



guía

de práctica clínica

seguridad del paciente



Índice

Prólogo	5
Agradecimientos.	7
Composición del grupo de trabajo	9
Notas para los usuarios	11
Resumen de recomendaciones. Guía de referencia rápida	13
Guía de práctica clínica. Seguridad del paciente	21
Introducción	23
Identificación de pacientes	37
Control de infecciones	41
Órdenes verbales	43
Administración de medicación	45
Prevención de caídas y lesiones	49
Transferencia-comunicación durante el traspaso de pacientes	51
Anexo. Recomendaciones sobre higiene de manos.	55
Bibliografía	59

Prólogo

La *Empresa Pública de Emergencias Sanitarias* presenta la guía de práctica clínica que aborda de forma exclusiva la seguridad del paciente, independientemente del proceso patológico que padezcan las personas asistidas.

La *Guía de Práctica Clínica sobre Seguridad del Paciente* aborda seis líneas de actuación sanitaria con las principales recomendaciones que los profesionales sanitarios deben seguir en cada una de ellas para incrementar la seguridad de los pacientes durante la asistencia, máxime en situaciones de urgencias y emergencias en el que el entorno cambiante y el factor tiempo incorporan mayores riesgos a la atención sanitaria.

Este documento ha sido elaborado con el espíritu de servir como referencia en la toma de decisiones de todos los profesionales sanitarios de las urgencias y emergencias extrahospitalarias, con el objetivo de aumentar la calidad de los cuidados prestados desde la buena práctica en la experiencia clínica.

Fruto del esfuerzo del Grupo de Cuidados de Enfermería de EPES, esta guía de actuación clínica recoge las recomendaciones de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) y su contenido está avalado por expertos en Seguridad del Paciente, pertenecientes al Observatorio de Seguridad del Paciente de la ACSA y a la Dirección de la Estrategia de Cuidados de la Consejería de Salud de Andalucía.

Sirva este prólogo también, de agradecimiento a todas las instituciones y a todas las personas que de alguna u otra forma han contribuido a la generación de esta guía. Con el deseo de que sea de utilidad a los profesionales que acudan a ella, esperamos que esta *Guía de Práctica Clínica sobre Seguridad del Paciente* se constituya en un elemento que ayude a mejorar la atención sanitaria a la ciudadanía.

Joseba Barroeta Urquiza
Director Gerente
Empresa Pública de Emergencias Sanitarias

Agradecimientos

La creación de esta Guía ha sido posible gracias al esfuerzo e ilusión del Grupo de referencia de Cuidados de Enfermería de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

Es preciso reconocer la labor de los profesionales que, desde distintas instituciones de nuestro Sistema Sanitario Público de Andalucía, han colaborado en alguna de las fases de elaboración de esta Guía. Asimismo, agradecemos las aportaciones de mejora sugeridas por Expertos en Seguridad del paciente de la Consejería de Salud y del Observatorio de Seguridad del Paciente de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Mención especial merecen los pacientes que, con su participación en los grupos focales de dos Proyectos de Investigación (*) en activo, nos han aportado sus vivencias sobre “Seguridad percibida” en la atención sanitaria que les hemos prestado.

(*) *Proyectos de Investigación:*

La percepción del ciudadano en la validación de una escala de seguridad del paciente en asistencias extrahospitalarias urgentes. (2009-2010)

Diseño y validación de una escala para medir la seguridad percibida por pacientes trasladados a hospital tras demandar asistencia urgente. (2008-2010)

Declaramos que no ha existido conflicto de intereses en la elaboración de las recomendaciones.

Composición del grupo de trabajo de la guía de Práctica Clínica sobre Seguridad del Paciente

COORDINACIÓN. EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS SANITARIAS

Hugo José Rodríguez Ruiz
Enfermero. Coordinador de Cuidados y Servicios, Servicio Provincial Cádiz

César Pedro Sánchez Almagro
Enfermero
Servicio Provincial Cádiz

MIEMBROS DEL GRUPO. EPES

Antonio Correa Ruiz
Enfermero
Servicio Provincial Sevilla

José Antonio Gómez Cano
Enfermero
Servicio Provincial Sevilla

Victoria Maíz Gabino
Enfermera
Servicio Provincial Córdoba

Silvia Ravira Lomeña
Enfermera
Servicio Provincial Málaga

Rafael Muñoz García
Enfermero
Servicio Provincial Jaén

Beatriz Martín Reyes
Enfermera
Servicio Provincial Granada

Enrique Coca Boronat
Enfermero
Servicio Provincial Málaga

M^a del Carmen García Casalilla
Enfermera
Servicio Provincial Jaén

Antonia Horcajadas García
Enfermera
Servicio Provincial Jaén

Ángeles Ríos Ángeles
Enfermera
Servicio Provincial Jaén

Miguel Ángel Márquez Pérez de León
Enfermero
Servicio Provincial Huelva

José Francisco Hernández Foruria
Enfermero
Servicio Provincial Almería

Juan Antonio Péculo Carrasco
Enfermero
Director Servicio Provincial Cádiz

Ana Bocanegra Pérez
Enfermera. Coordinadora de Cuidados y Servicios, Servicio Provincial Málaga

Manuel Moyano Jiménez
Enfermero. Coordinador de Cuidados y Servicios, Servicio Provincial Sevilla

Susana de Castro García
Enfermera
Directora Servicio Provincial Jaén



PANEL DE REVISIÓN

Angélica Tejedor Sánchez
Subdirectora de la Unidad de Mejora
Continua. EPES

José Javier García del Águila
Director Servicio Provincial Almería. EPES

Manuel Sánchez Pastor
Médico Servicio Provincial Almería. EPES

Ángeles Fernández Saldaña
Médica Servicio Provincial Almería. EPES

Gloria Ruiz Benítez
Enfermera Servicio Provincial Cádiz. EPES

José Delgado Díaz
Enfermero Servicio Provincial Cádiz. EPES

Juan Pedro Cantero García
Técnico de Emergencias Sanitarias
Servicio Provincial Cádiz. EPES

M^a del Carmen López Velasco
Enfermera Servicio Provincial Córdoba.
EPES

Miguel Ruiz Madruga
Técnico de Emergencias Sanitarias
Servicio Provincial Córdoba. EPES

Francisco Javier Ibáñez Cuadros
Técnico de Emergencias Sanitarias
Servicio Provincial Granada. EPES

José Sáenz Gómez
Enfermero Servicio Provincial Jaén. EPES

Virginia Morales Santana
Enfermera Servicio Provincial Málaga.
EPES

Carmen Bernal Illanes
Enfermera Servicio Provincial Málaga.
EPES

Ana M^a Rodríguez León
Médica Servicio Provincial Sevilla. EPES

Jacinto Casademunt Codina
Enfermero Servicio Provincial Sevilla

Joaquín Alfonso Pérez Pacheco
Técnico de Emergencias Sanitarias
Servicio Provincial Sevilla. EPES

Obdulia Cruzado Bravo
Enfermera Centro de Salud Los Boliches
Distrito Sanitario Costa del Sol
Servicio Andaluz de Salud

Notas para los usuarios de la Guía de Práctica Clínica sobre Seguridad del Paciente

El estudio ENEAS 2005 puso de manifiesto, entre otras conclusiones, cómo el grado de vulnerabilidad de los pacientes era un factor decisivo en la aparición de eventos adversos (EAs) ligados a la asistencia sanitaria, de tal forma que conforme aumentaba el número de factores de riesgo se incrementaba el riesgo de EA.

Complementariamente, entre las líneas prioritarias de investigación del Plan Nacional de I+D+I 2008-2011 se encuentran las relacionadas con las Líneas Estratégicas del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS). La Estrategia en Seguridad del paciente incluye los proyectos relacionados con los enunciados de los objetivos de la estrategia nº 8 del Plan de Calidad 2007 para el SNS. En este contexto surge en Andalucía la “*Estrategia para la Seguridad del Paciente*” como proyecto prioritario que persigue incrementar la seguridad como componente crítico de la calidad.

Por otra parte, las guías de práctica clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, con el objetivo de guiar a los profesionales y a los enfermos en el proceso de toma de decisiones sobre qué intervenciones sanitarias son más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica en circunstancias sanitarias concretas^{1,2,3}.

Las GPC ayudan a los profesionales a asimilar, evaluar e implantar la cada vez mayor evidencia científica disponible y las opiniones basadas en la mejor práctica clínica. El propósito de hacer unas recomendaciones explícitas es influir en la práctica clínica, por lo que éstas han de tener validez tanto interna como externa y ser aplicables. En la actualidad no existe ninguna GPC que se relacione exclusivamente con la seguridad del paciente, independientemente del proceso patológico que padezca.

Resumen de recomendaciones

Guía de referencia rápida





recomendaciones básicas	
Grado de Recomendación	
FUERTE	Comunicarnos con el paciente con limitaciones verbales, auditivas y/o idiomáticas a través de pizarras y/o tablas con signos, símbolos y letras. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Fomentar la CONFIANZA en el equipo. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>

1. identificación de pacientes	
Grado de Recomendación	
FUERTE	Identificar las pruebas diagnósticas realizadas así como las muestras tomadas de manera que la información sea clara, mediante dispositivos que aseguren la perdurabilidad de dicha información. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Utilizar sistemas de identificación de pacientes que eviten la pérdida de la información y/o confusión en la filiación. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Todos los pacientes atendidos en medio extrahospitalario y que sean trasladados o derivados a centros hospitalarios deben ir correctamente identificados. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
DÉBIL	En caso de que el paciente tenga alguna alergia debe quedar constancia de manera que se alerte sobre este riesgo. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	En pacientes que no aportan documentación y no es posible conocer la identidad, la identificación se realizará anotando “Desconocido” en el lugar del nombre, incluyendo sexo y número de historia. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Las tarjetas de triaje empleadas en las asistencias a múltiples víctimas (AMV) deben asegurar su permanencia en el cuerpo del paciente y mostrarse resistentes a inclemencias meteorológicas. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	La AMV requiere una adecuada identificación de las mismas. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>

FUERTE	Verificar la identidad del paciente y hacer coincidir el paciente correcto con la intervención correcta previa a la realización de la misma. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Identificar al paciente por su nombre y apellidos y fecha de nacimiento en el momento de la transferencia. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
DÉBIL	En el centro de referencia, la identificación de pacientes debe estar perfectamente protocolizado y coordinado con los recursos extrahospitalarios. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>

2. control de infecciones

Grado de Recomendación	
FUERTE	Establecer una cultura de higiene de manos. <i>(Evidencia Alta)</i>
FUERTE	Usar doble guante antes de realizar la asistencia al paciente. <i>(Evidencia Alta)</i>
FUERTE	Realizar asepsia cutánea en piel sana y heridas según recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible. <i>(Evidencia Alta)</i>
FUERTE	La realización de técnicas y procedimientos debe llevarse a cabo con exhaustiva asepsia. <i>(Evidencia Alta)</i>
FUERTE	Garantizar la asepsia en la realización de procedimientos invasivos (Anexo 1) . <i>(Evidencia Alta)</i>
FUERTE	Utilizar un manual visual de procedimientos para asegurar la realización de técnicas invasivas en las mejores condiciones de asepsia, evitando empeñar un miembro del equipo asistencial en el chequeo de cada paso. <i>(Evidencia Alta)</i>
FUERTE	Evitar el contacto con superficies contaminadas de cualquier material que vaya a ser empleado en la realización de procedimientos invasivos y/o administración de fármacos o fluidos. <i>(Evidencia Alta)</i>
DÉBIL	Disponer del material para la realización de técnicas en sets preparados.



FUERTE	Emplear dispositivos que minimicen el riesgo de infección en la Ventilación Mecánica (VM). <i>(Evidencia Alta)</i>
FUERTE	No reutilizar material de un sólo uso. <i>(Evidencia Alta)</i>
FUERTE	Establecer un procedimiento riguroso de limpieza, desinfección, esterilización, almacenamiento y control de material reutilizable. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Procedimentar la limpieza y desinfección de superficies de material de electromedicina, camillas de transporte, sillas de evacuación, material de inmovilización y zonas de la cabina asistencial. <i>(Evidencia Alta)</i>

3. órdenes verbales

Grado de Recomendación	
FUERTE	Ante la prescripción de administración de fármacos se debe efectuar un doble chequeo. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Verificación de la indicación de realización de procedimientos o técnicas. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>

4. Administración de Medicación

Grado de Recomendación	
FUERTE	Asegurar un correcto control de almacenaje, conservación y control de caducidades de los fármacos. <i>(Evidencia Alta)</i>
FUERTE	Realizar identificación inequívoca del paciente y la prescripción antes de proceder a la administración de la medicación, aplicando la regla de “los 5 correctos”. <i>(Evidencia Baja)</i>
FUERTE	Verificar alergias del paciente así como tratamientos previos. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Unificar dosis de administración, protocolizar concentraciones y forma de preparación de diluciones. Emplear perfusiones estandarizadas. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>

FUERTE	Utilizar tablas para cálculo de dosis. Realizar doble cálculo de dosis. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
DÉBIL	Utilizar calculadoras para el cálculo de dosis. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Ante la prescripción de administración de fármacos se debe efectuar un doble chequeo. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Emplear Guías Farmacológicas. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Verificar el fármaco en el momento de la preparación. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
DÉBIL	La preparación y administración del fármaco la ejecutará el mismo profesional. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	No precargar la medicación. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Emplear dispositivos de infusión segura. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Evitar el uso de fármacos no identificados correctamente. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Informar al paciente acerca del procedimiento que se va a efectuar, de la medicación que va a administrarse y de los posibles efectos. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Determinar el conocimiento de la medicación y comprensión del paciente del método de administración de la misma. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Verificar siempre la permeabilidad del catéter intravenoso antes de la administración IV. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
DÉBIL	Conservar los envases hasta finalizar la asistencia. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Reevaluar al paciente tras la administración de fármacos. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Sistematizar la evaluación del paciente ante cambios de su estado y/o alarmas de los sistemas de monitorización. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>



5. prevención de caídas y Lesiones

Grado de Recomendación	
FUERTE	Valorar siempre el riesgo de caídas del paciente. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Reevaluar el riesgo de caídas en cada paso del proceso asistencial. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Considerar a los pacientes trasladados de alto riesgo de caídas. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Utilización de mecanismos de sujeción adecuados. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Posicionarse delante del paciente al bajar por la escalera para aumentar la seguridad percibida. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Emplear sistemas específicos para la inmovilización pediátrica. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Extremar precauciones en el niño con canalización venosa. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Facilitar el acompañamiento del niño con un familiar. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Colocar dispositivos de sujeción física a pacientes en estados de agitación. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Fomentar la comunicación con el paciente y la aclaración de dudas para disminuir la ansiedad. <i>(Evidencia Baja)</i>
FUERTE	Informar al paciente acerca de la sistemática de movilización y transporte. <i>(Evidencia Baja)</i>



6. TRANSFERENCIA-COMUNICACIÓN DURANTE EL TRASPASO DE PACIENTES

Grado de Recomendación	
FUERTE	La transferencia debe realizarse de manera estructurada y sistematizada. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	En caso de pacientes con alteraciones en la comunicación, la transferencia debería realizarse en presencia de un familiar/ allegado. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	La transferencia debe realizarse en un área de críticos o muy próximo a ésta. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	La transferencia debe realizarse en un lugar en el que se pueda preservar la intimidad del paciente y la confidencialidad de la información aportada. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	La información transferida debe ser precisa y pertinente, utilizando el modelo ISOBAR. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	El lenguaje utilizado debe ser claro y normalizado. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	La transmisión de la información debe ser de forma verbal, apoyada por el registro documentado de la asistencia prestada. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	El tiempo empleado en la transferencia debe ser suficiente e incluir la posibilidad de formular preguntas y contestarlas. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>

A large, open hand is shown in a light orange hue, holding a white silhouette of a family consisting of two adults and two children holding hands. The background is a soft, light orange gradient.

**guía de práctica clínica
seguridad del paciente**





Introducción

I. ANTECEDENTES

La Seguridad Clínica es un componente clave de la calidad y un derecho de los pacientes reconocido por Organismos como la OMS, la OPS y el Comité Europeo de Sanidad del Consejo de Europa que recomiendan a los diferentes gobiernos situar la seguridad del paciente en el centro de todas sus políticas sanitarias.

La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) en una de las recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005 para la Estrategia en seguridad del paciente, determina que hay que incentivar actividades de mejora en seguridad de pacientes en cada institución con participación de los profesionales.

En nuestro entorno cabe destacar que, uno de los ejes sobre los que se desarrolla el II Plan de Calidad, es la relación de compromiso del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) para con el ciudadano. Entre sus procesos estratégicos destacamos el de asumir las necesidades y expectativas de los ciudadanos y el de garantizar la gestión de Calidad de los servicios sanitarios. En este contexto surge la *“Estrategia para la Seguridad del Paciente”* como proyecto prioritario que persigue incrementar la seguridad como componente crítico de la calidad.

La Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) ha encargado a un grupo de profesionales realizar una guía de práctica clínica sobre la seguridad de los pacientes atendidos por sus equipos de emergencias.

2. NECESIDAD CLÍNICA DE UNA GUÍA

El Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a Hospitalización (ENEAS 2005⁴) ha constatado que la incidencia de pacientes con Efectos Adversos (EAs) relacionados con la asistencia sanitaria es de un 9,3% y de los cuales el 42,3% se consideran evitables.

La incidencia de EAs en el SSPA es del 6,93%, con una evitabilidad del 25,6%. La relevancia de estos resultados radica en que se han obtenido a partir de una muestra representativa y se ha desarrollado con una metodología común, que está siendo aplicada a nivel nacional (ENEAS).



El estudio titulado “The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care”⁵ (“Estudio de la seguridad en los cuidados críticos: Incidencia y naturaleza de acontecimientos adversos y errores médicos serios en los cuidados intensivos”), constató que más del 20 por ciento de los pacientes ingresado en dos unidades de cuidados críticos experimentó un EA y de ellos, aproximadamente la mitad, se pudieron evitar.

Tanto en este último estudio como en el ENEAS, han identificado que la **VULNERABILIDAD** del paciente tiene un papel destacado en la génesis de los EAs relacionados con la asistencia sanitaria. Nuestro ámbito profesional es el de las urgencias y emergencias extrahospitalarias, donde bajo circunstancias de confusión, estrés, enfermedad, desconocimiento del medio y sensación de amenaza, la persona se encuentra más **VULNERABLE** a los riesgos del entorno, ya sean físicos o psicológicos. Su capacidad de autoprotección puede estar comprometida por la disminución en la capacidad para protegerse de amenazas internas y externas.

La difusión de las *guías de práctica clínica*, de las recomendaciones basadas en la evidencia y de las buenas prácticas debe ser una línea estratégica prioritaria de la política sanitaria y su aplicación a la práctica clínica. La aplicación del conocimiento disponible es una garantía para la *seguridad clínica* (ENEAS 2005).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

El propósito de esta guía de actuación clínica es servir de ayuda para la toma de decisiones de profesionales en el marco de las Emergencias Extrahospitalarias, con el objetivo de ofrecer las recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible actualmente y las recomendaciones de buena práctica basadas en la experiencia clínica y aumentar la efectividad de los cuidados prestados a personas con problemas de seguridad.

3.2. Objetivos específicos

Enunciar una serie de recomendaciones en las distintas fases del proceso asistencial.



Disminuir la variabilidad de la práctica clínica y la incertidumbre en la toma de decisiones mediante prácticas basadas en la evidencia científica y en la experiencia clínica.

4. LA GUÍA

De acuerdo al alcance y objetivos de la GPC se proponen las siguientes preguntas genéricas:

- ¿Qué medidas se pueden tomar para evitar problemas de comunicación en el equipo?
- ¿Cómo evitar errores en la administración de la medicación?
- ¿Cómo evitar reacciones anafilácticas por contacto del paciente con alergia a algún material, producto o medicación durante la asistencia?
- ¿Cómo hacer que el paciente se sienta más seguro?
- ¿Cómo evitar caídas del paciente?
- ¿Cómo mejorar la comunicación con el paciente en el transporte aéreo?
- ¿Qué elementos en la cabina asistencial refuerzan o disminuyen la percepción de seguridad del paciente?
- ¿Qué medidas de sujeción física son más efectivas en el paciente con alteración de la consciencia?
- ¿Cómo asegurar la correcta transmisión de información al equipo receptor?
- ¿Cómo evitar la pérdida de información relevante en la transferencia?
- ¿Qué intervención puede garantizar la transmisión de información sobre alergias y/o enfermedades infectocontagiosas del paciente?
- ¿Cómo asegurar la entrega de muestras sanguíneas extraídas durante la asistencia?

Para dar respuesta a estas cuestiones, y siguiendo el documento “Soluciones para la seguridad del paciente” elaborado por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, las recomendaciones se han agrupado en seis grupos:

1. IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES
2. CONTROL DE INFECCIONES
3. ÓRDENES VERBALES
4. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN
5. PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y LESIONES
6. TRANSFERENCIA-COMUNICACIÓN DURANTE EL TRASPASO DE PACIENTES

4.1. Población/Ámbito de la guía

En el ámbito de urgencias y emergencias extrahospitalarias, además de la complejidad intrínseca de la asistencia a un paciente crítico, tenemos que tener en cuenta riesgos derivados de la variabilidad del entorno en el que trabajamos, del factor “tiempo” como necesidad ineludible, de la necesidad de trabajar con órdenes verbales, de que en ocasiones un equipo único atiende a varios pacientes con multitud de tareas simultáneas y de que la persona está influida por el medio en que se desenvuelve. Bajo circunstancias de confusión, estrés, enfermedad, desconocimiento del medio y sensación de amenaza, la persona se encuentra más vulnerable a los riesgos del entorno, ya sean físicos o psicológicos. Su capacidad de autoprotección puede estar comprometida por la disminución en la capacidad para protegerse de amenazas internas y externas⁶.

Las recomendaciones de esta guía afectarán a todos los pacientes asistidos en el ámbito extrahospitalario y/o trasladados a centro sanitario tras una demanda de urgencia sanitaria, durante el proceso asistencial. Esta guía va dirigida a los profesionales de la salud relacionados con la atención a personas que demandan asistencia sanitaria urgente en el medio extrahospitalario.

4.2. Metodología para el desarrollo de la guía

Para la elaboración de esta GPC sobre seguridad del paciente se creó un grupo de trabajo específico formado por 18 Enfermeras/os de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, todos miembros del Grupo de referencia de Cuidados de Enfermería de EPES, entre los que se encuentran expertos en investigación con más de 10 años de experiencia.

Se diseñó un estudio secundario de síntesis, de creación de guía de práctica clínica, basada en la revisión sistemática de la literatura científica y en consenso de juicio de expertos, para recopilar toda la información posible sobre aspectos de seguridad clínica en el paciente asistido en situaciones de urgencia y emergencia, y trasladados a centro sanitario.

La estrategia de búsqueda fue diseñada por expertos en revisiones sistemáticas, llevándose a cabo mediante búsqueda electrónica de todos los estudios relacionados con los temas propuestos entre los años 2000 y 2007 (inicio del estudio).



Los **criterios de inclusión** de los artículos fueron:

1. Tipo de pacientes:

Pacientes asistidos tras demanda asistencial de urgencia o emergencia.

Pacientes trasladados en ambulancia desde su domicilio o lugar del suceso hasta el centro sanitario.

Pacientes asistidos en unidades de cuidados intensivos o críticos.

En general, pacientes con alteración de la conciencia, pérdida de autonomía en necesidades básicas de la vida diaria, disminución de su capacidad de autoprotección.

2. Tipos de intervenciones:

Utilización de estrategias para disminuir el riesgo de lesión, el riesgo de caídas, el riesgo de error de medicamento, dosis o vía de administración, el riesgo de errores relacionados con una comunicación inefectiva. Estrategias que se puedan relacionar con un aumento de la seguridad percibida de estos pacientes.

3. Tipo de resultados a medir:

Posible aparición o disminución de eventos adversos relacionados con la práctica asistencial (caídas, lesiones, administración errónea de medicación, errores de comunicación, errores de información...). Posible modificación, ya sea aumento como disminución, en la seguridad percibida de los pacientes asistidos.

4. Tipo de estudios:

Estudios descriptivos o series de casos, siempre que se midieran en ellos aspectos relacionados con la seguridad clínica en pacientes críticos. Estudios que compararán intervenciones para mejorar la seguridad, o nuevas intervenciones con la práctica habitual.

Los diseños incluidos fueron: metaanálisis, revisiones sistemáticas de la literatura científica, ensayos clínicos controlados aleatorizados, ensayos clínicos controlados no aleatorizados, estudios de cohortes, casos y controles transversales, estudios cuasiexperimentales antes-después, series grandes de casos, estudios descriptivos.

Se incluyeron estudios en los siguientes idiomas: castellano, inglés, francés, alemán, italiano y portugués.



Se establecieron los siguientes **critérios de exclusión**:

- Artículos de opinión, cartas al director, editoriales.
- Estudios con excesivos sesgos y, por tanto, poca validez.
- Estudios que versen sólo sobre aspectos éticos y legales.

Las **fuentes de información** consultadas fueron:

Fuentes primarias:

- Informes de Agencias de Evaluación.
- Revisión manual de publicaciones que puedan hacer referencia a seguridad del paciente.
- Organismos elaboradores de GPC (National Institute for Clinical Excellence, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Institute for Clinical System Improvement, National Health and Medical Research Council of Australia, New Zealand Guidelines Group).
- Recursos en Internet (foros sobre seguridad del paciente y webs relacionadas con la seguridad clínica):
 - CENTRO DE INVESTIGACIÓN PARA LA SEGURIDAD CLÍNICA DE LOS PACIENTES. FUNDACIÓN AVEDIS DONABEDIAN
www.fadq.org
 - INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES
www.ismp.org/
 - INSTITUTO PARA EL USO SEGURO DE MEDICAMENTOS
www3.usal.es/~ismp/marco.htm
 - NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION
www.npsf.org
 - AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE
www.safetyandquality.org

Fuentes secundarias:

- Bases de datos electrónicas (Cochrane Library, ACP Journal Club, Medline, Embase, CINAHL Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature, BDIE Base de Datos para la Investigación en Enfermería en España, LILACS Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, Índice Médico Español, CUIDEN).
- Guías de Práctica Clínica relacionadas con la seguridad (National Guideline Clearinghouse, Guidelines Finder Nacional Electronic Library for Health, GuiaSalud, TripDataBase)



Literatura gris:

- Informes de Congresos (Conferencia Internacional sobre Seguridad del Paciente Oporto 2007 y Madrid 2008, Congresos de la Sociedad Española de Calidad Asistencial).
- Capítulos de libros sobre seguridad clínica, específicamente en el ámbito de urgencias.

Estrategia de búsqueda

Se realizó la búsqueda en el periodo comprendido entre 2000 y 2007. De manera general se empleó la siguiente estrategia de búsqueda en cada base de datos electrónica (se utilizan descriptores basados en texto libre, porque cada base de datos tiene su propio Tesauro) :

#1 adverse event*.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]

#2 error*.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]

#3 (iatrogen* or yatrogen*).mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]

#4 (unsafe* or unsecur*).mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]

#5 #1 or #2 or #3 or #4

#6 (“intensive care” or “critical care”).mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]

#7 emergenc*.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]

#8 (“out-of-hospital” or “prehospital”).mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]

#9 #6 or #7 or #8

#10 safety intervention.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]

#11 patient safety.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]

#12 prevent*.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]

#13 #10 or #11 or #12

#14 #5 and #9 and #13

Selección de artículos

Una vez obtenidas las referencias bibliográficas, se realizó un filtro, lo más protocolizado posible. Se utilizó el de la Escuela de Medicina de la Universidad de Rochester para filtrar los resultados de la búsqueda de la literatura. El documento ha sido traducido, adaptado y resumido, quedándose en un algoritmo simple que puede utilizar cualquier revisor.

Evaluación crítica de artículos

Para medir el nivel de la evidencia acerca de cada una de las cuestiones se realizó una clasificación en base a dos aspectos fundamentales: tipo de estudio (en relación a la pregunta que pueda responder serían necesarios estudios comparativos o descriptivos) y calidad metodológica (es importante analizar la probabilidad de sesgos que puede presentar cada artículo, su validez).

Para disminuir la variabilidad en la evaluación crítica se utilizaron plantillas en castellano desarrolladas por CASPe (Critical Appraisal Skills Programme España), que se basan fundamentalmente en la serie de la revista JAMA “Guías para usuarios de la literatura médica” (www.cche.net/userguides/main.asp). En el caso de GPC se utilizó el instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation). Cada estudio fue evaluado de forma independiente al menos por dos miembros del grupo. En caso de producirse diferencias relevantes se discutieron por otros miembros del equipo. Todos los evaluadores de los artículos seleccionados habían superado una formación específica en Lectura Crítica de Artículos Científicos.

Síntesis de la evidencia

Se extrajeron los datos relevantes de los estudios cuyo riesgo de sesgo se hubiesen considerado bajo o moderado, y se llevó a cabo un resumen de los estudios incluidos. Para sintetizar los estudios seleccionados se emplearon tablas de evidencia, que además de resumir las principales características y resultados de cada estudio, permite compararlos entre sí. Incluían los siguientes apartados: descripción del estudio, características de pacientes/población, intervenciones/comparaciones, medidas de resultados utilizados, resumen de resultados, comentarios sobre problemas del estudio, y valoración general del estudio.



Formulación de recomendaciones

Para la clasificación de la calidad y fuerza de las recomendaciones se utilizó el sistema del GRADE Working Group (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Las etapas para la formulación de recomendaciones fueron fundamentalmente dos:

- Evaluación de la calidad global de la evidencia científica (la confianza que se tiene en que la estimación de un efecto es adecuada para apoyar una recomendación). Este sistema clasifica las evidencias partiendo del diseño del estudio, pero aumenta o disminuye el nivel de la misma considerando otros elementos, fundamentalmente la calidad del estudio, la consistencia del mismo y el tipo de evidencia generada (directa o indirecta) para clasificarlas en cuatro niveles: **Alta**, **Moderada**, **Baja** y **Muy Baja**.
- Graduación de la fuerza de las recomendaciones (la decisión de hasta qué punto se puede confiar en poner en práctica una determinada recomendación). Este sistema tiene en cuenta cuatro factores que van a determinar la recomendación: equilibrio entre las consecuencias deseables e indeseables, calidad de la evidencia, variabilidad relativa a valores/preferencias, y costes; y las clasifica en dos grupos: **Fuerte** y **Débil**.

En el sistema GRADE la evidencia de gran calidad no implica necesariamente que las recomendaciones sean concluyentes, puesto que también pueden hacerse con una evidencia de baja calidad. Un nivel de evidencia Bajo o Muy Bajo puede significar que no existen estudios que aporten mayor nivel de evidencia que el observacional o el consenso de expertos, no que carezcan de calidad metodológica. Por tanto su recomendación puede ser fuerte, porque tiene mayor peso el equilibrio riesgo/beneficio, el costo y las preferencias del paciente, que el propio nivel de evidencia de la fuente.

Para determinar las preferencias del paciente se tuvieron en cuenta los resultados (en fase de publicación) de grupos focales y entrevistas realizados con pacientes asistidos tras demandar asistencia sanitaria urgente, en el contexto de un proyecto de investigación financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III que tiene como objetivo principal “Diseñar y validar una nueva herramienta para medir la seguridad percibida por los pacientes que son trasladados a hospital tras demandar asistencia sanitaria urgente a través de la línea telefónica 061”.

En todas y cada una de las recomendaciones se valoró la relación entre el beneficio que supondría aplicarla y los posibles riesgos de la misma.

También se ha valorado el costo que supondría la aplicación de cada una de las recomendaciones, pero en general no representan inversión económica alguna.

En los casos donde se encontraron diferencias a la hora de determinar el nivel de evidencia de la recomendación se utilizó el consenso formal. Además, todas las recomendaciones basadas en evidencias Baja o Muy Baja, fueron revisadas por un Panel de Revisión que evaluó cada una de ellas con escala Likert 1 a 6 (Totalmente Desacuerdo a Totalmente de Acuerdo). Se consideraron recomendaciones Fuerte las que obtuvieron una media superior a 5 (De Acuerdo y Totalmente de Acuerdo).

Limitaciones del estudio

Tras una búsqueda bibliográfica general, se evidenció la existencia de pocos estudios comparativos sobre intervenciones efectivas en seguridad en general, y concretamente, sobre seguridad percibida del paciente. Como en cualquier revisión sistemática, sería posible que existiera sesgo de publicación, relacionado con aquellos estudios en los que no se hubieran demostrado diferencias entre intervenciones. Para evitar posible sesgo de clasificación los artículos han sido evaluados por, al menos, dos personas.

Por último, como en cualquier revisión sistemática, hubo dificultades para localizar artículos, así como para evaluarlos críticamente, con motivo del idioma original.

4.3. Revisión externa de la guía

Previa a su publicación, esta GPC ha sido sujeta al juicio externo de revisores expertos en Seguridad del Paciente. El manuscrito de la guía ha sido revisado por los siguientes revisores externos independientes, a los que se pidió que valoraran e hicieran comentarios sobre la comprensión y exactitud en las recomendaciones:

Vicente Santana López

Director del Observatorio para la Seguridad del Paciente
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Mónica Rodríguez Bouza

Coordinadora líneas de Innovación
Dirección de la Estrategia de Cuidados de Andalucía



4.4. Estrategias de IMPLEMENTACIÓN y DIFUSIÓN

Como paso previo al desarrollo de las recomendaciones que se exponen en esta Guía de Práctica Clínica de Seguridad del Paciente, debemos mencionar que la Unidad de Mejora Continua de EPES, establece desde el año 2006 un Plan de Seguridad del paciente, que se integra en el proceso Estratégico de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Este Plan de Seguridad, que incorpora anualmente elementos nuevos que afectan a nuestro Proceso Asistencial, ha posibilitado la generación de una cultura de seguridad en nuestra Empresa.

Uno de los elementos clave que han hecho posible este requisito imprescindible, ha sido la formación en Seguridad del paciente, realizada durante todo el año 2009, a la que han accedido todas las categorías profesionales de EPES.

Las Recomendaciones sobre Seguridad del paciente que se describen en esta guía serán desarrolladas en EPES en el periodo 2010-2012. Contamos para su impulso con los diversos grupos de trabajo que actualmente existen en la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias:

- Grupo de Seguridad del paciente.
- Grupo de referencia de Cuidados de Enfermería.
- Grupos de Procesos Clínicos (Cardiológico, Neurológico, Respiratorio, Trauma Grave).
- Grupo de Técnicos de Emergencias Sanitarias.

En el año 2010 se han incluido en el Plan de Objetivos de EPES algunas de las recomendaciones que sobre Seguridad del paciente se determinan en esta guía. La reseña de estos objetivos se describe a continuación, bajo el marco de “Promover la Seguridad del paciente”:

- Identificación inequívoca de las alergias del paciente.
- Realización de intervenciones de enfermería con el soporte de la evidencia disponible.
- Realización de Intervenciones de Enfermería, teniendo en cuenta que todo paciente trasladado por el Equipo de Emergencias o por el Equipo de Coordinación Avanzada es un paciente con alto riesgo de caídas.
- Chequeo de la orden verbal de prescripción de medicación.
- Transferencia del paciente en el ámbito Hospitalario con la técnica ISOBAR.



Asimismo se concretan en el Plan de Objetivos, recomendaciones para la Seguridad del paciente en la Fase de Accesibilidad y actividades de soporte al Proceso Asistencial, que deben garantizar todos/as los/as Profesionales sanitarios de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

Estos Objetivos serán verificados por profesionales de EPES, en tres niveles de evaluación:

- **Autoevaluación.** Realizada por el profesional médico/a y de enfermería sobre los pacientes atendidos.
- **Evaluación de responsables del Proceso Asistencial** en cada uno de los Servicios Provinciales.
- **Auditoria de Procesos.** Llevada a cabo por profesionales referentes y con ámbito regional.

Estos niveles de evaluación se realizarán a través de la herramienta de “Evaluación de la Historia Clínica” de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

En el año 2010 está previsto que se realicen reuniones interniveles con profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada, en los que se pondrán en valor entre otras cuestiones, algunas de las recomendaciones de Seguridad que se exponen en esta guía. Será conveniente que algunas de estas recomendaciones se desarrollen de forma conjunta, en el marco de la atención integral y de continuidad que requiere una asistencia de calidad al paciente.

Se han desarrollado en EPES en el año 2009, dos Procedimientos relacionados con recomendaciones enmarcadas en la “Transferencia-comunicación durante el traspaso de pacientes”. Estos procedimientos son:

- Procedimiento General de Intimidad, confidencialidad e información.
- Procedimiento General de Toma de decisiones por representación.

EPES difundirá esta guía a través de las jornadas regionales bajo el título “Avances en los Cuidados de Enfermería en Andalucía” que contarán con participación de la Dirección de Estrategias de Cuidados de Andalucía, así como con profesionales de todos los niveles asistenciales.

La Estrategia de Seguridad del paciente de EPES, con el desarrollo de las recomendaciones de Seguridad establecidas en esta guía, será expuesta en foros científicos, en los diferentes formatos de comunicación que se requieran y por distintos perfiles profesionales.



La Guía de Práctica Clínica de Seguridad del paciente se entregará a todos/as y cada uno/a de los profesionales sanitarios de EPES y se integrará en los Manuales de Acogida de los nuevos profesionales que entren a formar parte de nuestra Empresa.

Será difundida además por los diversos canales de comunicación que hay instaurados en EPES (web, intranet, monografías...).

4.5. Actualización de la guía

Esta GPC “Seguridad del Paciente” publicada en Marzo de 2010 será revisada en Marzo de 2012 o con anterioridad, si existiera nueva evidencia científica disponible. Cualquier modificación durante este período de tiempo quedará reflejada en el formato electrónico que se podrá consultar en Internet.





Identificación de pacientes

1.1. Introducción

La incorrecta identificación de pacientes continúa siendo la principal causa de errores en la asistencia sanitaria. Los problemas en la identificación de pacientes están asociados frecuentemente a errores en la medicación, transfusión, realización de pruebas invasivas y no invasivas, procedimientos, etc... favoreciendo la aparición de eventos graves en el paciente.

Pacientes con alteración de la comunicación, alteración del nivel de consciencia, dificultades para la colaboración en su proceso, alto grado de dependencia son susceptibles de una identificación equívoca y de las consecuencias que de ésta se pueden derivar.

Actualmente existen intervenciones y estrategias (OMS) capaces de reducir significativamente el riesgo de la identificación incorrecta de los pacientes.

1.2. Recomendaciones

Muchos de los pacientes atendidos por los Equipos de Emergencias se ajustan al perfil de alto riesgo de identificación equívoca ya sea por dificultad o imposibilidad para la comunicación (por su estado de consciencia inicial, aumento del estado de alerta...), por las medidas terapéuticas que precisa, porque su colaboración está comprometida por su estado general, o porque en numerosas ocasiones el motivo de demanda ocurre en circunstancias inesperadas sin documentación que aporte la identidad de la persona y sin compañía familiar o conocida que nos pueda facilitar los datos básicos para la identificación de la persona atendida.

Para que los procedimientos establecidos sean eficaces, es indispensable la definición de identificadores validados. No son datos inequívocos el diagnóstico, la fecha de ingreso, unidad o número de cama. Hay datos que, siendo

inequívocos no son considerados debido a que no todos los pacientes disponen de ellos (DNI, Nº SS...).

La aplicación de los procedimientos de identificación segura es responsabilidad de los profesionales sanitarios y no sanitarios que tengan contacto directo con el paciente a lo largo de la asistencia sanitaria.

Estas circunstancias se acentúan en los casos de atención a múltiples víctimas, donde es más difícil aún poder identificar a cada uno de los pacientes más allá de su número de historia asociado.

1. identificación de pacientes	
Grado de Recomendación	
FUERTE	Identificar los registros de EKG y tubos de muestras sanguíneas con marcadores indelebles y etiquetas adhesivas, respectivamente, debiendo aparecer el nombre del paciente y el número de historia clínica en letra legible. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Utilizar sistemas de identificación de pacientes tipo pulsera con nombre y apellidos del paciente, fecha de nacimiento y Número Único de Historia de Salud. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Todos los pacientes atendidos por equipos de emergencia, equipos de coordinación avanzada o unidades de soporte vital básico y que sean trasladados o derivados en otros medios sanitarios deben ir identificados con pulseras donde quede explicitado el nombre del paciente, fecha de nacimiento y Número Único de Historia de Salud ⁷ . <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
DÉBIL	En caso de que el paciente tenga alguna alergia conocida se recomienda la utilización de un distintivo rojo alertando así al profesional sanitario de la existencia de un riesgo añadido que debe consultarse en la historia clínica. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	En pacientes que no aportan documentación y no es posible conocer la identidad, la identificación se realizará anotando “Desconocido” en el lugar del nombre, incluyendo sexo y número de historia. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Las tarjetas de triaje empleadas en las asistencias a múltiples víctimas (AMV) deben asegurar su permanencia en el cuerpo del paciente, adaptándose a la pulsera identificativa, mostrarse resistentes a inclemencias meteorológicas y permitir una escritura permanente. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>



FUERTE	La AMV requiere una adecuada identificación de las mismas para asegurar que los procedimientos y la administración de fármacos se realicen en los pacientes correctos, por lo que la prescripción debe estar asociada al número de la tarjeta de triaje. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Verificar la identidad del paciente y hacer coincidir el paciente correcto con la intervención correcta previa a la realización de la misma. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Identificar al paciente por su nombre y apellidos y fecha de nacimiento en el momento de la transferencia. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
DÉBIL	En el centro de referencia, el cambio de pulsera (si fuese necesario), se realizará sin retirar la que porta el paciente hasta que se han confirmado los identificadores y colocado la nueva pulsera identificativa del centro hospitalario. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>



CONTROL de infecciones

2.1. Introducción

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria ocurren en todo el mundo y afectan tanto a países desarrollados como a aquellos 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 resultan afectados¹.

Existe evidencia importante de que el lavado de manos disminuye la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria. Un bajo nivel de cumplimiento de lavado de manos contribuye a la transmisión de microbios capaces de causar infección asociada a la atención sanitaria. Es por ello que la higiene de manos se considera una acción fundamental para la seguridad del paciente.

La atención sanitaria en el medio extrahospitalario no se suele desarrollar en entornos favorables en lo que a condiciones higiénicas se refiere, por lo que la realización de técnicas invasivas y ciertos procedimientos pueden suponer una amenaza aún mayor a la que supondría en un medio de asepsia controlada.

2.2. Recomendaciones

Dirigidas a dos aspectos fundamentales en la atención sanitaria: la higiene de manos y la realización de procedimientos terapéuticos o diagnósticos.

La primera, por ser las manos el vehículo en el que los profesionales transmiten los microorganismos de un paciente a otro, de un espacio a otro. La segunda, por su necesidad a lo largo de cualquier proceso asistencial y las características de las condiciones en las que la atención se desarrolla.

2. control de infecciones

Grado de Recomendación	
FUERTE	Establecer una cultura de higiene de manos siguiendo las recomendaciones de la OMS al respecto (ANEXO 1). <i>(Evidencia Alta)</i>
FUERTE	Usar doble guante antes de realizar la asistencia al paciente, según la recomendación “Manos Limpias” de EPES - 061. <i>(Evidencia Alta)</i>
FUERTE	Realizar asepsia cutánea en piel sana y heridas con clorhexidina 2% (en caso de hipersensibilidad con alcohol 70° o povidona yodada). <i>(Evidencia Alta)</i>
FUERTE	No lavar ni aplicar antiséptico en una herida con el mismo apósito con el que se haya limpiado otra parte corporal del paciente, ni en la misma herida en distintas zonas. <i>(Evidencia Alta)</i>
FUERTE	Garantizar la asepsia en la realización de procedimientos invasivos. (ANEXO 1) <i>(Evidencia Alta)</i>
FUERTE	Utilizar un manual visual de procedimientos para asegurar la realización de técnicas invasivas en las mejores condiciones de asepsia, evitando empeñar un miembro del equipo asistencial en el chequeo de cada paso. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Evitar el contacto con superficies contaminadas de cualquier material que vaya a ser empleado en la realización de procedimientos invasivos y/o administración de fármacos o fluidos. <i>(Evidencia Alta)</i>
DÉBIL	Disponer de sets de técnicas preparados para la realización de técnicas invasivas (canalización venosa periférica y central, drenaje torácico de emergencias, sondaje gástrico y vesical). <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Utilizar filtros antibacterianos en la ventilación artificial, especialmente si se asocia con intubación endotraqueal o vía aérea quirúrgica. <i>(Evidencia Alta)</i>
FUERTE	No reutilizar material de un solo uso (catéteres, sondas, mascarillas y accesorios de VMNI, material de vía aérea, etc.). <i>(Evidencia Alta)</i>
FUERTE	Establecer un procedimiento riguroso de limpieza, desinfección, esterilización, almacenamiento y control de material reutilizable. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Procedimentar la limpieza y desinfección de superficies de material de electromedicina, camillas de transporte, sillas de evacuación, material de inmovilización y zonas de la cabina asistencial. <i>(Evidencia Alta)</i>

3

Órdenes verbales



3.1. Introducción

La existencia de nombres confusos de fármacos es una de las causas más comunes de error de medicación. El Instituto para el uso seguro de los Medicamentos publicó un listado de ocho páginas con pares de nombres de medicamentos que efectivamente se ven involucrados en errores de medicación².

El error en la escritura no se contempla en la atención emergente extrahospitalaria, pues las órdenes son llevadas a cabo por el canal oral debido a la premura y actuación que requiere este tipo de asistencia sanitaria.

Existe por ello un importante riesgo de error, bien por entorno ruidoso, situación estresante, fármacos diferentes con similar nombre, más de un paciente (Asistencia a Múltiples Víctimas. AMV), que debe ser conocido y minimizado por los profesionales.

3.2. Recomendaciones

Dentro de las medidas sugeridas por la OMS para la gestión de riesgos asociados con los medicamentos, en la implementación de protocolos clínicos se sugiere la minimización de órdenes orales y telefónicas. Tanto la prescripción de uno o varios fármacos, como la indicación de una técnica o procedimiento concreto se realiza a través de la orden verbal en el medio extrahospitalario, no siendo posible otra vía de comunicación de dicha indicación. Ante la imposibilidad de adherirse a dicha recomendación, es imprescindible vigilar de manera estrecha este punto crítico en nuestra práctica diaria.



3. órdenes verbales

Grado de Recomendación	
FUERTE	Ante la prescripción de administración de fármacos se debe efectuar un doble chequeo verificando el medicamento (genérico), la dosis, velocidad de infusión, la vía de administración y el paciente a quien va dirigido (Especial atención en AMV) ^{8,9,10} . <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Verificación de la indicación de realización de procedimientos o técnicas. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>



Administración de Medicación

4.1. Introducción

Uno de los mayores riesgos, no sólo por su multicausalidad al manifestarse un caso centinela o un evento adverso, sino también por la gran repercusión humana, asistencial y económica, es la administración de medicación.

Estudios realizados en España^{3,11,12} muestran que los efectos adversos motivados por errores en la medicación tienen una magnitud asistencial y económica similar a la registrada en EEUU y otros países de nuestro entorno.

Siendo ésta una de las intervenciones más empleadas en el desarrollo de la asistencia sanitaria, y teniendo en cuenta las características en las que se lleva a cabo la atención sanitaria en el entorno extrahospitalario, es nuestra responsabilidad adoptar una actitud más activa en el control de riesgos relacionados con esta intervención.

4.2. Recomendaciones

El error de medicación puede ser debido a la práctica profesional, producto sanitario, procedimientos y sistemas, incluyendo la prescripción, la comunicación de la orden, etiquetado, envase y denominación del producto, composición dispensación, distribución, administración, monitorización y utilización¹³.

El propósito, tras analizar cada paso de esta intervención, es minimizar los factores que aumentan el riesgo en cada uno de los aspectos que pueden originar un evento adverso relacionado con la administración de medicación.

4. Administración de medicación

Grado de Recomendación	
FUERTE	Asegurar un correcto almacenaje y conservación de los fármacos (Termolábiles, fotosensibles,...), así como un correcto procedimiento de control de caducidades ^{14,15} . <i>(Evidencia Alta)</i>
FUERTE	Realizar identificación inequívoca del paciente y la prescripción antes de proceder a la administración de la medicación, aplicando la regla de “los 5 correctos”: <ul style="list-style-type: none"> • Paciente correcto • Fármaco correcto • Dosis correcta • Hora correcta • Vía de administración correcta. <i>(Evidencia Baja)</i>
FUERTE	Verificar alergias del paciente así como tratamientos previos valorando posibles interacciones farmacológicas. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Unificar dosis de administración, protocolizar concentraciones y forma de preparación de diluciones. Emplear perfusiones estandarizadas ¹⁶ . <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Utilizar tablas para cálculo de dosis. Protocolizar la forma de realizar los cálculos. Realizar doble cálculo de dosis (verificar dosis) ^{10,11,12,13,17} <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
DÉBIL	Utilizar calculadoras para el cálculo de dosis ^{18,19} . <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Ante la prescripción de administración de fármacos se debe efectuar un doble chequeo verificando el medicamento ²⁰ (Genérico Vs ®), la dosis (siempre que el fármaco lo permita se emitirán las prescripciones en unidades de peso (g, mg, mcg) y no en unidades de volumen), velocidad de infusión, la vía de administración y el paciente a quien va dirigido (Especial atención en AMV). <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Emplear Guías Farmacológicas ante dudas en la administración de fármacos. En caso de pacientes pediátricos el uso de la Regla de Broselow facilita la elección de dosis y calibre de los materiales a emplear en las situaciones de emergencias en función de la estatura del niño ^{10,11} . <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Verificar el fármaco en el momento de la preparación: nombre, concentración, caducidad, vía de administración, estado del fármaco y del envase. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>



DÉBIL	La preparación y administración del fármaco la ejecutará el mismo profesional. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	No precargar la medicación, preparando la misma en el momento de la administración. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Uso de dispositivos de infusión segura para tratamiento con fármacos de alto riesgo. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Identificar jeringas y perfusiones adecuadamente, sin abreviaturas, evitando el uso de fármacos no etiquetados o con el etiquetado en mal estado ²¹ . <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Informar al paciente acerca del procedimiento que se va a efectuar, de la medicación que va a administrarse y de los posibles efectos ²² . <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Determinar el conocimiento de la medicación y comprensión del paciente del método de administración (aerosolterapia, inyectables...). <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Verificar siempre la permeabilidad del catéter intravenoso antes de administrar cualquier medicación, con el fin de evitar extravasaciones, flebitis ... <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
DÉBIL	Conservar los envases hasta finalizar la asistencia. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Reevaluar al paciente tras la administración de fármacos y fluidos ²³ . <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Sistematizar la evaluación del paciente ante cambios de su estado y/o alarmas de los sistemas de monitorización. Realizarla iniciándola desde el paciente hacia los sistemas de monitorización o catéteres. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>

5



Prevención de caídas Y LESIONES

5.1. Introducción

Distintas características del entorno (por desconocimiento del mismo, por el propio entorno) y del propio paciente (la edad, estado cognitivo, historial de caídas, movilidad reducida y necesidades especiales de higiene) aumentan el riesgo de caídas y lesiones.

Si bien la edad no se describe como factor en todos los estudios, la alteración del estado cognitivo (descrita como confusión o desorientación, memoria limitada o la incompreensión) es el factor de riesgo más identificado en las caídas.

Fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central (sedantes y tranquilizantes), antiepilépticos, diuréticos, hipotensores y betabloqueantes, factores físicos (debilidad, movilidad reducida o la mala coordinación), aumentan el riesgo de caída.

Otros factores que se asocian con un mayor riesgo de caída son el diagnóstico o el tipo de unidad en el que se encuentran ingresados. Pacientes con diagnósticos de insuficiencia cardiaca congestiva o de una enfermedad de medicina general, neoplasia o accidente cerebrovascular pueden tener un mayor riesgo de caerse.

Los pacientes con más de un factor de riesgo tienen más posibilidades de sufrir una caída.

5.2. Recomendaciones

La forma más común de prevenir las caídas es un programa compuesto por diferentes intervenciones (intervenciones múltiples) cuyo objetivo es minimizar el riesgo individual de caídas. Consiste en evaluar el riesgo de caídas del paciente, y llevar a cabo intervenciones para reducir este riesgo.

Un programa de intervención múltiple es el mejor enfoque para la prevención de caídas y representa la mejor evidencia actual (evidencia IV).

Para ello son precisos la valoración inicial, el establecimiento del diagnóstico de riesgo de caídas, formar tanto al profesional como al paciente y familia, tomar precauciones en la movilización, vigilar la movilidad y el estado cognitivo y eliminar riesgos durante el descanso. Todo ello sujeto a evaluación de la eficacia de las medidas implementadas.

5. prevención de caídas y Lesiones

Grado de Recomendación	
FUERTE	Valorar siempre el riesgo de caídas del paciente durante la asistencia en función de su patología, procedimientos efectuados, tratamiento administrado y estado general del paciente ^{24,25} . <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Reevaluar el riesgo de caídas en cada paso del proceso asistencial, y tras cambios y/o intervenciones sobre el paciente ^{25,26} . <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Considerar a los pacientes trasladados de alto riesgo de caídas. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Utilización de mecanismos de sujeción adecuados a la edad, patología del paciente, su capacidad de colaboración y momento de la asistencia ²⁶ (silla, camilla). <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Posicionarse delante del paciente al bajar por la escalera para aumentar la seguridad percibida. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Emplear sistemas específicos para la inmovilización pediátrica ²⁶ . <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Todo niño con canalización venosa en extremidades debe portar un sistema de inmovilización de la misma mediante férula almohadada y rígida. <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Facilitar el acompañamiento del niño con un familiar (madre, padre, etc.). <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Colocar dispositivos de sujeción física a pacientes en estados de agitación ²⁶ . <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	Fomentar la comunicación con el paciente y la aclaración de dudas para disminuir la ansiedad. <i>(Evidencia Baja)</i>
FUERTE	Informar al paciente acerca de la sistemática de movilización y transporte durante toda la asistencia. <i>(Evidencia Baja)</i>



transferencia-comunicación durante el traspaso de pacientes

6.1. Introducción

Podemos definir como transferencia, la comunicación entre profesionales sanitarios en la que se transmite información clínica de un paciente, y se traspasa la responsabilidad del cuidado a otro profesional sanitario o grupo de profesionales, bien de forma temporal (relevo, cambio de turno), o definitiva (cambio de unidad o de nivel asistencial)^{27,28}.

En el contexto actual de interés internacional por promover la seguridad del paciente, la transferencia se ha identificado como un proceso de alto riesgo^{29,30,31,32} al que se somete al paciente en múltiples ocasiones en el continuo de la asistencia sanitaria que el sistema le presta. Se trata de un proceso en el que interviene como elemento clave la comunicación, factor involucrado según la JCAHO en el 70% de los eventos centinela notificados en el año 2005^{33,34}. Está además relacionada con tratamientos inadecuados, aumento de los periodos de hospitalización, interrupción de la calidad asistencial, insatisfacción del usuario, incremento del gasto sanitario e incluso muertes^{35,36,37,38}.

Sobre la calidad de la comunicación durante una transferencia influyen otros muchos factores descritos en la literatura, entre los que destacan los siguientes^{27,33,30,31,38, 39}.

- Situación clínica del paciente, que puede hacer necesaria la priorización de la información.
- Entorno de la transferencia.
- Carga asistencial.
- Tiempo empleado en el proceso de la transferencia.
- Formación y nivel de competencia y experiencia del personal que realiza la transferencia.
- Utilización de lenguaje normalizado.
- Sistema de comunicación utilizado (verbal, documental soporte papel, soporte informático o combinación).



Por este motivo, en 2006 la Comisión Mixta JCAHO promueve la adopción de medidas orientadas a reforzar la eficacia de la comunicación entre profesionales⁴⁰. Posteriormente (2008), crea un objetivo específico en que recomienda la aplicación de un sistema estandarizado para la transferencia de pacientes^{27,33,37,31} adaptado a cada contexto y organización, que incluya la oportunidad de preguntar y responder a las cuestiones que surjan.^{27,33,37,30,31}

La estandarización de la transferencia minimiza la variabilidad de su desarrollo, favorece la eficacia de la comunicación y, por tanto, incide sobre la seguridad del paciente^{10,11,41,20,14} al contribuir a que todos los profesionales implicados en la transferencia tomen conciencia del conjunto de la situación del paciente.^{41, 42,21}

El fin último de la transferencia es la transmisión de información crítica del paciente y asegurar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos en el contexto de una atención segura en la que no se vea interrumpida la continuidad asistencial^{11,16,20,43,44}. En esta línea y con el propósito de estandarizar la transmisión de la información, se creó un modelo de comunicación estructurada con la pretensión de minimizar o eliminar los déficits de la comunicación y las ocasiones de error provocadas por éstos, la técnica SBAR (S-Situación, B-Antecedentes, R-Recomendaciones)^{28,42,45,46,38}

En esta línea de investigación el WACHS y un Equipo del Hospital Royal Parth deciden modificar la herramienta SBAR para adaptarla a cada contexto en el que se desarrollan las transferencias. Proponen la utilización de la variante ISOBAR⁴⁷ que parece responder a las expectativas generadas:

- I. Identificación del paciente.** Identificación de los profesionales responsables de la asistencia a los que se transfiere el paciente.
- S. Situación.** Motivo de la asistencia sanitaria, cambios en el estado del paciente, posibles complicaciones y aspectos a vigilar.
- O. Observación.** Signos vitales recientes, pruebas realizadas, evaluación del paciente.
- B. Background** o antecedentes clínicos relevantes. Riesgos y alergias.
- A. Acordar** un plan. Dada la situación, ¿qué hacer para normalizarla? ¿qué se ha hecho ya? (Tratamiento, medidas terapéuticas, cuidados...) ¿Qué queda pendiente? (medidas terapéuticas, medicación, perfusiones, comprobaciones).
- R. Read-back.** Confirmar la eficacia de la transferencia y establecer responsabilidades (¿quién hace qué y cuándo?).



6.2. Recomendaciones

Hasta el momento no se han desarrollado buenas prácticas asociadas a la transferencia de pacientes, pero sí se han publicado recomendaciones orientadas a minimizar los riesgos que entraña la transferencia.²⁸

Las condiciones para que se produzca una transferencia de calidad debe contemplar aspectos básicos como ¿QUIÉN realiza la transferencia? ¿CUÁNDO? ¿DÓNDE? ¿CÓMO? ¿QUÉ se transfiere?³⁷

6. TRANSFERENCIA-COMUNICACIÓN DURANTE EL TRASPASO DE PACIENTES	
Grado de Recomendación	
FUERTE	La transferencia debe realizarse de manera estructurada y sistematizada, a la cabecera del paciente, favoreciendo la verificación por él mismo de los datos e informaciones aportadas ^{27,28,33,41,37,31} . <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	En caso de pacientes con alteraciones neurológicas, limitaciones cognitivas, o pediátricas, la transferencia debería realizarse en presencia de un familiar/allegado ^{27,28,41,37,48,49} . <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	La transferencia debe realizarse en un área de críticos o muy próximo a ésta, en el que existan recursos que aseguren la vigilancia del paciente y la atención emergente en caso de deterioro del estado del paciente ^{41,37} . <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	La transferencia debe realizarse en un lugar en el que se pueda preservar la intimidad del paciente y la confidencialidad de la información aportada, lejos del paso de otros profesionales ajenos a la asistencia, libre de ruidos y/o interrupciones que dificulten la comunicación ^{28,33,37,31,50} . <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	La información transferida debe ser precisa y pertinente ^{28,30,31,51,49} , obviando detalles innecesarios que prolonguen el proceso y desvíen la atención de la información relevante. El modelo ISOBAR es el que mejor se adapta al ámbito de las Urgencias-Emergencias ⁴⁷ . <i>(Evidencia Muy Baja)</i>
FUERTE	El lenguaje utilizado debe ser claro y normalizado, aclarando aquellos términos que puedan resultar ambiguos. No es apropiado utilizar expresiones coloquiales ni incluir interpretaciones personales de la situación clínica del paciente ^{28,37,30,31} . <i>(Evidencia Muy Baja)</i>

<p>FUERTE</p>	<p>La transmisión de la información de forma verbal cara a cara^{27,28,37,52,49} enriquece la comunicación, y el registro documentado^{20,30,48,51} de la asistencia prestada (soporte papel o informatizado) supone la herramienta para verificar y ampliar la información transmitida. Si el registro es manuscrito debe ser legible y no se recomienda utilizar abreviaturas^{19,20,27}. <i>(Evidencia Muy Baja)</i></p>
<p>FUERTE</p>	<p>El tiempo empleado en la transferencia debe ser suficiente e incluir la posibilidad de formular preguntas y contestarlas^{28,33,31,48,51}. Se aconseja aplicar técnicas de feed-back^{27,28,41,37} y read-back para garantizar la exactitud de la información transmitida. <i>(Evidencia Muy Baja)</i></p>

Anexo



recomendaciones sobre Higiene de MANOS

Grado de Recomendación	
FUERTE	Cuando las manos están visiblemente sucias o contaminadas con material proteico o manchadas con sangre o con otros líquidos orgánicos, se deben lavar con agua y jabón no antiséptico, o con agua y jabón antiséptico. <i>(Evidencia Alta)</i>
FUERTE	Si las manos no están visiblemente sucias, usar una solución de base alcohólica para la descontaminación rutinaria de las manos. <i>(Evidencia Alta)</i>
FUERTE	Las manos se deben de descontaminar antes de un contacto directo con pacientes. <i>(Evidencia Alta)</i>
FUERTE	Cuando se vaya a insertar un catéter intravascular central las manos se deben descontaminar antes de ponerse guantes estériles. <i>(Evidencia Alta)</i>
FUERTE	Las manos se deben descontaminar antes de insertar catéteres urinarios, catéteres vasculares periféricos u otros dispositivos que no requieren una técnica quirúrgica.
FUERTE	Descontaminar las manos después de contactar con líquidos orgánicos o excreciones, membranas, mucosas, piel no intacta y vendajes de heridas si las manos no están visiblemente manchadas.
FUERTE	Descontaminar las manos si tienen que pasar, durante el cuidado del paciente, de un punto corporal contaminado a otro limpio. <i>(Evidencia baja)</i>
FUERTE	Descontaminar las manos tras utilizar objetos que están situados cerca del paciente, incluyendo los equipos médicos y material sanitario como cuñas, bombas de perfusión, ventiladores... <i>(Evidencia Baja)</i>
FUERTE	Descontaminar las manos tras la retirada de los guantes. <i>(Evidencia Baja)</i>
FUERTE	Se recomienda lavar las manos con agua y jabón no antiséptico: <ul style="list-style-type: none"> • Antes de iniciar la jornada de trabajo y al finalizarla. • Cada vez que las manos estén visiblemente sucias. • Antes y después de preparar, repartir o servir la comida. • Antes y después de comer. • Después de ir al cuarto de baño. • Después de estornudar, sonarse...

bibLiografía



bibliografía

- 1 *Soluciones para la seguridad del paciente.* (2007) (vol.1, solución 9)
- 2 Huntingdon Valley, PA, Institute for safe medication practices. *ISMP's list of confused drug names.*
- 3 Corral Baena, S. Guerrero Aznar M.D. (2004) *Utilización de CMBD como herramienta para la detección de acontecimientos adversos inducidos por medicamentos.* Farm Hosp (vol. 28, nº4: 258-265).
- 4 ENEAS (2005).
- 5 *The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care.*
- 6 Quality review Newsletter. (1997). *The United States Pharmacopeial Convention. National Council Focuses on coordinating error reduction efforts.* (vol. 57, pp. 1-4).
- 7 ED NURS. (2004, 7 de octubre). *Will your ED comply with safety goals? Don't wait until it's too late: failure to comply with goals will mean serious consequences for your ED.* (12:133-5).
- 8 Dunn P, Dunn P. (1946, 4 de febrero). *Save lives now* (81:42-4). Hosp Health Netw.
- 9 Hurt TL, Schweich PJ, Hurt TL, Schweich PJ. (2003, 19 de agosto). *Do not get burned: preventing iatrogenic fires and burns in the emergency department.* [Review] [25 refs]. *Pediatr Emerg Care.* (4):255-9).
- 10 Plan de calidad para el SNS. *Práctica para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.*
- 11 Otero López MJ, Bajo Bajo A (1999). *Evitabilidad de los acontecimientos adversos inducidos por medicamentos detectados en un servicio de Urgencias* (pp. 796-805).
- 12 Martín MT, Codina C. (2002). *Problemas relacionados con la medicación como causa de ingreso hospitalario* (pp. 118:205-210). *Med. Clin (Barc).*
- 13 Quality review Newsletter. (1997). *The United States Pharmacopeial Convention. National Council Focuses on coordinating error reduction efforts* (vol. 57, pp. 1-4).
- 14 *Pediatric emergency care.* (2007, 6 de junio). *Pediatric patient safety in the prehospital/emergency department setting* (vol. 23, num. 6).
- 15 *Prospective observational study on the incidence of medication errors during simulated resuscitation in a paediatric emergency department.* *BMJ* 2004;329:1321; Originally published online 28 Sept. 2004. Doi: 10.1136/bmj.38244.607083.55
- 16 Bullock J, Jordan D, Gawlinski A, Henneman EA, Bullock J, Jordan D, et al. (2006, diciembre). *Standardizing IV infusion medication concentrations to reduce variability in medication errors.* (pp. 515-21). *Crit Care Nurs Clin North Am.*

- 17 Eran Kozer, Winnie Seto. (2004, 28 de septiembre). *Prospective Observational study on the incidence of medication errors during simulated resuscitation paediatric emergency department* (pp. 329;1321).
- 18 Nursing (Ed.). (2004, 1 de junio). *Don't harm patients whith high-alert drugs*.
- 19 *Prospective observational sutdy on the incidence of medication errors during simulated resucitation in a paediatric emergency department*. BMJ 2004;329;1321; Originally published online 28 Sept. 204. Doi: 10.1136/bmj.38244.607083.55
- 20 Nursing (Ed.). (2004, 7 de junio). *Don't harm patients whith high-alert drugs*. (8):88-9.
- 21 Nursing (Ed.). (2004, 1 de junio). *Don't harm patients whith high-alert drugs*.
- 22 *Medication. Nursing standard of practice protocol: Reducing adverse durg events. Evidence based content* (2008, abril).
- 23 Koczmara C, Hyland S, Koczmara C, Hyland S. (2004). *Preventing narcotic adverse events in critical care units* (15(3):7-10).
- 24 Phillips J, Phillips J. (2005, 16 de octubre). *Neuroscience critical care: the role of the advanced practice nurse in patient safety* (581-92). AACN Clin Issues.
- 25 Catalano K, Fickenscher K. (2008, junio). *Complying with the 2008 National Patient Safety Goals* (87(3):547-9). AORN J 552.
- 26 Borrador Soluciones para la Seguridad del Paciente 2008. Prevención de caídas. (n.d.), de http://obssepac.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/menu/practicaseguras/Practicaseguras_Relacionadas_Con_Cuidados_Enfermeria/Prevencion_de_caidas
- 27 Mary Ann Friesen, Susan V. White, Jacqueline F. Byers. (n.d.). Patient Safety and Quality: An Evidence [versión electrónica]. *Based Handbook for Nurses* (vol. 2, cap. 34, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/picrender.fcgi?book=nursehb&part=ch34&blobtype=pdf>)
- 28 The Joint Commission, Joint Commission Internacional. (2007, mayo). Comunicación durante el traspaso de pacientes. *Soluciones para la seguridad del paciente* (vol. 1, solución 3), http://www.juntadeandalucia.es/.../observatorioseguridadpaciente/.../Solucixn_3_xComunicacixn_durante_el_traspaso_de_pacientesx.pdf
- 29 Wong, M. C., Yee, K. C., & Turner, P. (2008). Clinical Handover Literature Review, eHealth Services Research Group, University of Tasmania Australia, <http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/PriorityProgram-05>
- 30 Solet DJ et al. Lost in translation: challenges and opportunities during physician-to-physician communication during patient handoffs. *Academic Medicine*, 2005, 80:1094-1099, http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/2005/12000/Lost_in_Translation_Challenges_and_Opportunities.5.aspx

- 31 Strategies to improve hand-off communication: implementing a process to resolve questions. *Joint Commission Perspectives on Patient Safety*, 2005, 5 (7):11-11(1), <http://ps.micivermont.com/appdocs/lps/Strategies%20to%20Improve%20Handoff%20Communication.pdf>
- 32 LEY 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Boletín Oficial del Estado de 15.11.02. Capítulo II; Artículo 4. Capítulo III; Artículo 7, <http://www.actualderechosanitario.com/Leyautonomiapaciente.PDF>
- 33 Stacey Boutilier BSN, RN. (2007, julio, agosto). *Leaving Critical Care: Facilitating a Smooth Transition. Dimensions of Critical Care Nursing*. (vol. 26, num. 4, pp. 137-142).
- 34 National Patient Safety Goal FAQs. (2006) en http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/25E48E23-6946-43E4-916C-65E116960FD5/0/06_npsg_faqs.pdf
- 35 Hicks RW, Santell JP, Cousins DD, et al. (2004). *MEDMARXSM 5th anniversary data report: A chartbook of 2003 findings and trends 1999-2003*. Rockville, MD: USP Center for the Advancement of Patient Safety.
- 36 Singh, H., Thomas, E. J., Petersen, L., & Studdert, D. M. (2007). *Medical errors involving trainees: a study of closed malpractice claims from 5 insurers*. *Archives of Internal Medicine*, 167(19), 2030-2036.
- 37 Australian Council for Safety and Quality in Health Care (marzo de 2005). *Clinical handover and patient safety literature review report* en [http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/AA1369AD4AC5FC2ACA2571BF0081CD95/\\$File/clinhovrlitrev.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/AA1369AD4AC5FC2ACA2571BF0081CD95/$File/clinhovrlitrev.pdf)
- 38 Webster, J. S., King, H. B., Toomey, L. M., Salisbury, M. L., Powell, S. M., Craft, B., et al. (2008). *Understanding quality and safety problems in the ambulatory environment: seeking improvement with promising teamwork tools and strategies* [versión electrónica]. US Agency for Healthcare Research and Quality en http://www.aHRQ.gov/downloads/pub/advances2/vol3/Advances-Webster_76.pdf
- 39 Western Australia Country Health Service (2009). *Improving clinical handover in inter-hospital patient transfers - public report on pilot study*. Perth: WACHS, en [http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/content/com-pubs_CH-IHPT/\\$File/WACHS-PubReport.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/content/com-pubs_CH-IHPT/$File/WACHS-PubReport.pdf)
- 40 Joint Commission. (2006). *Behavioral Health Care National Patient Safety Goals*, en http://www.jointcommission.org/GeneralPublic/NPSG/06_npsg_bhc.htm
- 41 Joint Commission. (2008). *National Patient Safety Goals Hospital Program*, en http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/82B717D8-B16A-4442-AD00-CE-3188C2F00A/0/08_HAP_NPSGs_Master.pdf
- 42 Haig, K. M., Sutton, S., Whittington, J. (2006). *SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians*. *Joint Commission Journal On Quality And Patient Safety*. 32 (3), 167-175.
- 43 O'Connell B, Penney W. (2001). *Challenging the handover ritual: Recommendations for research and practice*. *Collegian Journal of the Royal College of Nursing Australia*. 8(3):14-18.

- 44 Kerr MP. (2002). *A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective*. J Adv Nurs. 37:125-134 7. 78.
- 45 Institute for Healthcare Improvement. *SBAR technique for communication: a situational briefing model*.
<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.htm>
- 46 SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. 2006, 32(3):167-175.
<http://www.jcpatientsafety.org/docViewer.aspx>.
- 47 Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2009). *The OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement*. [versión electrónica]. Sydney, ACSQHC.
[http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/DOCEDF80C4623FF2CA25757D007F7828/\\$File/OSSIE.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/DOCEDF80C4623FF2CA25757D007F7828/$File/OSSIE.pdf)
- 48 Chaboyer, W., McMurray, A., Wallis, M. & Chang, H.Y. (2008). *Standard Operating Protocol for Implementing Bedside Handover in Nursing* [versión electrónica]. Griffith University, Australia.
[http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/content/com-pubs_CH-BH&WC-con/\\$File/SOP-Bedside-Handover.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/content/com-pubs_CH-BH&WC-con/$File/SOP-Bedside-Handover.pdf)
- 49 Simpson KR. (2005). *Handling handoffs safely*. [versión electrónica]. MCN 2005; 30(2):152.
http://www.google.es/imgres?imgurl=http://www.colorcodingkids.com/cck_samples/images/broselow_quickref.gif&imgrefurl=http://www.colorcodingkids.com/cck_samples/index.htm&h=388&w=780&sz=114&tbnid=yS4FgBu5Qu2U-M:&tbnh=71&tbnw=142&prev=/images%3Fq%3DBROSELOW&hl=es&usq=__XhQS3MamcQULDXkDokOMCm6mJUC=&ei=wuluS_vYB8vQ4gayvryqBw&sa=X&oi=image_result&resnum=4&ct=image&ved=0CBoQ9QEwAw
- 50 White SV. (2004). *Improving patient safety using quality tools and techniques*. Patient safety principles and practice. New York: Springer Publishing Company. (pp 87-134).
- 51 Joint Commission International Center for Patient Safety. (2005) *Strategies to improve hand-off communication: Implementing a process to resolve questions* [versión electrónica].
<http://www.jcpatientsafety.org/15274/>.
- 52 Arora V, Johnson J, Lovinger D, et al. (2005). *Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: A critical incident analysis*. Qual Saf Health Care. (14:401-407).