Una proporción inapropiada de anticoagulantes puede provocar desde una hemorragia cerebral hasta un sangrado digestivo, urinario o nasal.

"En este caso es muy difícil atribuir la culpa. Puede suceder, por ejemplo, que el paciente demore en concurrir a la consulta o que haya retraso por parte de la institución en darle una hora con el especialista", señaló el presidente de la Comisión.

Varias instituciones asistenciales tomaron medidas para evitar este error e implementaron policlínicas de anticoagulación donde la persona consulta, se le efectúan los análisis y se le prescribe la medicación adecuada, contó Bagnulo.

Otro de los errores "comunes" que detectaron -"y que se producen en todos los sistemas"- es la confusión al dar dosis de hipoglucemiantes, ya sea insulina o por vía oral. Se registraron

errores en las dosis, en el momento de administrarlas y equivocaciones al suministrarla a un paciente que no necesitaba esa medicación. Este último caso puede provocar -si el error no es detectado a tiempo y se le suministra suero glucosado para contrarrestarlo- que la persona sufra un daño cerebral.

Hay situaciones que predisponen a esos problemas. "A veces, en una sala con 20 pacientes hay tres de apellido Rodríguez", ejemplificó Bagnulo.

En esos casos, es importante la actitud que pueda tener el propio paciente o un familiar y preguntar qué medicamento le pretenden administrar y quién se lo prescribió.

La enfermera llegó con dos pastillas y le ordenó que las tomara. La paciente, semidormida, preguntó qué eran y dijo que no tenía remedios indicados a esa hora. "Tomátelos, son para vos", le dijo casi metiéndoselos en la boca. Le habían sido prescritos a la mujer que estaba en la cama de al lado.

Para evitar este tipo de casos, contó Bagnulo, hay estrategias como que una sola persona sea la responsable dentro de determinada área de suministrar la medicación y que, mientras desarrolla esa tarea, no pueda ser interrumpida por ninguna razón.

Al analizar historias clínicas, los integrantes de la Comisión encontraron varios casos de personas en distintas instituciones de salud a quienes se les había suministrado por vía intravenosa suero hipertónico -con alto contenido de sodio- cuando "generalmente" no está indicado para ser administrado de esa forma. Lo que sucedió, señaló Bagnulo, es que la advertencia de que no es para uso intravenoso está en la etiqueta en letra "muy chica". En esos casos hubo varios errores: de quien hizo el stock, del personal de farmacia que lo envió al sitio equivocado y de quien lo suministró. Las consecuencias de ese error: desde un monitoreo en cuidados intensivos hasta morir.

Equipos y listas. Otro de los problemas comunes al sistema es que "no se trabaja en equipo", dijo el presidente de la Comisión. "Los equipos son muy importantes por la interconsulta porque los médicos muy a menudo siguen preconceptos. La manera de evitar eso es discutiéndolo con otros", señaló.

Para combatir esos preconceptos, una de las estrategias recomendadas es que el médico deje de pensar en el diagnóstico al que arribó y evalúe el opuesto. Y en vez de solicitar exámenes clínicos que confirmen su conclusión, pedir otros que descarten otras patologías.

Además, detectaron errores derivados de fallas en la memoria por cansancio o problemas personales. "Una de las formas de contrarrestarlo es tener check list, es decir listas claras y concisas de lo que hay que hacer. Por eso planteamos incorporarlas, en primer lugar, para los cirujanos", explicó Bagnulo.

Le practicaron una punción lumbar. Dos médicos le dijeron que el análisis había dado que no había problemas en el líquido cefalorraquídeo. Al mes lo vio otro especialista. Se dio cuenta de que en el procedimiento habían omitido tomar la presión del líquido. Le ordenó repetir el examen. Tenía la presión elevada.

Junasa: Abordará en esta administración los errores médicos, dijo su titular, Luis E. Gallo.

### **Mueren 10.000 por día**

**CRÍTICO** Los daños evitables son uno de los principales problemas de salud pública mundial. En Estados Unidos 10% de los pacientes que ingresan sufren de eventos adversos y 2% llegan a fallecer o padecer de un daño permanente. En el mundo mueren 10.000 personas por día vinculadas a errores médicos.

**DISEÑO** Los pacientes son frecuentemente dañados porque los sistemas están pobremente diseñados. El error es el resultado final de causas complejas como fallas en el equipamiento, factores humanos, mala comunicación o deficiente evaluación del riesgo. Para mejorarlos, es necesario aprender sobre las causas que los provocan.

**RECOMENDACIONES** Implementar sistemas de comunicación y análisis de errores no punitivos, estandarizar procedimientos y simplificar procesos e incrementar la capacitación.

MEDIDAS Para aumentar la seguridad en la atención se aplican medidas como limitar horarios, desarrollar tecnologías de información, comunicar los daños, promover el compromiso de pacientes en la autoseguridad, incluir la seguridad en la atención en la formación del pregrado y capacitar para que se desarrollen tareas en equipo. (Fuentes: "Los que sufren innecesariamente" y "Evaluación del riesgo en eventos adversos" de H. Bagnulo, J. Basso, M. Barbato y M. Godino)

---

## Anexo 7: Administración segura de Medicación

---

Antes de administrar un medicamento debemos tener en cuenta las siguientes reglas generales:

**1Administrar el medicamento correcto** Identificar el medicamento y comprobar y comprobar la fecha de caducidad del mismo. Comprobar el nombre de la especialidad al preparar el medicamento. Comprobar el nombre de la especialidad para administrar el medicamento. Si existe alguna duda no administrar y consultar. Se desechará cualquier especialidad farmacéutica que no esté correctamente identificada.

**2Administrar el medicamento al paciente indicado.** Comprobar la identificación del paciente.

**3Administrar la dosis correcta** Siempre que una dosis prescrita parezca inadecuada, comprobarla de nuevo.

**4Administrar el medicamento por la vía correcta** Asegurarse de que la vía de administración es la correcta. Si la vía de administración no aparece en la prescripción consultar.

**5Administrar el medicamento a la hora correcta** Comprobar el aspecto del medicamento antes de administrarlo, posibles precipitaciones, cambios de color. Se debe prestar especial atención a la administración de antibióticos, antineoplásicos y aquellos medicamentos que exijan un intervalo de dosificación estricto.

**6Registrar todos los medicamentos registrados** Registrar y firmar lo antes posible la administración del medicamento. Si por alguna razón no se administra un medicamento, registrar en la Hoja de Evolución de Enfermería especificando el motivo y en la hoja de incidencias de dosis unitarias si procede. Cuando se administre un medicamento "según necesidades", anotar el motivo de la administración. No olvidar nunca la responsabilidad legal.

**7Informar e instruir al paciente sobre los medicamentos que está recibiendo**

**8Comprobar que el paciente no toma ningún medicamento ajeno al prescrito.**

**9Investigar si el paciente padece alergias y descartar interacciones farmacológicas.**

**10 Antes de preparar y administrar un medicamento realizar lavado de manos.**

---

## **Anexo 8: Directrices de la OMS sobre higiene de manos en la atención sanitaria.**

---

### **1. Indicaciones para el lavado y la antisepsia de las manos**

1- Lavarse las manos con agua y jabón cuando estén visiblemente sucias o contaminadas con material proteínico, o visiblemente manchadas con sangre u otros líquidos corporales, o bien cuando haya sospechas fundadas o pruebas de exposición a organismos con capacidad de esporular, así como después de ir al baño.

2- En todas las demás situaciones clínicas descritas en los apartados C(a) a C(f) que aparecen más abajo, aunque las manos no estén visiblemente sucias, utilizar preferentemente la fricción con una preparación alcohólica para la antisepsia sistemática de las manos, o lavarse las manos con agua y jabón.

3- Proceder a la higiene de las manos:

- 1- antes y después del contacto directo con pacientes;
- 2- después de quitarse los guantes;
- 3- antes de manipular un dispositivo invasivo (se usen guantes o no) como parte de la asistencia al paciente;
- 4- después de entrar en contacto con líquidos o excreciones corporales, mucosas, piel no intacta o vendajes de heridas;
- 5- al atender al paciente, cuando se pase de un área del cuerpo contaminada a otra limpia ;
- 6- después de entrar en contacto con objetos inanimados (incluso equipo médico) en la inmediata vecindad del paciente;

4- Lavarse las manos con agua y un jabón simple o antimicrobiano, o frotárselas con una preparación alcohólica antes de manipular medicamentos o preparar alimentos.

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

### **2. Técnica de higiene de las manos**

**a-** Aplicar una dosis de producto, extenderlo por toda la superficie de las manos y friccionarlas hasta que queden secas.

**b-** Cuando se laven las manos con agua y jabón, mojarlas con agua y aplicar la cantidad de producto necesaria para extenderlo por toda la superficie de las mismas.

Frotarse enérgicamente ambas palmas con movimientos rotatorios y entrelazar los dedos para cubrir toda la superficie. Enjuagarse las manos con agua y secarlas completamente con una toalla desechable. Siempre que sea posible, utilizar agua corriente limpia. Utilizar la toalla para cerrar el grifo.

**c-** Asegurarse de que las manos estén secas. Utilizar un método que no las contamine de nuevo. Cerciorarse de que las toallas no se utilicen varias veces o por varias personas. No emplear agua caliente porque la exposición repetida a ella eleva el riesgo de dermatitis.

**e-** Para el lavado de las manos con agua y un jabón no antimicrobiano pueden emplearse jabones simples líquidos, en pastilla, en hojas o en polvo. Las pastillas de jabón deben ser pequeñas y colocarse sobre rejillas que faciliten el drenaje

### **Recomendaciones para la antisepsia preoperatoria de las manos:**

- 1- Si las manos están visiblemente sucias, lavarlas con un jabón común antes de proceder a la antisepsia preoperatoria. Con un limpiaúñas, bajo el grifo abierto, eliminar la suciedad que se encuentre debajo de las uñas.
- 2- Los lavabos deben estar diseñados de manera que permita reducir el riesgo de salpicaduras.



- 3- Quitarse anillos, relojes y pulseras antes de iniciar la antisepsia preoperatoria de las manos. Están prohibidas las uñas artificiales.
- 4- Proceder a la antisepsia preoperatoria de las manos lavándose las con un jabón antimicrobiano o frotándose las con una preparación alcohólica, preferentemente con insistencia, antes de ponerse los guantes estériles.
- 5- Si la calidad del agua del quirófano no está garantizada, se recomienda la antisepsia preoperatoria de las manos con una preparación alcohólica antes de colocarse los guantes estériles.
- 6- Al proceder a la antisepsia preoperatoria de las manos con un jabón antimicrobiano, lavarse las manos y los antebrazos durante el tiempo recomendado por el fabricante (2 a 5 minutos). No es necesario prolongar más el lavado (por ejemplo, durante 10 minutos).
- 7- Cuando se utilice una preparación alcohólica de acción prolongada para fricción de las manos, seguir las instrucciones del fabricante. Aplicarla únicamente en las manos secas. No combinar sucesivamente la antisepsia por lavado y por fricción alcohólica.
- 8- Cuando se utilice una preparación alcohólica, aplicar una cantidad suficiente de producto para mantener las manos y los antebrazos humedecidos por éste durante todo el procedimiento.
- 9- Tras aplicar la preparación alcohólica, dejar que las manos y los antebrazos se sequen por completo antes de ponerse los guantes estériles.

#### **Uso de guantes:**

- El uso de guantes no sustituye la limpieza de las manos por fricción o lavado.
- Utilizar guantes siempre que se prevea el contacto con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos, mucosas o piel no intacta.
- Quitarse los guantes tras haber atendido a un paciente. No usar el mismo par para atender a más de un paciente.
- Si se están utilizando guantes durante la atención a un paciente, cambiárselos o quitárselos al pasar de una zona del cuerpo contaminada a otra limpia del mismo paciente o al medio ambiente.
- No reutilizar los guantes. Si se reutilizan, reprocesarlos con métodos que garanticen su integridad y su descontaminación microbiológica



## **Anexo 10: Autorizaciones**



MESA DE ENTRADA				
HOSP. PASTEUR				
INC	UE	T.	Nº	ANO
28	006	3	623	2011

Montevideo, Febrero de 2011

Hospital Pasteur

Director Dr. Ricardo Ayestarán y Subdirectora Lic. Cristina D'Esteban:

Somos estudiantes de la Licenciatura de Enfermería, pertenecientes a la Facultad de Enfermería-UDELAR, estamos realizando una investigación sobre la disciplina de enfermería para defender en la tesis, el título de la misma es *Aplicación de las "9 soluciones para la seguridad del paciente" sugeridas por las OMS*.

Nos dirigimos a ustedes en busca de su amable atención y con el afán de conseguir vuestro consentimiento para poder llevar a cabo la recolección de datos dentro de su institución que serán de vital importancia para cumplir con nuestro trabajo, devolviéndole posteriormente los resultados del mismo.

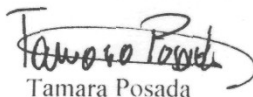
La recolección de datos será mediante una encuesta dicotómica dirigida a Licenciados y Auxiliares de Enfermería.

Se conservará el anonimato tanto de la institución como de los participantes durante todo el proceso.

Para mas información se anexa consentimiento informado y protocolo de investigación

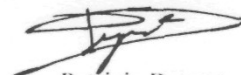
Desde ya le agradecemos el tiempo y las molestias que pudiéramos ocasionarle.

En la espera de su respuesta, Saludan atte:



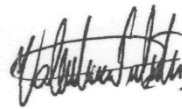
Tamara Posada

Aux. de Enf.



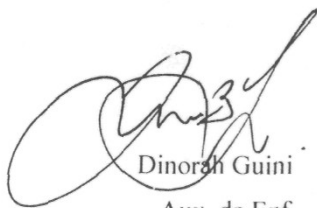
Patricia Buquet

Aux. de Enf.



Valentina Portantier

Aux. de Enf.



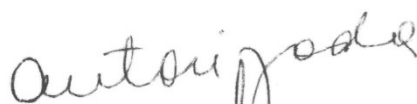
Dinorah Guini

Aux. de Enf.



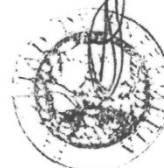
Leticia Martins

Aux. de Enf.



Lic. Cristina Corujo  
Jefe Dpto. de Enfermería  
Hospital Pasteur

SECCIÓN DE DELIA



Facultad de Enfermería



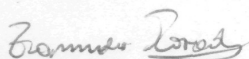
Montevideo, Enero de 2011

Estimada Jefa del Depto. de Enfermería del Hospital de Clínicas:

Somos estudiantes de la Licenciatura de Enfermería, pertenecientes a la Facultad de Enfermería-UDELAR, estamos realizando una investigación sobre la disciplina de enfermería para defender en la tesis, el título de la misma es *Aplicación de las "9 soluciones para la seguridad del paciente" sugeridas por las OMS*. Nos dirigimos a usted en busca de su amable atención y con el afán de conseguir su consentimiento para poder llevar a cabo una entrevista en la cual podamos expresarle los objetivos de nuestra investigación a realizar y solicitarle autorización para extraer datos dentro de su institución que serán de vital importancia para cumplir con nuestro trabajo, devolviéndole posteriormente los resultados del mismo. Se conservará el anonimato de la institución durante todo el proceso de recolección de datos.

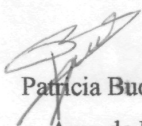
Desde ya le agradecemos el tiempo y las molestias que pudiéramos ocasionarle.

Saludan atentamente,



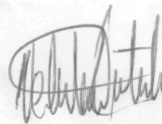
Tamara Posada

Aux. de Enf.



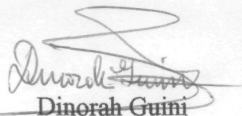
Patricia Buquet

Aux. de Enf.



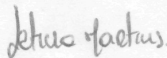
Valentina Portantier

Aux. de Enf.





Dinorah Guini

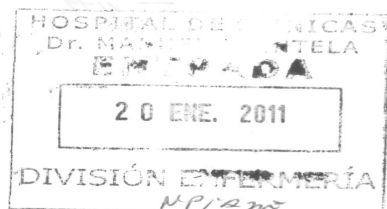
Aux. de Enf.



Leticia Martins

Aux. de Enf.

*Se acaudala de consi Dist Dpto Educacion.*  
*31/enero/se autoriza*  





UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

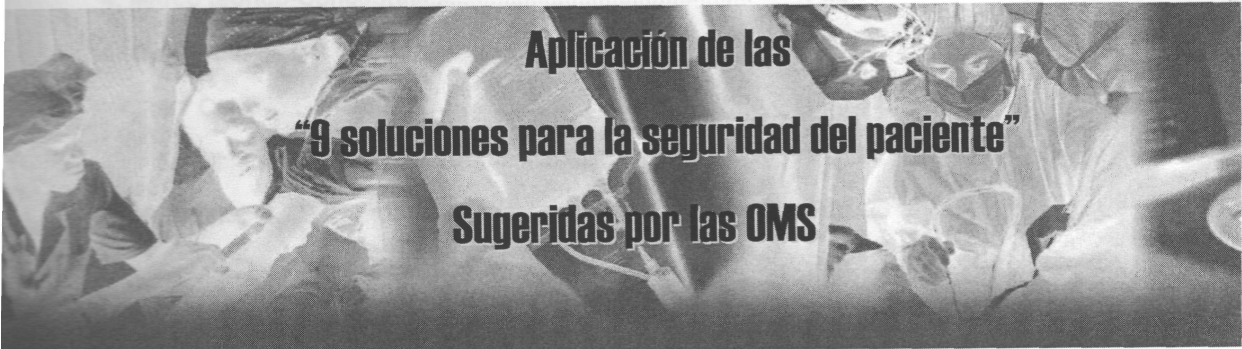
Facultad de Enfermería

Trabajo final de Investigación

Cátedra de atención al Adulto y Anciano



1. Introducción.....	Pág. 7
2. Planteamiento de Problema.....	Pág. 8
3. Fundamentación del tema.....	Pág. 9
4. Marco teórico Conceptual.....	Pág. 11



5. Criterios de inclusión y exclusión.....	Pág. 21
6. Justificación.....	Pág. 21
7. Objetivos y Método de investigación.....	Pág. 32
8. Marco de Análisis.....	Pág. 32
9. Resultados.....	Pág. 32
10. Referencias Bibliográficas.....	Pág. 32
11. Anexos.....	Pág. 32

Tutor: Prof. Agdo. Gloria Piñero

Estudiantes:

Br. Patricia Buquet

Br. Dinorah Guini

Br. Leticia Martins

Br. Valentina Portantier

Br. Tamara Posada

Montevideo, 22 de Noviembre 2010

31/nov/2011  
 Se autoriza a realizar la instrumentación de la investigación sobre "Seguridad del Paciente" en los pisos: 2, 7, 8, 9 RPA y CTI.  
 se solicita discrecionalidad de los datos obtenidos y sugerimos entregar los resultados obtenidos de la investigación.

Lice  
 Director Dpto  
 Educación.



Montevideo, Febrero 2011

CETIL - CEDIPRU

Estimado Sr. Carlos Tango

Somos estudiantes de la Licenciatura de Enfermería, pertenecientes a la Facultad de Enfermería-UDELAR, estamos realizando una investigación sobre la disciplina de enfermería como defensa de tesis, el título de la misma es *Aplicación de las "9 soluciones para la seguridad del paciente" sugeridas por la OMS.*

Nos dirigimos a usted en busca de su amable atención y con el afán de conseguir su consentimiento para poder llevar a cabo la recolección de datos dentro de su institución que serán de vital importancia para cumplir con nuestro trabajo, devolviéndole posteriormente los resultados del mismo.

La recolección de datos será mediante una encuesta dicotómica dirigida a Licenciados y Auxiliares de Enfermería.

Se conservará el anonimato de la institución como de los participantes durante todo el proceso.

Para más información se anexa consentimiento informado y protocolo de investigación.

Desde ya le agradecemos el tiempo y las molestias que pudiéramos ocasionarle

En la espera de su respuesta, Saludan arte:

Támara Posada  
Aux. de Enf.

Patricia Buquet  
Aux. de Enf.

Valentina Portantier  
Aux. de Enf.

Dinorah Guini  
Aux. de Enf.

Leticia Martins  
Aux. de Enf.

SECCIÓN DEBELLIA



Facultad de Enfermería

## Anexo 11: Modelo ejemplo de planilla para el control de sueros

Nombre, hab. y cama de pte.	Medicación a administrar	Hora de comienzo	Hora de finalización	Control	Cuadrícula
Leticia Martins Hab 7, cama 3.	SF 1000cc + 2KCL	H:7	H: 19	H 7:  H 9: Restan <b>800cc.</b>  H 11:	1000 750 500 250 0  7 10 <del>13</del> 16 <del>19</del>
Dinorah Guini Hab 8, cama 2	SG 5% 1000 + 2 Ketofen	H: 8	H: 20	H 13:  H15: <b>Restan 400cc.</b>  H 17:	1000 750 500 250 0  <del>8</del> 11 <del>14</del> 17 <del>20</del>