

# SEGURIDAD DEL PACIENTE ANÁLISIS DE PRÁCTICAS SEGURAS A BAJO COSTE

---

## Diseño de catálogo de Prácticas Seguras Sencillas

TRABAJO FIN DE GRADO

*Nafarroako  
Unibertsitate  
Publikoa*



Universidad  
Pública de  
Navarra

Autor del trabajo: Marina Noain Lacámara

Director: Yolanda Montes García

Grado en Enfermería, 4º curso

Curso académico: 2017-2018

---

CONVOCATORIA DE DEFENSA: MAYO DE 2018

## RESUMEN

**Introducción.** La seguridad del paciente es un tema primordial en la calidad de los cuidados. La prevención de eventos adversos (EA) requiere de la instauración de sistemas de seguridad (SS). El trabajo se centra en cuatro áreas de intervención: medicamentos, úlceras por presión (UPP), caídas y comunicación en el equipo. En todas ellas el papel de enfermería es fundamental para el logro de una práctica segura (PS). **Objetivo.** Identificar prácticas seguras de bajo coste y fácil implementación en cualquier sistema organizativo. Diseñar un catálogo que describa las propiedades de las mismas. **Metodología.** Revisión bibliográfica narrativa con búsqueda sistemática, en bases de datos de ciencias de la salud. **Resultados.** Se han identificado cinco prácticas seguras en medicamentos, tres en UPP, una en caídas y tres en comunicación; alguna de las mismas es válida para el resto de grupos. **Conclusiones.** Estos sistemas de seguridad han demostrado ser eficaces en la prevención de EA. **Propuesta.** Se elabora catálogo con prácticas seguras de bajo coste identificadas.

**Palabras clave:** “Evento adverso”, “sistemas de seguridad”, “buenas prácticas”, “estrategias de seguridad”, “seguridad del paciente”.

**Número de palabras:** 11.334 palabras.

## ABSTRACT

**Introduction.** Patient safety is a key issue in the quality of care. The prevention of adverse events requires the establishment of security systems. The work focuses on four areas of intervention: medications, pressure ulcers, falls and communication in the team. In all of them, the role of nursing is fundamental for the achievement of a safe practice. **Objective.** Identify safe practices of low cost and easy implementation in any organizational system. Design a catalog that describes their properties. **Methodology.** Narrative bibliographic review with systematic search, in databases of health sciences. **Results.** Five safe practices in medicines have been identified, three in pressure ulcers, one in falls and three in communication; some of them are valid for the other groups. **Conclusions.** These systems have been shown to be effective in the prevention of adverse events. **Proposal.** Catalog with low cost safe practices identified.

**Key words:** “Adverse event”, “security systems”, “good practices”, “security strategies”, “patient safety”.

## ÍNDICE

RESUMEN .....	i
ABSTRACT .....	ii
ÍNDICE .....	iii
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS .....	iv
INTRODUCCIÓN.....	1
Marco teórico.....	1
Antecedentes del tema.....	3
Organismos de seguridad y propuestas.....	5
Áreas relacionadas con la seguridad: importancia y oportunidades de intervención.....	7
OBJETIVOS.....	11
MATERIAL Y MÉTODOS .....	12
RESULTADOS .....	17
DISCUSIÓN.....	31
Prácticas seguras relacionadas con la gestión de medicamentos .....	31
Prácticas seguras relacionadas con la prevención de úlceras por presión .....	34
Prácticas seguras relacionadas con la prevención de caídas.....	37
Prácticas seguras relacionadas con la comunicación.....	38
CONCLUSIONES .....	41
PROPUESTA DE TRABAJO .....	42
Introducción .....	42
Contexto organizativo .....	42
Propuestas de seguridad.....	43
Objetivo.....	48
Metodología.....	49
Discusión y conclusiones.....	50
Propuesta .....	51
AGRADECIMIENTOS .....	68
BIBLOGRAFÍA.....	69
ANEXO 1. Estrategia de búsqueda. ....	78
ANEXO 2. Búsqueda bibliográfica detallada. ....	82
ANEXO 3. Búsqueda y selección de artículos de la propuesta de trabajo. ....	91

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla nº 1. Directrices de seguridad de organismos e instituciones.....	5
Tabla nº 2. Estudios Nacionales sobre seguridad.....	6
Tabla nº 3. Documentos seleccionados.....	15
Tabla nº 4. Resultados de la búsqueda de medicamentos.....	18
Tabla nº 5. Resultados de la búsqueda de UPP.....	22
Tabla nº 6. Resultados de la búsqueda de caídas.....	26
Tabla nº 7. Resultados de la búsqueda de comunicación.....	29
Tabla nº 8. Resumen de los sistemas de seguridad de bajo coste.....	66
Tabla nº 9. Resumen de la estrategia de búsqueda en bases de datos, buscadores y páginas web.....	77
Figura nº 1. Diagrama de flujo de los documentos seleccionados.....	16

## INTRODUCCIÓN

### Marco teórico.

Según han demostrado numerosos estudios a nivel nacional, actualmente vivimos en un ámbito hospitalario donde se cometen errores. Estos errores son multicausales y muchos de ellos podrían evitarse. Además *“es una cuestión que suma importancia para el sistema de salud, tanto en su dimensión económica, jurídica, social, mediática e incluso en la salud pública”* <sup>(1)</sup>.

El Estudio Nacional sobre Efectos Adversos (ENEAS) realizado en 2005, muestra que la incidencia de efectos adversos (EA) relacionados con la asistencia sanitaria en los Hospitales Españoles es de 9,3% y relacionados con la asistencia hospitalaria es de 8,4%. Cifras similares a las encontradas en los estudios europeos con metodología similar al estudio ENEAS <sup>(1)</sup>.

De acuerdo con este estudio un 42,8%, casi la mitad de estos incidentes, podrían ser evitables. El 31,4% de los EA incrementó la estancia de los pacientes ingresados y el 4,4% de los pacientes que presentaron efectos adversos, acabaron en *exitus* <sup>(1)</sup>.

Además, el coste que conllevan las consecuencias de los EA es elevado y se considera que es un gasto financiero innecesario. Según un informe de la Organización Mundial de la Salud esos EA suponen un coste entre 4.800 millones de euros y 23.400 millones de euros al año <sup>(2)</sup>.

Los sistemas de seguridad son instrumentos que evitan que durante la acción de un proceso o cuidado que se vaya a llevar a cabo se produzca un error.

Las actividades en las que se detectan una elevada incidencia de efectos adversos están en relación con la cirugía, administración de fármacos, úlceras por presión, caídas y aspectos de comunicación en el equipo <sup>(1)</sup>.

La enfermería, por sus características laborales, está en primera línea de contacto con el paciente y en consecuencia ocupa un papel relevante en cuanto a la seguridad clínica <sup>(3)</sup>.

Enfermería realiza actividades de cuidado en todas las áreas implicadas con los EA: medicamentos, úlceras por presión, caídas, comunicación; aunque no podemos

olvidar que la atención al paciente es fruto de un equipo multidisciplinar donde participan múltiples profesionales. Por tanto el foco para la prevención de los efectos adversos no solo debe centrarse en las acciones individuales, si no el proceso asistencial en el más amplio sentido de la palabra, es decir, considerando a la organización en su conjunto <sup>(4)</sup>.

En las últimas décadas se han ido implantando diferentes instrumentos de seguridad la mayoría de los mismos con alta implicación de la informatización y las nuevas tecnologías. Entre otros, el sistema automatizado de distribución de medicamentos “Pyxis” o el “Hemocod” para la seguridad transfusional, los sistemas de Check-List quirúrgicos, pulseras de identificación de pacientes, registros y un largo etc.

Todos estos instrumentos han disminuido notablemente los errores y efectos adversos, pero al requerir desarrollos de programas informáticos e importantes recursos materiales para su puesta en marcha, suponen un alto coste, así como la necesidad de aprendizaje por parte del personal y en numerosas ocasiones la reorganización de los sistemas de trabajo lo que implica dificultades en su aplicación.

El alto coste de muchos de los sistemas de seguridad existentes, unido a la crisis económica y al compromiso de las organizaciones con la seguridad de la atención, han llevado a muchas organizaciones sanitarias a desarrollar sistemas a bajo coste o coste cero, que han demostrado ser eficaces y fácilmente implantables al requerir escasos cambios organizativos.

Entre estas medidas está el lavado de manos. En el presente trabajo no será abordada por ser una práctica segura (PS) básica, ampliamente analizada, con evidencia suficiente sobre eficacia y efectividad, así como ampliamente implantada en las instituciones. Es una medida de alto impacto que la OMS remarcó bajo el lema “una atención limpia es una atención segura” <sup>(5)</sup>.

## Antecedentes del tema

La seguridad *“es un término que incluye las actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos evitables, generados como consecuencia del proceso de atención a la salud”*<sup>(6)</sup>.

Un efecto adverso se entiende como *“el daño innecesario asociado a la atención sanitaria y no a la enfermedad de base del paciente”*<sup>(2)</sup>.

La seguridad de los pacientes forma parte de una prioridad cuando hablamos de calidad asistencial en los cuidados que se prestan, y por ello es importante reflexionar sobre los efectos adversos para poder garantizar una práctica segura<sup>(7)</sup>.

La preocupación que hoy en día existe por la seguridad de los pacientes no es un tema nuevo, ya que los primeros estudios concretos sobre seguridad clínica fueron realizados en 1950; y *“desde que en 1999 se publicó el libro «to err is Human: building a safer health system», el problema ha adquirido una dimensión mundial y se ha incorporado a las agendas políticas y al debate público”*<sup>(8)</sup>.

Ya desde 1986 la Ley General de Sanidad indica la necesidad de mejorar la calidad de asistencia sanitaria en todos sus niveles, siendo a día de hoy el marco de referencia en este tema para los servicios sanitarios<sup>(9)</sup>.

En este contexto, y teniendo en cuenta la Ley de Cohesión y Calidad de 2003 se han ido desarrollando las estrategias de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud<sup>(9)</sup>.

De hecho, en 2005, la Organización Mundial de la Salud planteó una Alianza Mundial para la seguridad del paciente en los sistemas sanitarios<sup>(8)</sup> en la que reconoce que

*“en cada acción en el cuidado de un paciente estamos expuestos a cometer algún error no intencional; y por lo tanto debemos detectar los errores, aprender de ellos y colocar la seguridad de los pacientes como una de las prioridades en la atención médica”*<sup>(10)</sup>.



Además, esta iniciativa fue seguida por el Consejo de Europa con la “Declaración de Varsovia sobre la Seguridad en los Pacientes” donde se aconseja a los países aceptar el reto sobre seguridad en los servicios sanitarios <sup>(3,8)</sup>.

En este tema la Joint Commission International propone que ante los cambios y desafíos surgidos en la seguridad del paciente

*“las organizaciones de cuidado de la salud deben estar preparadas para hacerles frente con prácticas coherentes implementadas por una fuerza de trabajo bien capacitada. Y ante un proceso de cambios acelerado, lograr y mantener los más altos estándares de calidad y seguridad sigue siendo una prioridad esencial” <sup>(11)</sup>.*

La cultura de una organización es la que determina el modo en el que se trabaja y actúan sus miembros, y es por ello; que aunque el proceso hacia la seguridad sea un reto para toda la organización y todos los niveles de trabajo -desde los directivos hasta los trabajadores- *“la enfermería por las especiales características de su desempeño laboral está en primera línea con las cuestiones relacionadas con la seguridad clínica” <sup>(3)</sup>.*

Así pues, la seguridad en los pacientes sigue siendo un reto a la hora de prestar cuidados y es por ello que el fundamento de esta revisión bibliográfica se basará en identificar y exponer los diferentes sistemas de seguridad que existen para los diferentes incidentes que siguen ocurriendo actualmente.

## Organismos de seguridad y propuestas

Es importante conocer las líneas estratégicas propuestas desde diferentes organismos o instituciones que velan para llevar a cabo planes para la seguridad del paciente.

Tabla nº 1. Directrices de seguridad de organismos e instituciones.

Organismo o institución	Directrices/Líneas de estrategia
<b>Organización Mundial de la Salud</b> <sup>(10)</sup>	2004. <b>Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente</b> (Programa de seguridad del paciente). Orientación de una red por la seguridad del paciente: mediante sistemas de notificación y aprendizaje, gestión del conocimiento y prácticas clínicas seguras. Realizando propuestas de mejora tanto en la gestión como en la práctica asistencial.
<b>Consejo de Europa</b> <sup>(8)</sup>	2006. <b>Declaración de Varsovia sobre Seguridad del Paciente</b> . La seguridad del paciente como una prioridad implementando acciones de seguridad del paciente: promoviendo una cultura de seguridad del paciente, estableciendo sistemas de notificación de incidentes para el aprendizaje y toma de decisiones e implicando a los pacientes en la mejora de la seguridad.
<b>Unión Europea</b> <sup>(9)</sup>	<b>Comisión Europea:</b> ha desarrollado, coordinado y apoyado proyectos en los que han participado organizaciones, profesionales y pacientes con interés en el tema. <b>Declaración de Luxemburgo sobre seguridad del paciente:</b> recomendaciones específicas sobre seguridad del paciente a nivel internacional, nacional y local. <b>Grupo de trabajo en Calidad y seguridad del paciente:</b> sirve como plataforma de información sobre acciones y prioridades innovadoras frente a retos de seguridad del paciente.
<b>Joint Commission</b> <sup>(9)</sup>	2003. <b>National Patient Safety Goals</b> . Impulsar en las instituciones la prevención de errores en diferentes áreas.
<b>Sistema Nacional de Salud</b> <sup>(9)</sup>	2015. <b>Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, periodo 2015-2020</b> . Necesidad de la implantación de prácticas seguras con recomendaciones internacionales.
<b>Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea</b> <sup>(12)</sup>	2014. <b>Plan de Salud de Navarra. 2014-2020</b> . Programas de salud para la seguridad del paciente: prevención de errores y complicaciones y uso de sistemas de identificación y notificación.
<b>Complejo Hospitalario de Navarra</b> <sup>(13)</sup>	2015. <b>Plan de Seguridad del paciente del Complejo Hospitalario de Navarra</b> . Incluye actuaciones orientadas a eliminar o reducir los eventos adversos producidos como consecuencia del proceso asistencial.

Fuente: elaboración propia.

Estos organismos proponen las directrices y líneas de estrategia a seguir para mejorar la seguridad en el paciente.

Por otro lado, cuando hablamos de seguridad es imposible no hablar de la relevancia de los últimos estudios realizados en nuestro país sobre seguridad y efectos adversos.

Tabla nº 2. Estudios Nacionales sobre seguridad.

<b>Estudio/Proyecto/Informe</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Resultados/Conclusiones</b>
<b>Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005.</b> Ministerio de Sanidad y Consumo <sup>(1)</sup> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Determinar incidencia EA.</li> <li>-Describir causas.</li> <li>-Establecer EA en prehospitalización.</li> <li>-Definir los EA evitables.</li> <li>-Conocer el impacto de los EA.</li> </ul>	9,3% de pacientes sufre EA relacionados con la asistencia sanitaria; 31,4% incremento de la estancia, un 66,3% realización de procedimientos adicionales, un 42,8% de los EA se considera evitable.
<b>Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales de SNS. Proyecto Séneca 2008.</b> Ministerio de Sanidad y Política Social <sup>(8)</sup> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluar si la práctica basada en niveles de calidad se relaciona con una mejora en la seguridad en el SNS.</li> <li>-Diseñar un modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales.</li> </ul>	Valora el cumplimiento de estándares de calidad, son altamente cumplimentados. Dichos estándares destacan deficiencias relacionadas con la falta de reconocimiento hacia los profesionales.
<b>Prácticas Seguras Simples. Recomendaciones por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos en pacientes atendidos en hospitales. 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo <sup>(14)</sup>.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar prácticas seguras.</li> <li>-Caracterizar cada una de esas prácticas.</li> <li>-Comparar la posición relativa entre las prácticas seguras contra los EA identificados.</li> </ul>	Se identifican y analizan prácticas seguras Se determinan cuales son, Se alcanza un consenso y se hacen recomendaciones.
<b>Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.</b> Ministerio de Sanidad y Consumo <sup>(15)</sup> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Describir sistemas de registro y notificación de EA.</li> <li>-Analizar experiencias internacionales.</li> <li>-Identificar alternativas de toma de decisiones.</li> <li>-Describir los sistemas.</li> <li>-Valorar posibilidades de implantación en España.</li> </ul>	Se concluye que la mejora de seguridad del paciente requiere del uso de los sistemas de notificación y registro de efectos adversos para obtener beneficios y trabajar sobre los errores cometidos.

Fuente: elaboración propia.

Y, por último, otro de los documentos a tener en cuenta, es un documento de la OMS con la colaboración de The Joint Commission y The Joint Commission International, donde se muestra que para un tema así de relevante es necesaria una solución.

El texto pertenece al “Preamble a las soluciones para la seguridad del paciente” de mayo de 2007, que forma parte de uno de los seis campos de acción que lanzó la OMS: *“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>(16)</sup>.

## Áreas relacionadas con la seguridad: importancia y oportunidades de intervención

### MEDICAMENTOS

Los estudios han demostrado que uno de los mayores porcentajes de efectos adversos está relacionado con el uso de medicamentos en el ámbito hospitalario y prácticamente la mitad de estos efectos adversos son catalogados como moderados o graves<sup>(1,8)</sup>.

De hecho, como bien indica el estudio ENEAS, el cual ha sido citado en varias ocasiones por su relevancia con los eventos adversos, el 37,4% de los eventos adversos están relacionados con la medicación<sup>(1)</sup>.

Entre las actividades que integran la gestión de fármacos la preparación y administración de medicamentos son una de las primeras causas de EA en el ámbito hospitalario.

Un alto porcentaje de EA son evitables, por lo que es imprescindible conocer sus causas para prevenirlos. Una de las causas identificadas en la bibliografía son las distracciones. De las cuales, el 40%, son causadas por otros miembros del equipo, 32% por conversaciones y 10% por llamadas telefónicas<sup>(16)</sup>.

Actualmente se están buscando buenas prácticas para prevenir esos errores; tanto de prevención del suceso como de registro<sup>(7)</sup>.

A lo largo de la revisión se exponen diferentes sistemas para disminuir su incidencia. Por un lado, sistemas de alto coste, que además de su valor económico requieren de aprendizaje específico, actualizaciones...etc.<sup>(19,20)</sup>. Como prácticas seguras de bajo coste que entre otras cosas, evitan las distracciones durante el proceso de administración<sup>(21, 22, 23, 24)</sup>.

## ÚLCERAS POR PRESIÓN

Las úlceras por presión son actualmente un importante problema de salud que repercute también en el consumo de recursos sanitarios y son consideradas tanto indicador de calidad asistencial como efecto adverso.

Las actuaciones principales van dirigidas a su prevención ya que la aparición de estas provoca un aumento de la estancia hospitalaria y uso de recursos, y su tratamiento genera altos costes <sup>(29,31)</sup>. De hecho, su prevención podría suponer un ahorro del 5% en nuestro Sistema Nacional de Salud <sup>(58)</sup>.

*“Se estima que en España 80000 personas son atendidas diariamente entorno a este problema en los diferentes ambitos asistenciales, cuando se ha estimado que el 95% de las mismas son evitables”<sup>(34)</sup>.*

Así pues, la intervención principal está dirigida hacia la prevención y toda intervención encaminada a conseguir esa prevención es una prioridad en la seguridad del paciente.

Cuando se habla de úlceras por presión hablamos de los cuidados que presta enfermería, que requiere de conocimientos e instrumentos para su tratamiento cuando la prevención no ha sido suficiente. <sup>(9)</sup>

Existen numerosos manuales basados en la evidencia científica sobre los cuidados de las úlceras por presión. Sin embargo, y aunque sea en números menores, también existen prácticas seguras que han demostrado su eficacia.

Sistemas que complementan y operativizan las extensas guías en torno a las medidas de prevención de UPP, y que han demostrado disminuir su incidencia.

## CAÍDAS

Al igual que las úlceras por presión las caídas son un importante problema de salud y la mejor acción es evitarlas.

Constituyen un alto porcentaje entre los efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, y también son considerados un indicador de calidad.

Las caídas son un problema persistente que pueden ocasionar graves lesiones, aumento de la duración del ingreso y en consecuencia un aumento del costo

relacionado con la estancia y el tratamiento del paciente. Y lo que es más grave, son una causa del aumento de la mortalidad. De hecho, según la OMS, se producen alrededor de 37,3 millones de caídas en el mundo <sup>(60)</sup>.

Artículos consultados afirman que la mejor acción es prevenirlas, y es aquí donde también enfermería tiene una gran labor con sus intervenciones y cuidados <sup>(41, 42, 44)</sup>.

Al igual que en el apartado de las úlceras por presión, para abordar la prevención de caídas existen guías y manuales donde se exponen procedimientos dirigidos a disminuir la incidencia de este problema, que forman parte de las herramientas de atención de enfermería <sup>(3)</sup>.

Así mismo la bibliografía describe prácticas seguras que no requieren de coste económico para su puesta en marcha.

## COMUNICACIÓN

La comunicación entre los profesionales es un tema que ha tomado lugar desde hace relativamente poco, y numerosos autores afirman que actualmente sigue siendo un tema pendiente para los profesionales de la salud.

La creciente complejidad de los pacientes, junto con la segmentación de las especialidades médicas, unido a la pluralidad de tratamientos altamente tecnificados, requiere el trabajo coordinado de equipos multidisciplinares, así como la necesidad de transferencias del paciente.

El trabajo dividido entre diferentes profesionales genera mal entendidos y no fortalece el trabajo en equipo <sup>(51)</sup>.

La comunicación entre los profesionales repercute en la calidad con la que se ofrecen los cuidados al paciente y por lo tanto con la seguridad que se le da al mismo.

Hay diferentes maneras de trabajar este problema: correcta identificación de pacientes, adecuada comunicación interprofesional o el asegurarse de la realización de buenas prácticas en las unidades.

De la misma manera que en apartados anteriores, existen prácticas seguras de bajo coste, como el planteamiento de unas reuniones específicas o rondas de seguridad (52, 54).

## **OBJETIVOS**

### **General**

Identificar prácticas seguras de bajo coste y fácil implementación en cualquier sistema organizativo.

### **Específico**

- Analizar la eficacia de las prácticas seguras a bajo coste implementadas actualmente.



## MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa con búsqueda sistemática, en diferentes bases de datos, páginas web sanitarias y buscadores, sobre los diferentes sistemas de seguridad que existen a nivel hospitalario en preparación y administración de medicamentos, úlceras por presión, caídas y comunicación interprofesional.

### ➤ Bases de datos:

- Multidisciplinares:
  - Dialnet
  - Scopus
  - Web of Science
- Específicas de Ciencias de la Salud Internacionales:
  - Pubmed
  - CINAHL
  - Scielo
- Específicas de Ciencias de la Salud Nacionales:
  - IME
  - IBECS
- Específicas de enfermería:
  - Cuiden

### ➤ Páginas web sanitarias:

- Diario enfermero
- Quality Improvement Division
- Health PEI
- Aplicaciones móviles sanitarias

### ➤ Buscadores:

- Google Académico

Para las búsquedas se han empleado diferentes combinaciones con las siguientes palabras clave:

- ❖ En español: medicamento/úlceras por presión/caídas/comunicación, sistemas de seguridad, buenas prácticas, manual, estrategias de seguridad, prevención.
- ❖ En inglés: medicines/pressure ulcers/falls/communication, safety system, security, good practices, manual, prevention, nursing activities.

La búsqueda se realizó en cuatro grandes grupos: medicamentos, úlceras por presión, caídas y comunicación en el equipo –como bien se observa en las palabras clave-; ya que todo el desarrollo del trabajo está estructurado en torno a estos cuatro grupos.

Los operadores booleanos empleados han sido:

- ❖ En español: “Y”.
- ❖ En inglés: “AND”.

Se ha empleado el comodín de truncamiento: \*

Se han empleado límites, tales como:

- ❖ Fecha de publicación: 2010-2018.
- ❖ Idioma: español, inglés.
- ❖ Materias
- ❖ Ordenación por el número de veces que el texto ha sido citado o relevancia.

El periodo de realización de las búsquedas fue desde octubre de 2017 hasta febrero de 2018. La producción científica publicada que se obtuvo abarca desde el año 2010 hasta febrero de 2018, aunque en determinadas búsquedas hubo que ampliar el periodo de tiempo para obtener documentos fundamentales para la materia de estudio.

Tras la obtención de resultados derivados de la búsqueda se seleccionaron aquellos documentos que bien por su título o resumen tenían relación con el tema objeto de estudio. Los criterios de inclusión fueron:

- ❖ Guías o manuales de buenas prácticas en procedimientos y seguridad.

- ❖ Actividades operativizadas en procedimientos de enfermería sobre seguridad y prevención.
- ❖ Sistemas de seguridad empleados para la seguridad del paciente.

Se realizó también una búsqueda mediante el principio “bola de nieve” para revisar aquellas referencias bibliográficas citadas en los documentos revisados que por su título podrían ser específicas en relación al tema de estudio.

Tras esta búsqueda se procedió a la lectura y análisis de la bibliografía consultada, para así seleccionar los documentos necesarios para la elaboración del trabajo, y poder dar respuesta a los objetivos propuestos.

La búsqueda realizada con la estrategia ya determinada arrojó un número amplio de resultados que se filtraron según unos criterios establecidos. En primer lugar, se excluyeron los documentos que correspondían con los criterios de exclusión:

- ❖ Repetición del mismo artículo en diferentes bases.
- ❖ No relación del título con el tema a estudio:
  - Especialidades de enfermería.
  - Estudios que proponían cambios de gran coste.
  - Estudios que no mostraban las actividades realizadas.

Estos documentos fueron descartados, los restantes se evaluaron con los criterios de inclusión:

- ❖ Relación del título con el tema a estudio.
- ❖ La lectura crítica del resumen se corresponde con lo buscado.
- ❖ Objetividad: la bibliografía seleccionada es objetiva, imparcial y sin patrocinios e intereses de ningún tipo.
- ❖ Pertinencia: la bibliografía seleccionada es relevante para el trabajo y da respuesta a los objetivos propuestos. Todos los documentos hablan de seguridad y mayormente dirigida a la hospitalización de adultos.
- ❖ Presentación: la bibliografía seleccionada contiene información clara, bien organizada y estructurada que incluye también autor, lugar y fecha de publicación.

- ❖ Procedencia: la bibliografía seleccionada proviene de las bases de datos científicas, buscadores, documentos elaborados por instituciones sanitarias o páginas web sanitarias.
- ❖ Actualidad: la bibliografía seleccionada ha sido del año 2010 en adelante, exceptuando documentos imprescindibles para la introducción a la materia de estudio o que eran de gran relevancia para el trabajo.

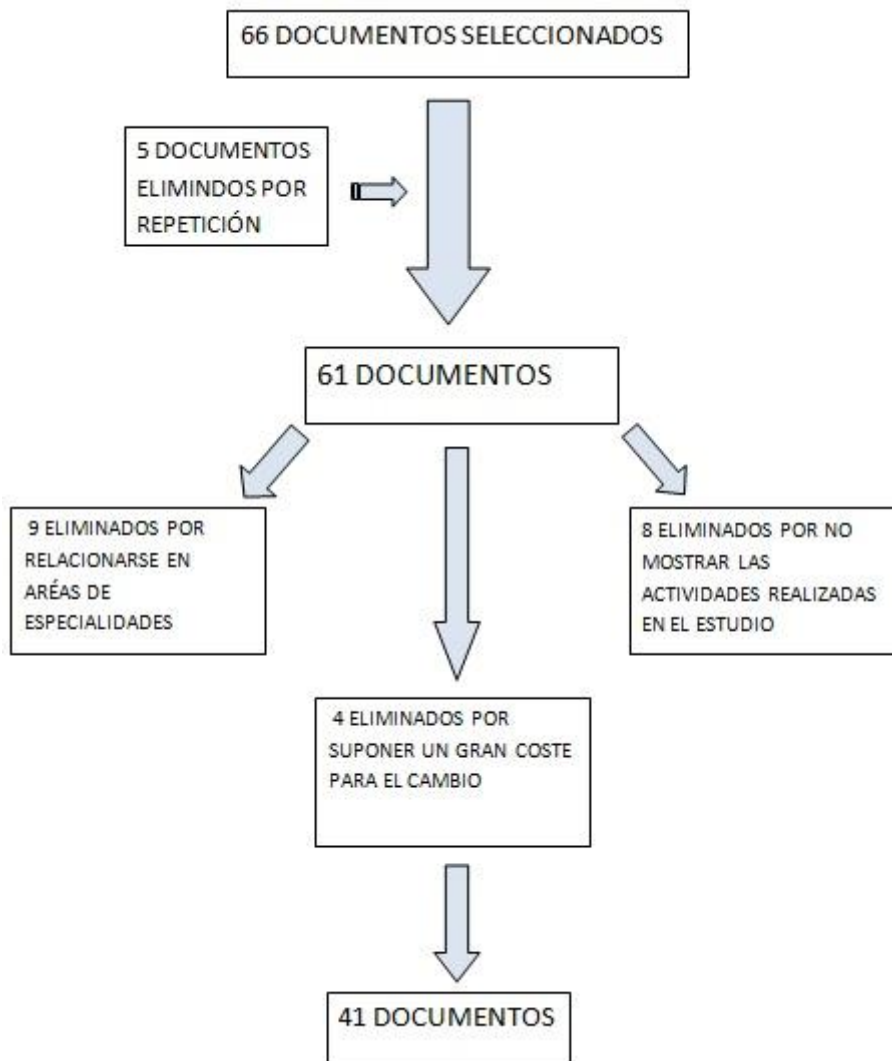
Como gestor bibliográfico para almacenar y gestionar la bibliografía se ha utilizado Mendeley, que también ha sido utilizado para insertar citas bibliográficas de este trabajo.

Tabla nº 3. Documentos seleccionados.

<b>Tipo de documento</b>	<b>Número</b>
Artículo de investigación: descriptivo-observacional	4
Artículo de investigación: observacional	6
Artículo de investigación: descriptivo	1
Artículo de investigación: cualitativo-descriptivo	3
Artículo de investigación: cuantitativo-descriptivo	3
Revisión bibliográfica	6
Guía de prácticas seguras	7
Protocolo	1
Estrategia de prevención y actuación	3
Tesis doctoral	3
Página web sanitaria	4
	41

Fuente: elaboración propia.

Figura nº 1. Diagrama de flujo de los documentos seleccionados.



Fuente: elaboración propia.

## **RESULTADOS**

Al igual que la búsqueda de bibliografía fue dividida en cuatro partes (medicamentos, úlceras por presión, caídas y comunicación), los resultados serán expuestos de la misma manera.

Se expondrán los sistemas de seguridad encontrados en los cuatro grupos: sobre medicamentos, úlceras por presión, caídas y comunicación en el equipo.

Tabla nº 4. Resultados de la búsqueda de medicamentos.

**Resultados relacionados con sistemas de seguridad sobre la medicación**

Los resultados señalados en **rojo** identifican y analizan las causas que producen EA en la administración segura del medicamento: las distracciones, generadas por interrupciones de otros miembros del equipo, conversaciones o llamadas telefónicas, se situaban en primer lugar, seguidas de incorrecto almacenamiento de los fármacos.

Los resultados señalados en **verde** proponen sistemas de bajo coste y baja complejidad para la solución de estos EA, la denominada caja de herramientas donde se introduzcan los EA en hojas de registro ya diseñadas para analizar y buscar soluciones, planes de seguridad etiquetando los fármacos de riesgo con colores, instrumentos visuales que señalen la importancia de no interrumpir al personal de enfermería durante las administración de fármacos o una aplicación móvil al alcance de todos para consultar información actualizada sobre los medicamentos.

Los resultados señalados en **azul** proponen sistemas de alto coste y alta complejidad, como son sistemas informatizados que requieren de aprendizaje y actualizaciones, programas de notificación de difícil implantación o guías de prácticas seguras que proponen normas y procedimientos sin indicar la manera de implantarlo y llevarlo correctamente a la práctica.

Artículo/autor/tipo	Objetivo/metodología	Resultados relevantes	Conclusiones
"Identificar distracciones en el proceso de administración de medicamentos garantiza una práctica segura". Ramos DY, Lesmes VIS <sup>(17)</sup> . Artículo descriptivo observacional.	Identificar las distracciones que sufre enfermería en la administración de medicamentos y analizar el motivo de estas distracciones.	Gran porcentaje de distracciones, el 40%, son causadas por otros miembros del equipo, 32% por conversaciones y 10% por llamadas telefónicas.	Los hallazgos permitirán desarrollar sistemas de seguridad en el proceso de administración de la medicación.
"Distracciones del profesional de enfermería en el proceso de administración de medicamentos en el Hospital Universitario Fundación Santafé de Bogotá". Castro DYR <sup>(18)</sup> . Tesis doctoral.	Identificar las distracciones de enfermería en el proceso de administración de medicamentos.	Las distracciones que presentaron mayor frecuencia fueron: por otros miembros del personal, conversaciones y llamadas; que en total representan un 83% de las distracciones.	Los hallazgos permitirán desarrollar sistemas de seguridad para solventar las distracciones en este proceso.

<p>“Cuidado de enfermería y seguridad del paciente: visualizando la organización, acondicionamiento y distribución de medicamentos con método de investigación fotográfica”. Raduenz AC, et al <sup>(19)</sup>. Estudio descriptivo-observacional.</p>	<p>Identificar los factores que pueden conducir a errores en la preparación y administración de medicamentos. Mediante imágenes fotográficas.</p>	<p>Mediante imágenes fotográficas se identificaron diversas situaciones, posibles fuentes de errores en la prescripción: cajón con sobras de medicamentos, incorrecta organización de los medicamentos del carro de emergencia o incorrecta organización de medicamentos en la nevera.</p>	<p>La mejora de la organización de estas situaciones podría llevarnos a reducir riesgos innecesarios en relacionados con la administración de medicación.</p>
<p>“Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería”. Silva Severino Lima F, et al <sup>(4)</sup>. Revisión bibliográfica.</p>	<p>Investigar el término de seguridad abordado desde el personal de enfermería.</p>	<p>Un gran porcentaje de errores va ligado a la preparación y administración de medicamentos. Si dicho cuidado no es realizado con calidad, puede generar errores y comprometer la seguridad del paciente.</p>	<p>Enfermería presenta un papel crucial en la seguridad del paciente.</p>
<p>“Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud”. Ministerio de la Protección Social. Bogotá <sup>(22)</sup>. Guía de buenas prácticas.</p>	<p>Adoptar un sistema de seguridad que disminuya la incidencia de EA.</p>	<p>Se identifica la caja de herramientas como sistema útil de prevención de EA en distintos ámbitos. Se diseñan registros para recoger los tipos de EA para su posterior análisis.</p>	<p>Mediante el análisis de sugerencias permite conocer los errores, causas, etc. y permite diseñar estrategias (protocolos, etc.) que disminuya su incidencia.</p>
<p>“Elaboración de un plan de seguridad en una unidad de gestión clínica del medicamento”. Gómez ES, et al <sup>(23)</sup>. Artículo de investigación observacional.</p>	<p>Se etiquetaron los fármacos con un sistema de colores según el riesgo de producir efectos adversos.</p>	<p>Se analizaron 55 riesgos específicos, en los que 5 estaban en relación con dispensación medicamentosa, y 4 en las mezclas intravenosas entre otros. Tras la implantación de un sistema de seguridad basado en la señalización del riesgo por colores se redujo a 1 error en la dispensación y ninguno en las mezclas de fármacos.</p>	<p>El sistema que alerta sobre el riesgo de los fármacos permite la alerta sobre su severidad y la concienciación del personal sanitario sobre la seguridad del paciente.</p>



<p>“Innovate Approaches to reducing nurses’ distractions during medication administration”. Pape TM, et al <sup>(24)</sup>. Artículo de investigación cuantitativo-descriptivo.</p>	<p>Estudiar la mejora y disminución de distracciones en el proceso de administración de medicación, mediante la utilización de un instrumento visual que realiza una barrera a través un cartel durante la administración indicando la no interrupción.</p>	<p>Antes de la implantación se detectaron un 30% de errores evitables. Tras la implantación: se evitaron un 80% de distracciones y mejoró un 90% el registro de administración de medicamentos.</p>	<p>Instrumento utilizado disminuyó las distracciones en el proceso de administración de medicamentos.</p>
<p>“#StopErrores Medicación, una campaña del hospital Punta de Europa (Algeciras) para mejorar la seguridad en la preparación de fármacos”. Diario Enfermero <sup>(25)</sup>. Noticia.</p>	<p>Evitar las distracciones durante la preparación y administración de medicamentos mediante un chaleco que lleve puesto el personal de enfermería con la indicación de no interrumpir durante este proceso de preparación y administración.</p>	<p>La barrera física disminuye las interrupciones por parte de paciente, familia o resto del equipo.</p>	<p>Establecer una barrera física para mitigar las interrupciones durante el proceso de preparación y administración de medicación puede disminuir el número de errores.</p>
<p>APP: Medicamento Accesible Plus. Colegio Oficial de Farmacéuticos <sup>(26)</sup>. Aplicación móvil.</p>	<p>Analizar la utilidad de una APP que permite la consulta actualizada de 22000 medicamentos y 2000 principios activos.</p>	<p>Aplicación gratuita, accesible a todos los colectivos. Con información actualizada, que incorpora opciones de búsqueda, asistente para lectura de información dirigida a pacientes y otros servicios de interés para los usuarios.</p>	<p>Instrumento útil, muy práctico y al alcance de todos; que permite al usuario acceder a la información actualizada de medicamentos.</p>
<p>“Apreciaciones de trabajadores de la salud sobre la implementación del sistema de seguridad en la utilización de medicamentos”. Restrepo-Vásquez A, Escobar-Montoya JI <sup>(27)</sup>. Artículo de investigación cuantitativo descriptivo.</p>	<p>Determinar apreciaciones del personal sobre la implementación de un sistema de seguridad en la utilización de medicación. Se utilizan dos instrumentos: autoevaluación en utilización de medicamentos y cuestionario sobre seguridad en pacientes.</p>	<p>65% personal manifestó correcto cumplimiento de la administración y preparación de fármacos según el sistema implantado. Casi la mitad de los encuestados apreciaron falta de cumplimiento del sistema, asociado a rotación del personal, carga de trabajo, falta coordinación.</p>	<p>Se ve necesario fortalecer acciones que garanticen la aplicación efectiva del sistema con todo el personal implicado.</p>

<p>“Programa multidisciplinario de prevención de errores de medicación en un hospital”. Otero MJ, Codina C, Robles D <sup>(28)</sup>. Revisión bibliográfica.</p>	<p>Describir las diferentes fases de un programa de notificación y prevención de incidentes por medicamentos.</p> <p>Programa consta de diferentes actividades: proceso preparación de centralizar la preparación de medicamentos IV; proceso administración, de etiquetar de forma estandarizada preparaciones inyectables.</p>	<p>El paso fundamental es la implantación del programa para la prevención de errores. El proceso consiste en desarrollar una primera etapa para probar y evaluar la iniciativa, registrar los problemas, analizarlos y determinar las posibles modificaciones para su mejora.</p>	<p>Magnitud del programa, compleja implantación y largo plazo para su total puesta en marcha.</p> <p>Necesidad de concienciación del personal para su implicación.</p>
<p>“Applicability of assistive innovations and technologies for patient safety: integrative review”. Ribeiro V, et al <sup>(20)</sup>. Revisión bibliográfica.</p>	<p>Identificar tecnologías utilizadas por parte de enfermería para evitar los EA relacionados con la administración de medicación como: cálculo y gestión de medicamentos, sensores, sistemas de control y bombas de infusión, entre otros.</p>	<p>La implantación de las nuevas tecnologías redujo los errores de medicación de 3,1% a 0,8% de errores.</p>	<p>La utilización por parte de enfermería de tecnología en el proceso de administración de fármacos consigue una reducción de los errores en este campo respecto a los centros en los que enfermería no utiliza los mismos.</p>
<p>“Evaluación de los errores de medicación notificados antes y después de la implantación de un sistema informatizado de prescripción, validación, preparación, administración en oncohematología. Impacto sobre la calidad del proceso asistencial y seguridad de los pacientes”. Baró NC <sup>(21)</sup>. Tesis doctoral.</p>	<p>Analizar la incidencia de EA relacionados con la medicación, antes y después de la introducción de un sistema informatizado de gestión de fármacos.</p>	<p>Se observaron 115 errores de medicación antes de la implantación del sistema informático y 95 errores después de su implantación. Disminuyó un 18% los errores de medicación.</p> <p>Mediante encuestas el personal de enfermería dio una puntuación media de 4/10 a la informatización del sistema. Tanto farmacéuticos como enfermería mostraron la necesidad de mayor continuidad sobre el aprendizaje en la utilización del sistema.</p>	<p>La implantación de un sistema informatizado disminuyó un 18% los errores de medicación.</p> <p>Enfermería sugiere la necesidad de un mayor soporte informático. Además de un aprendizaje continuado y actualizado sobre la herramienta.</p>

<p>“Guía de prácticas seguras na asistencia sanitaria” (gallego). Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela <sup>(29)</sup>. Guía de prácticas seguras.</p>	<p>Precauciones y procedimientos seguros a tener en cuenta en la preparación y administración de la medicación.</p>	<p>Describe las normas ya conocidas para evitar los errores relacionados con la administración de fármacos destacando la importancia de la realización de los “5 correctos” además de evitar administrar medicamentos por orden verbal.</p>	<p>No se ha mejorado respecto al nivel de evidencia existente.</p>
---	---	---	--

Fuente: elaboración propia.

**Tabla nº 5. Resultados de la búsqueda de UPP.**

**Resultados relacionados con sistemas de seguridad sobre úlceras por presión (UPP).**

Los resultados señalados en **rojo** están relacionados con la evidencia científica existente en relación con la UPP: factores de riesgo, escalas de identificación del riesgo, medidas de prevención y manejo. Aportando todas ellas niveles de evidencia y niveles de recomendación.

Los resultados señalados en **verde** proponen sistemas de bajo coste y baja complejidad para la prevención de estas heridas. Sistemas como la indicación del riesgo por colores, o el uso de acrónimos para fortalecer los cuidados de la prevención.

Los resultados señalados en **azul** están relacionados con planes de cuidados y con guías sobre los cuidados de UPP. Todos ellos muestran planes específicos, donde se introducen las recomendaciones enumeradas en las guías de práctica clínica, sin llegar a operativizar las normas de actuación que se proponen.

<b>Artículo.</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultados relevantes</b>	<b>Conclusiones</b>
<p>“Intervención de enfermería: prevención úlceras por presión. En búsqueda de la mejor evidencia disponible”. García OB, et al <sup>(35)</sup>. Revisión bibliográfica.</p>	<p>Demostrar evidencia de las actividades de intervención NIC para identificar el mejor conocimiento disponible y aumentar la efectividad de los cuidados a personas con riesgo de deterioro de la integridad cutánea.</p>	<p>Intervención “prevención de úlceras por presión”: 4 actividades de N I, 11 actividades de N II, 2 actividades de N III, y 12 actividades de N IV.</p>	<p>Se considera la necesidad de realizar una investigación para poder avalar la evidencia científica de las actividades incluidas en las intervenciones de N IV.</p>
<p>“Guía de practica clinica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión”. Fernández FPG, et al <sup>(36)</sup>. Guía de buenas prácticas.</p>	<p>Mejorar los cuidados de las úlceras por presión. Se indica el nivel de evidencia que aporta cada uno de los cuidados dirigidos al manejo de las UPP (alto, moderado, bajo o muy bajo).</p>	<p>Nivel de evidencia: -en la valoración del riesgo: 1 alta, 2 moderada, 1 muy baja. -cuidados de la piel: 1 alta, 3 moderada, 1 baja, 3 muy baja. -manejo de la presión: 2 moderada, 3 baja.</p>	<p>Guía elaborada por equipo multidisciplinar que propone que las actividades para el manejo sean puestas en práctica por todo el equipo que trabaje directamente con el paciente. Las actividades que se implementan para</p>

		-superficies especiales: 2 alta, 1 moderada. -protección local: 2 alta.	la prevención de UPP, tienen dispar nivel de evidencia.
“Prevención y cuidados en úlceras por presión, ¿Dónde estamos?”. Ortiz JAH <sup>(37)</sup> . Artículo de investigación observacional.	Determinar el grado de conocimiento sobre las recomendaciones de UPP entre el personal sanitario mediante un cuestionario validado.	El 74% personal enfermería antigüedad >15 años. El 75% indica experiencia y conocimientos específicos para manejo de UPP. Aproximadamente el 50% no implementa las medidas adecuadas sobre las UPP.	Se detecta un alto nivel de experiencia y conocimientos en el personal de enfermería. Aunque la implementación de los cuidados oportunos es menor en relación a la experiencia y conocimientos.
“Úlceras por humedad: conocerlas mejor para poder prevenirlas”. Gómez TS, et al <sup>(38)</sup> . Artículo de investigación descriptivo observacional.	Conocer las úlceras por humedad para diferenciarlas de las úlceras por presión. Se objetivan características para diferenciar el tipo de úlcera y tratarlas de manera correcta.	En un estudio con 1452 enfermeras se objetivo que la diferencia entre UPP y UPH resultó compleja. En otro de los estudios analizados se objetivo un frecuente error en confundir UPH con UPP de estadio II o III.	Se hace necesaria la utilización de una definición consensuada y operativa para diferenciar el tipo de úlcera.
“Effect of an inpatient nursing risk early warning and control system in Shangai: a retrospective study of adverse events”. Wu Q, et al <sup>(33)</sup> . Artículo de investigación observacional.	Disminuir y evitar el riesgo de los pacientes de padecer UPP. Mediante la implantación de un sistema de advertencia por colores según el riesgo de padecer las UPP.	Las UPP disminuyen su incidencia de 9,6% a 6,4%.	El sistema de alerta mejoró la prevención, seguridad y calidad en los cuidados de enfermería.
“Estrategias de enfermería para prevenir lesiones de piel en personas con riesgo de padecerlas”. González-Consuegra RV, et al <sup>(34)</sup> . Revisión bibliográfica.	Describir estrategias efectivas de enfermería para la prevención de lesiones de piel en personas que tienen riesgo de padecerlas.	El 95% de las estrategias abordan la prevención. El uso de acronimos es poco frecuente, aunque se constituye como una herramienta útil que abarca todos los aspectos a tener en cuenta a la hora de prevenir el riesgo, mediante unas siglas fácil de recordar para prevenir el riesgo en todos los aspectos abordables.	Estas estrategias deben enfocarse a las necesidades del paciente y mantenerlas en el tiempo para que sean valoradas oportunamente.

<p>“Plan de mejora continua en prevención – tratamiento de úlceras por presión según el ciclo de Deming”. Villar FP, et al <sup>(30)</sup>. Artículo de investigación descriptivo observacional.</p>	<p>Reducir las UPP y potenciar su prevención, mejora de los cuidados y tratamiento mediante la aplicación de un protocolo e implantación de registros.</p>	<p>Se consigue cumplimiento del protocolo 82% y en las unidades de hospitalización la incidencia de pacientes con UPP disminuye de un 8,7% a 7,7%.</p>	<p>La incidencia de UPP disminuye pero se observan áreas de mejora en la cumplimentación de registros.</p>
<p>“Plan de atención integral de enfermería para el cuidado de personas con úlceras por presión”. Gonzalez-Consuegra RV, et al <sup>(31)</sup>. Revisión bibliográfica.</p>	<p>Proponer un plan de atención de enfermería para las UPP.</p>	<p>Construcción de un plan de atención de enfermería basado en la evidencia científica que oriente a la toma de decisiones, y contribuye a la calidad de los cuidados mejorando la calidad de vida. Mediante cuidados específicos de enfermería para una exhaustiva valoración con instrumentos específicos (escalas específicas, materiales que miden las heridas, etc.) y diagnósticos e intervenciones NANDA.</p>	<p>Es necesario un cuidado integral basado en la evidencia que lleve a tomar medidas preventivas en los cuidados de enfermería.</p>
<p>“Prevención de úlceras por presión: análisis de la implantación de una vía clínica en una unidad geriátrica de recuperación funcional”. Lavín RS <sup>(32)</sup>. Tesis doctoral.</p>	<p>Disminuir la incidencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en una unidad de recuperación funcional tras la implantación de una vía clínica para su prevención que consiste en un programa informatizado.</p>	<p>La incidencia de UPP pre implantación es de 23% y post implantación es de 23,5%.</p>	<p>La implantación de la vía clínica ha permitido determinar la incidencia de UPP, detectar áreas de mejora y facilitar el trabajo multidisciplinar. No encontrándose diferencias significativas en la incidencia antes y después de la implantación.</p>

<p>“Manual de prevención y tratamiento de úlceras por presión”. Fernandez RD, et al <sup>(39)</sup>. Guía de buenas prácticas.</p>	<p>Proporcionar una herramienta en concreto al personal de enfermería, que permita conocer y aplicar los cuidados orientados a la prevención, diagnóstico y tratamiento del deterioro de la integridad cutánea, garantizando una prestación consensuada y de calidad. Mediante manuales basados en la evidencia científica junto con el conocimiento de los profesionales que forman el manual.</p>	<p>Utilización de información obtenida de otros manuales y de la práctica clínica para unificar las acciones preventivas y curativas de las UPP. A diferencia de otras, pretende hacer participe al paciente o cuidador en la planificación y ejecución de los cuidados.</p>	<p>Pretende unificar tanto las formas de trabajo como el lenguaje utilizado por los profesionales para un buen manejo de las UPP.</p>
<p>“Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de úlceras por presión”. Angulo JM, et al <sup>(40)</sup>. Guía de buenas prácticas.</p>	<p>Utilización del nivel de evidencia (alto, moderado, bajo o muy bajo) para disminuir la variabilidad de la práctica asistencial unificando así los criterios para la prevención y tratamiento.</p>	<p>Muestra la evidencia existente en cada cuidado para la prevención y el tratamiento de las UPP, e incluye los diagnósticos NANDA. Además añade anexos específicos para llevar a cabo los cuidados señalados de forma unificada.</p>	<p>De esta manera se pueden unificar criterios favoreciendo la continuidad de cuidados en los distintos niveles asistenciales.</p>
<p>“Guía de práctica clínica de enfermería: prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas”. Lorente MMS, et al <sup>(41)</sup>. Guía de buenas prácticas.</p>	<p>Disminuir la morbilidad de UPP y aumentar la calidad de los cuidados a pacientes con UPP. Recomendaciones basadas en la evidencia científica y uso de consenso que ayudan al profesional.</p>	<p>Incorporación del último nivel de evidencia existente y grado de recomendación de los cuidados en las UPP, además de los diferentes enfoques de actuación de los profesionales que han participado en la elaboración.</p>	<p>Esta guía permite el mejor abordaje de estos problemas de salud de acuerdo a los conocimientos disponibles en estos momentos, y servir de soporte y ayuda a los profesionales de enfermería.</p>
<p>Fuente: elaboración propia.</p>			

Tabla nº 6. Resultados de la búsqueda de caídas.

**Resultados relacionados con sistemas de seguridad sobre caídas.**

Los resultados señalados en **rojo** están relacionados con las actividades de prevención y detección del riesgo de caídas, abordando factores tanto extrínsecos como intrínsecos y creando planes de cuidados y protocolos.

Los resultados señalados en **verde** proponen sistemas de bajo coste y baja complejidad como la cruz de seguridad, que mediante la sensibilización pretende incidir en la relevancia del problema de las caídas.

Los resultados señalados en **azul** están relacionados con los planes de cuidados y con las guías sobre los cuidados sobre caídas. Al igual que en apartados anteriores se muestran recomendaciones basadas en evidencia, sin llegar a concretar como operativizar en la práctica diaria dichos cuidados.

Artículo.	Objetivo/metodología	Resultados relevantes	Conclusiones
<p>“Ahora ya no caigo”. Navarro MGR, et al<sup>(42)</sup>. Artículo de investigación descriptivo.</p>	<p>Descripción y estandarización de las pautas de actuación ante pacientes con riesgo de caídas para minimizar tanto el riesgo de sufrirlas como los eventos adversos derivados de las mismas. Aplicación escala de Downton identificando grado y factores de riesgos.</p>	<p>Aproximadamente un 30% de las caídas genera lesión, entre 4-6% daño grave. Se identificaron factores de riesgo: caídas previas 18%, polimedicados 76,4% déficit sensoriales 51.5% (principalmente alt movilidad y déficit visuales), estado de confusión 21%, deambulación insegura 18,9%. El manejo del riesgo se realiza con una puntuación &gt;2 escala Downton (menor que lo habitual). Normalización de un protocolo de actuación cuatro líneas de acción: : 1-. Identificación del paciente en riesgo. 2-. Normalización y estandarización de las acciones para prevenir las caídas. 3-. Educación sanitaria. 4-. Monitorización y análisis de causas por un equipo multidisciplinar.</p>	<p>Es recomendable la utilización de un protocolo para el adecuado control de los factores de riesgo y la prevención de caídas.</p>

<p>“Nursing care mapping for patients at risk of falls in the Nursing Interventions Classification (NIC)”. Luzia M de F, et al<sup>(43)</sup>. Artículo de investigación observacional.</p>	<p>Identificar los cuidados de enfermería para pacientes hospitalizados con riesgo de caídas y compararlos con las intervenciones NIC.</p>	<p>Los cuidados más prevalentes fueron barreras en la cama (83%), orientar al paciente (49%) y mantener el timbre al alcance del paciente (40%).</p>	<p>Los cuidados descritos fueron corroborados por el referencial de la NIC.</p>
<p>“Aplicación de las actividades de la intervención de enfermería <i>Prevención de caídas</i> en adultos hospitalizados”. Hernández-herrera D, et al<sup>(44)</sup>. Artículo de investigación cuantitativo descriptivo.</p>	<p>Identificar qué actividades en la intervención “prevención de caídas” se utilizan con más frecuencia en pacientes hospitalizados.</p>	<p>Las actividades realizadas con más frecuencia fueron las relacionadas con la identificación de riesgos (91%), transferencia (83%) y educación (79%) del paciente.</p>	<p>La NIC es útil para la práctica enfermera y sus actividades pueden ser empleadas para promover estrategias y programas de prevención.</p>
<p>“Development and feasibility of falls prevention advice”. Harten-Krouwel D Van, et al<sup>(45)</sup>. Artículo de investigación observacional.</p>	<p>Estudiar la viabilidad de los consejos de prevención de caídas y los factores que influyen.</p>	<p>El consejo de prevención de caídas se utilizó (48%) de las evaluaciones. Intervenciones para factor de agitación/trastorno cognitivo 24%, intervenciones medio ambiente 66%. El 26% de las enfermeras que no lo utilizaron no consideran pertinente el consejo ante la agitación/trastorno cognitivo, el 54% no lo considera pertinente ante la organización del medio ambiente.</p>	<p>Antes de implementar consejos de prevención es importante educar al personal de enfermería para su implementación y su concienciación sobre la utilidad del consejo de prevención de caídas.</p>
<p>“The implementation of a hospital’s fall management protocol: results of a four-year follow up”. Correa AD, et al<sup>(46)</sup>. Artículo de investigación descriptivo observacional.</p>	<p>La elaboración de un protocolo basado en la evidencia y su puesta en práctica con el objetivo de unificar conocimientos (con identificación de riesgos y utilización de los diagnósticos de riesgo).</p>	<p>Se objetivó que el 41% de caídas ocurrían por la noche, el 65% en la habitación de los pacientes o en el baño 26%. El 52% de las caídas tuvo consecuencias.</p>	<p>El estudio objetiva que la elaboración de un protocolo permitió el desarrollo de acciones específicas para la prevención de caídas.</p>



<p>“Protocolo de caídas” Geriatricos.org <sup>(47)</sup>. Protocolo.</p>	<p>Identificar los riesgos de caídas y los motivos, además de reducir el número de caídas.</p>	<p>La valoración completa permite conocer los factores que influyen ante el riesgo de caídas.</p>	<p>El conocimiento de los factores tanto extrínsecos como intrínsecos permite aplicar las medidas de prevención dirigidas a las personas con riesgo.</p>
<p>“Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía”. Conde MM, et al <sup>(49)</sup>. Estrategia de prevención y actuación.</p>	<p>Procedimiento para intervenciones de prevención de caídas con las diferentes estrategias del Servicio Sanitario Público de Andalucía (SSPA) con el fin de disminuir la incidencia de caídas.</p>	<p>Elaboración de un procedimiento de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas, utilizando acciones específicas de la taxonomía NANDA para los pacientes de riesgo además de indicadores de resultados específicos de cada centro (políticas y estrategias, procesos, etc.).</p>	<p>Las consecuencias de no identificar los riesgos de caídas reportan situaciones de riesgo gravemente lesivas para el paciente.</p>
<p>“Safety Cross” Health PEI. One Island Health System. Health PEI <sup>(50)</sup>. Página Web.</p>	<p>Mejorar la seguridad y promover buenas prácticas mediante la sensibilización. Instrumento visual que sensibiliza y busca un área de mejora ante el efecto adverso. Este instrumento proporciona datos de incidencia a tiempo real dado que se va cumplimentado día a día.</p>	<p>Permite enlazar datos de una manera visual. Mide la incidencia, señalándose el número de caídas de pacientes en cada día y mostrándolo en público (ej: en el pasillo de la unidad) para su concienciación y búsqueda de soluciones.</p>	<p>Enlazar los datos proporciona facilidades para la propuesta de un área de mejora.</p>
<p>“Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería: prevención de caídas de pacientes ingresados”. Suárez JMA, et al <sup>(48)</sup>. Guía de prácticas seguras.</p>	<p>Establecer criterios de actuación en la prevención y cuidados en pacientes con riesgo de caídas y así disminuir el número de caídas.</p>	<p>Protocolo que desarrolla los factores tanto extrínsecos como intrínsecos ante el diagnóstico NANDA “Riesgo de caídas” y utilización de NOC y NIC para la descripción de acciones preventivas. Añade la educación al paciente y cuidador.</p>	<p>Se considera una declaración de mínimos, que no limita que cada centro pueda introducir las mejoras que considere oportunas.</p>
<p>Fuente: elaboración propia.</p>			

Tabla nº 7. Resultados de la búsqueda de comunicación.

**Resultados relacionados con sistemas de seguridad en comunicación.**

Los resultados señalados en **rojo** están relacionados con la evidencia existente sobre la importancia de la comunicación en el equipo y la necesidad de trabajar en equipos multidisciplinares.

Los resultados señalados en **verde** proponen prácticas seguras de bajo coste y baja complejidad en relación a la comunicación. Por un lado, las reuniones “briefing” para facilitar una adecuada comunicación en el equipo; o las rondas de seguridad para trabajar desde la gerencia y con la implicación de todo el personal la ejecución acciones de comunicación eficaz.

Los resultados señalados en **azul**, al igual que en apartado anteriores, muestran estrategias o recomendaciones sobre buenas prácticas en comunicación, sin abordar la puesta en práctica de manera operativizada para prevenir los EA que existen sobre este apartado.

Artículo.	Objetivo	Resultados relevantes	Conclusiones
<p>“La comunicación interprofesional desde la cultura organizacional de la enfermería asistencial”. García CL, et al<sup>(52)</sup>. Artículo de investigación cualitativo descriptivo.</p>	<p>Explorar las ideas de los profesionales de enfermería respecto a la comunicación interprofesional. Se establecieron dos categorías: expresiones sobre la realidad de las interacciones comunicativas y expectativas de los profesionales.</p>	<p>La comunicación es considerada por enfermería como herramienta imprescindible para el cuidado del paciente. Los informantes expresan mayoritariamente que la comunicación es insuficiente y que sigue siendo uno de los grandes retos de las organizaciones sanitarias. Aparece recurrentemente la necesidad de crear espacios y tiempos para compartir informaciones y asegurar la difusión de los acuerdos alcanzados de forma oral y escrita.</p>	<p>Cada profesión sanitaria tiene una cultura diferente, pero es importante reconocer que la comunicación debe ser efectiva y multifactorial y que se promueva el intercambio y la colaboración.</p>
<p>“Teamwork in a coronary care unit: facilitating and hindering aspects”. Goulart BF, et al<sup>(54)</sup>. Artículo de investigación cualitativo descriptivo.</p>	<p>Identificar sistemas que faciliten mostrar los aspectos que impiden un buen trabajo en equipo mediante entrevistas semiestructuradas al personal sanitario.</p>	<p>Se dieron 77% de referencias negativas y 54% positivas. De las que las referencias negativas 71% pasaron a ser positivas tras el trabajo en equipo. Se evidenció que las referencias positivas facilitaban el trabajo mientras que las negativas lo dificultaban.</p>	<p>Se evidenció la comunicación interprofesional como un aspecto facilitador en el trabajo en equipo.</p>

<p>“Incorporación de reuniones Briefing como herramienta de mejora de la comunicación interprofesional en la unidad de trasplante renal”. Sánchez TL, et al <sup>(53)</sup>. Artículo de investigación observacional.</p>	<p>Fomentar la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales e iniciar un programa de reuniones interdisciplinarias “briefing”.</p>	<p>Edición de una sesión clínica sobre implantación de prácticas seguras y edición de un cronograma de reuniones periódicas “briefing” que incrementa el desarrollo profesional sin temor a represalias.</p>	<p>Las reuniones “briefing” ayudan a concienciar a los profesionales sobre la seguridad del paciente y aumentar las notificaciones de efectos adversos.</p>
<p>“Quality and Safety Walk-rounds”. Quality Improvement Division <sup>(55)</sup>. Página web.</p>	<p>Supervisar la aplicación de calidad y seguridad asistencial mediante rondas de seguridad en áreas clínicas. Registro que recoge diferentes datos para la verificación de prácticas seguras.</p>	<p>Permite que la gerencia de la institución conozca de primera mano los EA y desafíos de la atención segura. Además de analizar las situaciones e involucrar al personal en el manejo de prácticas seguras.</p>	<p>Busca y ofrece información sobre eventos adversos de una manera oportuna con el aprendizaje que lleva la concienciación y la acción personal.</p>
<p>“SBAR. Estrategia de Comunicación”. Comisión de Seguridad de Pacientes de Andalucía <sup>(56)</sup>. Estrategia.</p>	<p>Dar a conocer la estrategia de comunicación SBAR: situation, background, assessment, recommendation.</p>	<p>Permite dar información y recibirla de una manera organizada y breve.</p>	<p>Es un método de comunicación válido para dar y recibir información ordenada y segura.</p>
<p>“Estrategia para la seguridad del paciente del SSPA: Procedimiento general de identificación de pacientes”. Moya GF, Banderas AMM, et al <sup>(51)</sup>. Estrategia de prevención y actuación.</p>	<p>Instaurar una estrategia mediante una política de identificación segura de pacientes ya que no existe una normativa a nivel autonómico establecida que regule procedimientos normalizados para la identificación inequívoca de pacientes.</p>	<p>En la elaboración de la estrategia:  <b>Si</b> se utilizan como verificación de identidad: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y número de historia clínica.  <b>NO</b> se utilizan: diagnóstico, número de cama, unidad de ingreso, fecha de ingreso o nacionalidad.</p>	<p>Las formas habituales con las que se identifican al paciente (habitación, cama, etc.) pueden ser variables y por lo tanto no son seguras.</p>
<p>Fuente: elaboración propia.</p>			

## DISCUSIÓN

Como bien se muestra a lo largo del apartado de resultados, toda la bibliografía consultada para la documentación del trabajo habla sobre seguridad en el ámbito hospitalario.

Desde las primeras líneas redactadas este trabajo se centra en cuatro grandes grupos. Por ello, este apartado será mostrado de la misma manera: empezando por los resultados de medicamentos, úlceras por presión, caídas y terminando con los resultados de la comunicación en el equipo.

### **Prácticas seguras relacionadas con la gestión de medicamentos**

El 37,4% de los eventos adversos que suceden hoy en día están relacionados con la medicación, y son una de las primeras causas de eventos adversos en el ámbito hospitalario <sup>(1)</sup>.

La alta cifra de EA relacionados con la gestión de medicamentos está asociada a su complejidad, dado que consta de varias fases: prescripción, preparación, administración y registro. Cada una de ellas a su vez, integrada por numerosas actividades que pueden ser origen de EA.

La OMS es consciente del problema y ha propuesto buscar “soluciones potenciales” a las causas que producen errores en la medicación en el “Desafío Global de la Seguridad del paciente sobre Seguridad de los Medicamentos”. Esta organización pretende disminuir un 50% los errores de medicación en los próximos 5 años <sup>(57)</sup> mediante las medidas que lanzó en 2007 para el uso seguro de medicamentos, donde propuso actividades dirigidas a la prevención de errores por similitud fonética y conciliación de la medicación en transiciones asistenciales entre otras <sup>(9)</sup>.

A su vez, la Joint Commission estableció a partir de 2003 los “National Patient Safety Goals” incidiendo en controlar los medicamentos de alto riesgo, etiquetar correctamente los medicamentos y reducir las confusiones con medicamentos similares <sup>(9)</sup>.

Se añade el National Quality Forum que en 2010 incluyó prácticas relacionadas con este EA, proponiendo entre otras medidas la implantación de procedimientos estandarizados con los medicamentos de alto riesgo <sup>(9)</sup>.

Una de las actuaciones frecuentes en las políticas de calidad de los centros es la implantación de guías de buenas prácticas o prácticas seguras. Es evidente que los cuidados prestados a los pacientes deben estar basados en la mayor evidencia científica existente.

No obstante su proliferación, con distintos grados de calidad y rigor, plantea un problema en la mejor elección. Así mismo, una vez adoptada, la principal dificultad está en su irregular aplicación por los profesionales, debido entre otras muchas circunstancias, a que requieren de su operativización o adaptación a la institución en la que se pretende su implantación mediante protocolos o procedimientos, actualización de registros, cursos de formación e implantación de indicadores y su medición.

Ejemplo de esto se muestra la guía de prácticas seguras de la Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela <sup>(29)</sup>. Que a pesar de no aportar nuevos datos sobre el tema, recuerda la trascendencia de aspectos tan importantes y básicos en la administración segura del medicamento como “los cinco correctos”.

Tanto Ramos DY y Lesmes VIS <sup>(17)</sup> como Castro DYR <sup>(18)</sup> están de acuerdo en que una de las causas que da pie a estos errores son las distracciones que sufre el personal de enfermería a la hora de la administración de la medicación. Además, los dos confirman que la mayoría de las distracciones son causadas por otros profesionales, conversaciones y llamadas telefónicas. Y, a su vez, Silva Severino Lima F, et al <sup>(4)</sup> están de acuerdo en que muchos errores van ligados a la preparación y administración de medicamentos; donde si esto no es realizado con calidad, puede comprometer la seguridad del paciente.

Además de las distracciones, Raduenz AC, et al <sup>(19)</sup> añaden que se identificaron diferentes situaciones que conducían al error en la medicación en relación a la organización de los medicamentos en cajones, frigoríficos, carros...etc.

Ante la identificación de estos errores, los siguientes documentos tratan de proponer soluciones que disminuyan los mismos; con medidas de alto coste, pero también de coste prácticamente nulo.

Ribeiro V, et al <sup>(20)</sup>, proponen disminuir la incidencia de EA utilizando las nuevas tecnologías donde plantean métodos como: sistemas automáticos, sensores, sistemas de control...etc. Así mismo Baró NC <sup>(21)</sup> defiende la implantación de un sistema informatizado de gestión de fármacos. Todas estas alternativas han demostrado eficacia disminuyendo el porcentaje de errores de medicación, en comparación a otros centros que no los utilizaban, pero suponen un alto coste económico, también requieren de aprendizaje por todo el personal y la necesidad de actualizaciones.

Otros autores proponen sistemas menos costosos económicamente hablando.

Una guía de buenas prácticas del Ministerio de la Protección Social de Bogotá <sup>(22)</sup>, propone la “caja de herramientas”. Un instrumento de fácil implantación que permite disminuir la incidencia de EA.

Gómez ES, et al <sup>(23)</sup>, proponen la implementación de un sistema visual donde se indican los riesgos de los fármacos por colores. Sistema que por su utilidad estaría en concordancia con las medidas propuestas por el National Quality Forum.

El artículo de Pape TM, et al <sup>(24)</sup> como solución ante estas distracciones anteriormente nombradas, defiende una barrera física que consiste en la implantación de un sistema de alerta visual para evitar estas distracciones e interrupciones. Un sistema que a pesar de su nulo coste económico y baja complejidad logró mostrar su eficacia disminuyendo las distracciones y así el número de errores. A su vez, este sistema es defendido también en la página web Diario Enfermero <sup>(25)</sup>, coincidiendo con la solución de una barrera física ante este problema durante el proceso de preparación y administración.

Y a estos sistemas de fácil implantación y bajo coste se suma la aplicación móvil actualizada por Colegio Oficial de Farmacéuticos <sup>(26)</sup>. Un sistema que dota a enfermería de medios ágiles y accesibles para la correcta identificación del fármaco

y sus características, así como permite la participación al paciente en cuanto a su medicación.

Otros autores muestran los resultados que analizan las mejoras que aportan la implantación de sistemas simples vs complejos y la percepción de los trabajadores sobre esta implantación.

Por un lado, Restrepo-Vásquez A y Escobar-Montoya JI <sup>(27)</sup>, defienden los sistemas expuestos anteriormente remarcando la necesidad de fortalecer acciones para el correcto cumplimiento de prácticas seguras. Y, a su vez Otero MJ, et al <sup>(28)</sup> añade respecto a esta cuestión el proceso lento y difícil que llevan los sistemas y programas complejos.

### **Prácticas seguras relacionadas con la prevención de úlceras por presión**

La OMS en su “Informe sobre la salud en el mundo” destaca la promoción y protección de la salud como esencia para el bienestar y un desarrollo socioeconómico sostenido <sup>(58)</sup>.

Además todas las medidas que encaminen la prevención de dichas heridas podrían suponer un ahorro del 5% del gasto sanitario de nuestro Sistema Nacional de Salud <sup>(58)</sup>.

La Joint Commission en 2016, además de remarcar la importancia de la prevención ante este problema, también afirma la necesidad de una cultura organizacional donde además las prácticas operativas promuevan el trabajo, así como la experiencia individual <sup>(59)</sup>.

Con el objetivo de lograr dicho fin, añade prácticas recomendadas, como el uso de una herramienta estructurada para la valoración del riesgo, desarrollo de un plan de cuidados basado en su evaluación, y un largo etc que se centra mayoritariamente en la prevención <sup>(59)</sup>.

Ante la importancia de la prevención del riesgo y sabiendo que el 95% de las UPP son evitables, existen numerosas guías y manuales que exponen la evidencia científica existente para estos cuidados. Ejemplo de ello el manual de Fernandez RD, et al <sup>(39)</sup>, las guías de Angulo JM, et al <sup>(40)</sup>, y Lorente MMS, et al <sup>(41)</sup>; todas ellas detallan la última evidencia científica disponible para argumentar los cuidados en la

prevención del riesgo UPP. La diferencia, que el primer manual hace partícipe al paciente y al cuidador, la segunda incluye diagnósticos NANDA para su fundamentación, y la tercera incluye diferentes enfoques de actuación de los profesionales que han participado en su redacción.

Sin embargo, y aunque exponen paso a paso la última evidencia científica para llevar a cabo cuidados para la prevención del riesgo, ninguna añade nuevo conocimiento sobre lo ya existente. Y, además, las tres muestran carencias a la hora de facilitar la adaptación a las instituciones, ya que no aborda la operativización de dichos cuidados.

En relación a la detección del riesgo y los cuidados basados en la evidencia científica García OB, et al <sup>(35)</sup>, y Fernández FPG, et al <sup>(36)</sup> detallan el nivel de evidencia de dichos cuidados. Donde además de argumentar el bajo nivel de evidencia de ciertos cuidados para la prevención de UPP, sigue quedando pendiente la manera de llevar a la práctica y operativamente los mismos.

Al hilo del desarrollo de planes de cuidados que propone la Joint Commission para prevenir el riesgo, tenemos el plan de Villar FP, et al <sup>(30)</sup>, y el plan integral de Gonzalez-Consuegra RV, et al <sup>(31)</sup> ambos proponen la construcción de un plan que disminuya la incidencia de las UPP mediante valoraciones exhaustivas, el uso de diagnósticos NANDA e instrumentos específicos. Sin embargo, y al igual que las anteriores, no facilitan acciones específicas para llevar a cabo su implantación mediante actividades operativizadas, y aunque muestran planes de cuidados muy específicos, no añaden ningún dato novedoso al conocimiento existente.

Gómez TS, et al <sup>(38)</sup> sí añade conocimiento a este tema, argumentando la importancia de diferenciar entre las úlceras por presión y las úlceras por humedad; donde remarca la necesidad de una definición consensuada para diferenciar ambas heridas.

Respecto a la importancia de la experiencia individual que argumenta la Joint Commission, Ortiz JAH <sup>(37)</sup> está de acuerdo en su relevancia. Aunque tras detectar el alto nivel de experiencia y conocimientos del personal de enfermería en los cuidados implantados, dichos cuidados tienen menor calidad que en relación a la



experiencia que muestra el personal. Artículo que lleva directamente a señalar la necesidad de un sistema que facilite la implantación de los conocimientos sobre los cuidados.

Ante estos problemas, uno de los sistemas que propone Lavín RS <sup>(32)</sup> es la implantación de una vía clínica que además de tener una elevada complejidad a la hora de su implantación, no mostró su eficacia a la hora de disminuir la incidencia de estas heridas.

No obstante, existen sistemas de baja complejidad que han mostrado su eficacia y su fácil implantación.

Por un lado, tenemos el sistema propuesto por Wu Q, et al <sup>(33)</sup> que toma partida en la prevención del riesgo de UPP, mediante un sistema por colores que demostró mejorar la seguridad ante este tema.

Por otro lado, contamos con una de las estrategias propuesta por González-Consuegra RV, et al <sup>(34)</sup> que aunque reconoce que el uso de acrónimos es poco frecuente, afirma que la utilidad de esta estrategia va dirigida a la prevención del riesgo de UPP y es una herramienta efectiva y a su vez de coste nulo y fácil implantación.

Como en el apartado anterior, destacar que de ninguna manera se está indicando que no deban adoptarse en la organización planes de cuidados basados en guías bien construidas que permitan la sistematización de cuidados asentados en la mejor evidencia disponible.

Se pretende llamar la atención sobre los resultados de numerosos estudios, que indican bajo seguimiento de la implementación de guías y planes de cuidados. Entre las causas relacionadas se indica: las características de estos planes con un elevado número de recomendaciones en ocasiones algo abstractas, así como la percepción de enfermería “de más de lo mismo”, construcciones teóricas, sin solicitar en muchos casos la participación e implicación de los profesionales que lo implementan.

Por el contrario las prácticas seguras simples, suelen constar de acciones concretas, específicas, que implica al colectivo, que así mismo lo sensibiliza y motivan para su

puesta en marcha y mantenimiento. Y además, otro atractivo es la fácil evaluación de su cumplimentación.

### **Prácticas seguras relacionadas con la prevención de caídas**

La OMS informó que cada año se producen en el mundo alrededor 37,3 millones de caídas, de las cuales aproximadamente 400000 personas pierden la vida. De aquí la necesidad de conocer bien estos accidentes y tratar de prevenirlos <sup>(60)</sup>.

Por ello, la OMS plantea en su “Who Global Report on Falls Prevention in Older Age” tres pilares fundamentales para la prevención de caídas: crear conciencia sobre la importancia de la prevención de caídas, mejorar la valoración de las personas y los factores de riesgo y facilitar la implementación de intervenciones basadas en la evidencia <sup>(60)</sup>.

Como es de esperar, frente a este problema también se cuenta con guías de buenas prácticas. Ejemplo de ello se expone la guía Suárez JMA, et al <sup>(48)</sup> que tratando los factores de riesgo que se relacionan con las caídas hace uso de la taxonomía NANDA para describir las actividades para la prevención de caídas. Ciertamente es que el desarrollo de factores tanto extrínsecos como intrínsecos cumple uno de los pilares fundamentales que cita la OMS. Sin embargo, no abarca el resto de pilares que recomienda la OMS, dejando de lado la facilitación de implantación de dichas actividades que es de lo que carecen la mayoría de las guías de buenas prácticas.

Desde la teoría de la taxonomía NANDA Hernández-herrera D, et al <sup>(44)</sup>, argumentan la relevancia que tiene la identificación de riesgos ante este problema. Y a su vez, Luzia M de F, et al <sup>(43)</sup> llevan a la práctica las actividades dirigidas a la prevención de riesgo corroborando la eficacia que ofrecen las actividades NIC. No obstante, las actividades NIC por sí solas no llevan a una sistematización de los cuidados.

Así que Correa AD, et al <sup>(46)</sup> elabora un protocolo basado en la evidencia que permite el desarrollo de acciones específicas basadas en la prevención de caídas. A esto se suman Navarro MGR, et al <sup>(41)</sup> y el protocolo de Geriatricos.org <sup>(47)</sup>, describiendo otros protocolos para el control de los factores de riesgo de los mencionados anteriormente por la OMS. Todos ellos proponen actuaciones para la prevención del riesgo de caídas y aunque den un paso más allá de los mencionados

anteriormente por la taxonomía NANDA, no acaban de operativizar dichos protocolos para facilitar la implementación en las diferentes instituciones.

Para fortalecer los argumentos mostrados hasta el momento Conde MM, et al <sup>(49)</sup>, remarcan la importancia de prevenir el riesgo mediante los factores mencionados, como bien viene recomendando la OMS. Ya que la consecuencia de no identificar estos factores de riesgo a tiempo puede conllevar caídas y reportar situaciones gravemente lesivas para el paciente.

A su vez Harten-Krouwel D Van, et al <sup>(45)</sup>, remarcan la importancia sobre la concienciación del problema para poder implementar sistemas. Y aunque este último no exprese la manera de concienciar sobre esto, One Island Health System - Health PEI <sup>(50)</sup> propone un sistema para llevarlo a la práctica. Un sistema que no supone coste económico alguno y que permite trasladar a la práctica la concienciación del problema, cumple con las recomendaciones expuestas por la OMS de la necesidad de crear conciencia sobre el problema y facilitar la implantación de sistemas.

### **Prácticas seguras relacionadas con la comunicación**

Entre las nueve soluciones que propuso la OMS en 2007 a fin de salvar vidas y evitar daños están la identificación de pacientes y la comunicación durante el traspaso de paciente <sup>(16)</sup>.

Ante estos problemas la OMS sugiere las siguientes estrategias: asegurar que las organizaciones cuenten con sistemas implantados, incorporar una capacitación sobre verificación de la identidad de pacientes orientada al desarrollo profesional y la comunicación, educar a los pacientes sobre la relevancia de la correcta identificación y sobre la importancia de la comunicación <sup>(16)</sup>.

En relación al problema de identificación de pacientes que expone la OMS, Moya GF, et al <sup>(51)</sup> proponen una estrategia que regule el procedimiento de la identificación inequívoca de pacientes. Sin embargo, aunque deja claro que estrategias pueden funcionar y cuáles no, no da ninguna facilidad o indicación para la implantación de este sistema en las organizaciones institucionales. Y además de

no facilitar su implantación no operativiza ninguna acción para llevar correctamente la puesta en marcha de esta estrategia.

En cuanto a los problemas de comunicación que enuncia la OMS García CL, et al <sup>(52)</sup> remarca la importancia de la comunicación interprofesional reconociendo la necesidad de que esta sea efectiva y multifactorial, aunque lo hace de manera que deja en el aire la cómo llevar a la práctica dicha comunicación interprofesional.

Así mismo, Goulart BF, et al <sup>(54)</sup> evidencian que la comunicación interprofesional es un aspecto que facilita el trabajo en equipo; y así, esto da fuerza a lo anteriormente nombrado. No obstante, sigue sin dar respuesta a la operativización de dichas acciones.

Sin embargo, y como solución a lo anterior, Sánchez TL, et al <sup>(53)</sup> exponen un sistema de fácil inserción y de bajo coste, cuyo fin es mejorar la comunicación en el equipo mediante reuniones interdisciplinares llamadas “briefing”, donde se concreta: cuando, duración y temas. A esto se puede añadir la estrategia de comunicación que plantea la Junta de Andalucía <sup>(56)</sup> que además indica la manera de transmitir y recibir información de una forma sencilla y rápida.

Al hilo de la comunicación, pero de una manera diferente, la Quality Improvement Division <sup>(55)</sup> propone otro sistema de trabajo en equipo. Se trata de realizar unas rondas de seguridad que haga participe a todo el equipo de las prácticas seguras. Un sistema de bajo coste y baja complejidad que permita también promover la seguridad del paciente.

Finalmente, cabe destacar que aunque la búsqueda de artículos fue realizada en bases de datos científicas y con las correctas palabras clave, la calidad de los resultados encontrados no ha sido la esperada.

No existen grandes estudios que describan y analicen la eficacia de las prácticas seguras simples; y así, estos sistemas no son fáciles de encontrar.

Por otro lado, es evidente remarcar la gran cantidad de guías de buenas prácticas y manuales que existen. Sin embargo, muchas de ellas son llamadas guías sin cumplir los requisitos que estas deben tener.

Aún así, es evidente que existen sistemas de bajo coste y baja complejidad de implantación que permiten mejorar la seguridad en el paciente y han resultado eficaces.

## CONCLUSIONES

1. Los sistemas e instrumentos de seguridad facilitan una correcta ejecución de los cuidados, disminuyendo los errores, consiguiendo mayores niveles de calidad y eficiencia en la prestación sanitaria.
2. Existen prácticas seguras que no requieren de coste económico ni modificación organizacional que presentan un apreciable nivel de eficacia en la disminución de la incidencia de los eventos adversos.
3. Coexisten una gran cantidad de guías y manuales de buenas prácticas, al igual que numerosos estudios sobre la incidencia de eventos adversos. Sin embargo, el número es notoriamente inferior cuando se habla de actividades que operativicen dichas recomendaciones o propuestas de mejora.
4. Enfermería es una de las figuras fuertemente implicadas en la seguridad del paciente por su estrecha relación y contacto durante toda la estancia hospitalaria; aunque es imprescindible el trabajo en equipos multidisciplinares.
5. Enfermería debe abogar por mejorar la seguridad en el paciente para así poder ofrecer unos cuidados de mayor calidad.

## PROPUESTA DE TRABAJO

### Introducción

#### Contexto organizativo

La OMS ya expresa en “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente” que en los errores que se producen en el ámbito asistencial existen factores tanto humanos como deficiencias en los sistemas <sup>(6)</sup>.

A nivel nacional, el SNS, promueve la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 cuyo objetivo se orienta a *“promover y mejorar la cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias; incorporar la gestión del riesgo sanitario; formar a los profesionales y a los pacientes en aspectos básicos de seguridad del paciente; implementar prácticas seguras e implicar a pacientes y ciudadanos”* <sup>(9)</sup>.

Los pronunciamientos sobre seguridad del Sistema Nacional de Salud son recogidos e integrados en las estrategias sobre seguridad del paciente de las Comunidades Autónomas, que propone un desarrollo coordinado con las primeras <sup>(9)</sup>.

En las políticas sanitarias de Navarra se incluye el Plan de Seguridad del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN), que tiene como objetivo *“garantizar la prestación de servicios con los mejores niveles de calidad y seguridad, gestionando los recursos de forma responsable y eficiente”* <sup>(13)</sup>.

Para ello en 2014 se creó la Comisión de Seguridad, entre otros con el fin de promover la cultura de seguridad en el CHN y promover la elaboración de planes de seguridad <sup>(13)</sup>.

Entre sus líneas de acción se incluyen la identificación de pacientes, prevención de caídas y úlceras por presión o la conciliación de errores y medicación <sup>(13)</sup>, acciones que han sido tratadas dentro de los cuatro grupos seleccionados de este trabajo.

Entre las acciones dirigidas a estas líneas de estrategias se encuentran la notificación de los errores, registros de valoraciones, implantación de guías de buenas prácticas o la realización y difusión de la píldora del conocimiento de medidas preventivas <sup>(13)</sup>.

## Propuestas de seguridad

### *Medicamentos*

Entre las acciones dirigidas a las líneas estratégicas de las políticas del CHN se encuentra el “uso seguro de la medicación” <sup>(13)</sup>.

Su objetivo es minimizar los errores de mediación y para ello se ha instaurado la prescripción electrónica, implementación de un programa de seguridad para el control de los fármacos de alto riesgo y un correcto almacenamiento de los fármacos entre otros, involucrando en el proceso desde la Comisión de Farmacia hasta la Comisión de Seguridad <sup>(13)</sup>.

La propuesta de prácticas seguras que se exponen en este trabajo no pretende renunciar ni sustituir a los protocolos y medidas adoptadas por las instituciones. El fin de esta propuesta es complementar las medidas ya existentes en los centros e instituciones.

Con la idea de fortalecer las acciones dirigidas al “uso seguro del medicamento” por un lado se emplea un sistema visual de “sistema visual de frecuencia y gravedad del riesgo” que pretende reforzar la seguridad de los medicamentos según su riesgo a través de la indicación de fármacos con colores rojo –máxima atención-, naranja, amarillo y verde -en disminución del riesgo-.

Este sistema se puede emplear como medida de seguridad tanto en la fase de preparación, etiquetando en distintos colores los fármacos que más frecuentemente se ven implicados en errores de dosificación; así como en la fase de administración, etiquetando los fármacos ya preparados, de acuerdo a los posibles EA relacionados con la vía de administración, dosificación o gravedad de sus efectos adversos.

Para mejorar la seguridad en el proceso de administración de medicamentos se proponen los “chalecos de medicación” y un “instrumentos de no interrupción”, ambos facilitan una administración de fármacos sin interrupciones al personal de enfermería mientras dure esta acción. Tanto chalecos como carteles son mensajes visuales de fácil interpretación, dado que se emplean en multitud de circunstancias la vida diaria con la misma finalidad.



Otra de las herramientas expuestas es una aplicación móvil que facilita información inmediata sobre los medicamentos al personal de enfermería, y que también puede ser utilizada por la población, haciendo partícipes a los pacientes.

Se añade también “la caja de herramientas”, un sistema que se basa en el análisis de las notificaciones, realizadas por el personal con la cumplimentación de registros en papel, de causas de EA detectadas y posibles medias de actuación.

### *Úlceras por presión*

Dentro de la “prevención de complicaciones relacionadas con los cuidados sanitarios” se encuentran las medidas que propone en CHN para disminuir las úlceras por presión <sup>(13)</sup>.

El objetivo se centra en prevenir el riesgo de padecer UPP e identificarlo de forma precoz. Para cumplir dicho objetivo propone un registro de UPP y la implantación de la guía de buenas prácticas “Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión” <sup>(13)</sup>.

Las prácticas seguras propuestas para las UPP también son complementarias a las medidas adoptadas por la institución.

Se propone un “sistema visual de identificación del riesgo” que da respuesta a uno de los objetivos planteados. Así mismo cabe destacar que la información es rápida, e in situ de forma permanente, siendo otra de sus ventajas permitir identificar si algún paciente no está valorado.

Se trata de un sistema que tras la valoración del paciente se asigna un color según el riesgo –rojo, amarillo o verde en disminución del riesgo-. Existen distintos medios para la utilización del sistema, cartulinas en la cabecera de la cama, o pegatinas en la pulsera de identificación del paciente.

La primera tiene el inconveniente de que puede inducir a errores debido a que no es un sistema que va unida al paciente.

Se ofrece también el uso de acrónimos para facilitar los cuidados que requieren las UPP y todos los cuidados que precisan. Cada letra del acrónimo indica un área que trabajar, y así, ejecutando cada letra se dan todos los cuidados necesarios. Por

ejemplo: EVITANDO (Evaluación, Vigilancia, Inspección, Tratamiento tópico, Alivio de presión, Nutrición, Documentación, Orientación a familia).

Así mismo, pueden aplicarse otras prácticas seguras mencionadas anteriormente. Entre otras la caja de herramientas, válida para notificar incidentes y planificar acciones de mejora en las UPP, la cruz de seguridad que pretende concienciar sobre la gravedad del problema, expuesta en el siguiente apartado.

### *Caídas*

Otro de los sucesos integrados en el área de “prevención de complicaciones en relación a los cuidados sanitarios” son las medidas de prevención de caídas. Además de disminuir su incidencia e identificar los factores de riesgo, entre los objetivos se enuncia involucrar en el problema tanto a profesionales sanitarios como no sanitarios<sup>(13)</sup>.

Para llevar a cabo estos objetivos además de la notificación de las caídas se propone la incorporación de la escala de caídas Downton al sistema informático de la institución (en este caso “Irati”), y la difusión de píldoras de conocimiento entre la población<sup>(13)</sup>.

La herramienta que se propone para mejorar la seguridad del paciente en el tema que nos ocupa, es la “cruz de seguridad”, que da respuesta al objetivo de involucrar tanto al personal como a los pacientes y familiares sobre el problema.

Instrumento visual que pretende sensibilizar sobre la incidencia de las caídas, cada casilla corresponde a un día del mes y el nombre del instrumento viene determinado por que dichas casillas forman una cruz. Dirimente cumplimentándose se cumplimenta, sombreando en rojo si se ha producido el incidente y en verde si no se ha producido. Habría que colocar la cruz al alcance de todos y contar con la participación tanto de los profesionales como de los pacientes y sus familiares para ir cumplimentando la cruz día a día.

Una vez más, es preciso indicar que en este apartado también serían validas otras PS como la caja de herramientas, o la identificación del riesgo por colores, valorando los factores de riesgo mediante la escala Downton.

## *Comunicación*

Dentro de la estrategia de seguridad de esta institución (CHN) también se aborda la comunicación bajo el apartado de “mejora de la información e implicación en seguridad a pacientes y profesionales”. En esta sección se incluyen tanto la notificación de errores en el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) como la identificación inequívoca de pacientes, el establecimiento de cauces de comunicación y la implicación de pacientes y familiares en la seguridad <sup>(13)</sup>.

Para llevar a cabo estas acciones se pretende formar a los profesionales y directivos, revisar los protocolos existentes y realizar sesiones formativas entre los profesionales <sup>(13)</sup>.

De acuerdo a estos objetivos y acciones mediante las prácticas seguras simples que se exponen se encuentran “las reuniones briefing” que pretenden fomentar el trabajo en equipos multidisciplinares poniendo aspectos en común con el fin de mejorar la comunicación.

Para mejorar dicha comunicación también se plantea el método de comunicación “SBAR”, un sistema que facilita la manera de dar y recibir información de manera fácil y rápida. Sistema formado por cuatro apartados que proceden de las letras Situation (situación), Background (antecedentes), Assessment (valoración), Recommendation (recomendaciones).

Para dar respuesta a las acciones dirigidas a involucrar tanto a profesionales como directivos se exponen las “rondas de seguridad”. Rondas planificadas por las unidades para la valoración y mejora de la realización de buenas prácticas cometida por personal específico que incluye también personal de la gerencia de la institución.

Todos los sistemas expuestos a lo largo de los cuatro apartados involucran de forma directa al personal, incentivando la participación y concienciación sobre el tema, mandando el mensaje de que todos somos responsables de la detección y de plantear soluciones.

Así mismo, como bien se indica anteriormente, estas prácticas de ninguna manera pretenden excluir o sustituir los protocolos o medidas adoptadas por las instituciones. Sino que tratan de complementarse a las medidas de seguridad ya impuestas.

## **Objetivo**

Diseñar un catálogo que incluya diferentes prácticas seguras a bajo coste y sin modificar la organización enfocados a la mejora en los cuidados.

## Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa con búsqueda sistemática en diferentes bases de datos, páginas web sanitarias y buscadores, sobre los diferentes sistemas de seguridad que existen a nivel hospitalario en preparación y administración de medicamentos, úlceras por presión, caídas y comunicación interprofesional.

Las fuentes utilizadas son las mencionadas anteriormente en el apartado de metodología. Bases de datos multidisciplinares (Dialnet, Scopus, Web of Science), específicas de ciencias de la salud a nivel internacional (PubMed, CINAHL, Scielo), nacional (IME, IBECS) y específicas de enfermería (Cuiden). También se han utilizado páginas web sanitarias y el buscador Google académico.

La diferencia con el apartado de metodología anterior es que para la búsqueda más específica se utilizaron otras palabras clave “estrategia” o “manual” además del grupo del que se estuviera realizando la búsqueda “medicamento/úlceras por presión/caídas/comunicación”. Y, en inglés: “manual”, “nursing activities” y “medicines/pressure ulcers/falls/communication”.

Al igual que el anterior apartado de metodología los operadores booleanos han sido “Y”/“AND”, y los límites empleados también han sido los mismos: fecha de publicación (2010-2018), idioma (español, inglés), materias y ordenación por el número de veces que el texto ha sido citado o relevancia.

El periodo de realización de las búsquedas inteligentes fue desde octubre de 2017 hasta febrero de 2018.

Y, tras la obtención de resultados derivados de la búsqueda se siguió la misma estrategia ya expuesta en la metodología del trabajo para la selección de los documentos de interés.

## Discusión y conclusiones

Como bien se indica en el apartado anterior, las prácticas seguras simples no pretenden reemplazar ninguna de las medidas adoptadas hasta el momento. No contradice ninguna de las políticas de seguridad de las instituciones mencionadas. De hecho, además de no contradecir ninguna de las políticas y estrategias, apoyan las acciones propuestas por las instituciones para el cumplimiento de dichas políticas.

Las PS actúan con un carácter motivador que involucra al personal a llevar a cabo su trabajo con seguridad y calidad. Y aunque actualmente existan escasos estudios y de no muy alta calidad que demuestren su efectividad, estas herramientas son concienciadoras y su implementación no genera rechazo.

De manera que complementándose con las medidas de seguridad ya existentes, tienen una fácil y rápida implantación. Una implantación que podría ser casi inmediata tras informar al personal sanitario y a los pacientes sobre su funcionamiento.

## Propuesta

Una vez seleccionados y analizados los sistemas de seguridad de los diferentes grupos (medicamentos, úlceras por presión, caídas y comunicación interprofesional) se puede realizar la síntesis y la elaboración del catalogo sobre estos.

El catalogo se expone organizados en los diferentes cuatro grupos que se han ido mostrando durante todo el trabajo. Cada grupo irá precedido por la norma tanto internacional como nacional/local que abarca el tema y posteriormente será expuesto cada sistema de seguridad.





**CATALOGO DE PRÁCTICAS SEGURAS SIMPLES  
EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**

## INDICE

1- Declaración de intenciones.....	pág.2.
2- Prácticas seguras de medicamentos .....	pág.3-8.
2.1. Sistema visual de frecuencia y gravedad del riesgo.....	pág.3.
2.2. Chaleco de medicación .....	pág.4.
2.3. Instrumento de no interrupción .....	pág.5.
2.4. Aplicación móvil .....	pág.6.
2.5. Caja de herramientas .....	pág.7.
2.6. Resumen de aplicabilidad de los instrumentos relacionados con medicamentos.....	pág.8.
3- Prácticas seguras de UPP .....	pág9-10.
3.1. Marcas de advertencia por colores .....	pág.9.
3.2. Acrónimos .....	pág.10.
4- Prácticas seguras de caídas .....	pág.11.
4.1. Cruz de seguridad .....	pág.11.
5- Prácticas seguras de comunicación .....	pág.12-14.
5.1. Reuniones “briefing” .....	pág.12.
5.2. Rondas de seguridad .....	pág.13.
5.3. SBAR .....	pág.14.
6- Tabla resumen .....	pág.15.

## **Declaración de intenciones**

Este catálogo está formado por prácticas seguras simples en cuatro grupos: medicamentos, úlceras por presión, caídas y comunicación.

Todas las prácticas seguras están fundamentados con información obtenida de instituciones internacionales como nacionales/locales (OMS, Joint Commission, SNS, CHN).

El grado de complejidad, implementación y su coste son anotaciones subjetivas que se han añadido para facilitar la identificación de prestaciones de los sistemas y así mismo del catálogo. Cada ítem es valorado con estrellas: cuantas más estrellas amarillas mayor es el grado de la prestación que indica.

De la misma manera se indica la aplicabilidad en el resto de apartados. El color amarillo indica aplicabilidad en la gestión de medicamentos, verde en UPP, rojo en caídas y azul en comunicación.

Las prácticas seguras relacionadas con medicamentos están indicados en amarillo, las UPP en verde, caídas en rojo y comunicación en azul.

Cada práctica segura va acompañada de un código QR. El escaneo de este código dirige a documentos o enlaces donde se recoge más información sobre las prácticas seguras.

**Título de la medida** Coste ★☆☆

**Sistema visual de frecuencia y gravedad del riesgo** Complejidad ★☆☆

**Fundamentación** Implementación ★★★

Aplicabilidad ●●●

OMS	SNS	CHN
Solución para la seguridad en el paciente sobre medicamentos	Integrar la atención empleando de forma óptima los recursos	Uso seguro de la medicación. Medidas para el manejo de medicamentos de alto riesgo.

**¿Qué?**

Instrumento visual de colores

**¿Qué indica?**

El color: riesgo del fármaco  
La forma: gravedad del EA que produce

**¿Cómo se utiliza?**

Color rojo indica máxima atención; naranja amarillo y verde en descenso de gravedad

**Ventajas**

De rápida detección ante la alerta

**Limitaciones**

Requiere del conocimiento del personal y llegar a consenso con las formas que se van a utilizar

**Requerimientos para implementar**

Necesidad de etiquetar los fármacos con colores e informar al personal




**Título de la medida**  
**Chaleco de medicación**

**Fundamentación**

Coste ★☆☆☆☆  
 Complejidad ★☆☆☆☆  
 Implementación ★☆☆☆☆  
 Aplicabilidad ●

OMS	SNS	CHN
Solución para la seguridad en el paciente sobre medicamentos	Integrar la atención empleando de forma óptima los recursos	Uso seguro de la medicación. Medidas para el manejo de medicamentos de alto riesgo.

**¿Qué?**  
 Chaleco fluorescente con mensaje



**¿Qué indica?**  
 La importancia de no interrumpir por estar trabajando con medicación

**¿Cómo se utiliza?**  
 Enfermería debe llevar el chaleco puesto durante la preparación y administración de la medicación

**Ventajas**  
 Alerta llamativa dirigida a todas las personas

**Limitaciones**  
 Requiere de la participación de las personas de alrededor

**Requerimientos para implementar**  
 Enfermería debe utilizar el chaleco  
 Los pacientes y familiares deben estar informados

**Título de la medida**

Coste ★★☆☆☆

Complejidad ★★☆☆☆

Implementación ★★☆☆☆

Aplicabilidad ●☆☆☆☆

**Instrumento de no interrupción**

**Fundamentación**

OMS	SNS	CHN
Solución para la seguridad en el paciente sobre medicamentos	Integrar la atención empleando de forma óptima los recursos	Uso seguro de la medicación. Medidas para el manejo de medicamentos de alto riesgo.

**¿Qué?**

Cartel visual

**¿Qué indica?**

La importancia de no interrumpir por estar trabajando con medicación

**¿Cómo se utiliza?**

Enfermería debe llevar el cartel en el carro de la medicación

**Ventajas**

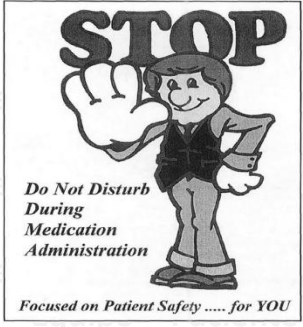
Alerta llamativa dirigida a todas las personas

**Limitaciones**

No va con la enfermera, sino en el carro

**Requerimientos para implementar**

Requiere de su implementación en los carros de medicación  
Pacientes y familiares deben estar informados



**Título de la medida**

**Aplicación móvil**

**Fundamentación**

OMS	SNS	CHN
Solución para la seguridad en el paciente sobre medicamentos	Integrar la atención empleando de forma óptima los recursos	Uso seguro de la medicación. Medidas para el manejo de medicamentos de alto riesgo.

**¿Qué?**

Aplicación que da información actualizada de los medicamentos

**¿Cómo se utiliza?**

Mediante el escaneo de código o nombre del fármaco la APP da información actualizada

**Ventajas**

Revela información de manera instantánea y está al alcance de todos

**Limitaciones**



Requiere de la utilización de un teléfono móvil con internet  
 Pacientes y familiares deben estar informados

Coste ★★☆☆

Complejidad ★★☆☆

Implementación ★★☆☆

Aplicabilidad ●

**Título de la medida**

**Caja de herramientas**

**Fundamentación**

Coste ★★☆☆☆  
 Complejidad ★★☆☆☆  
 Implementación ★★☆☆☆  
 Aplicabilidad ●●●●●

OMS	SNS	CHN
Programa de Seguridad del Paciente. De la información a la acción	Integrar la atención para mayor seguridad en el paciente	Prevención de complicaciones en relación a cuidados sanitarios

**Herramientas institucionales**

SiNASP

**¿Qué?**

Caja que recoge incidentes en hojas de registro

**¿Cómo se utiliza?**

Las hojas deben cumplimentarse con los datos del incidente para su posterior análisis y propuestas de mejora

**Ventajas**


Puede funcionar como subsistema, recogiendo incidentes que no se registrarían en el SINAPS. Ej: ausencia de lavado de manos

**Limitaciones**

Necesaria participación del personal.  
No da soluciones, las analiza.

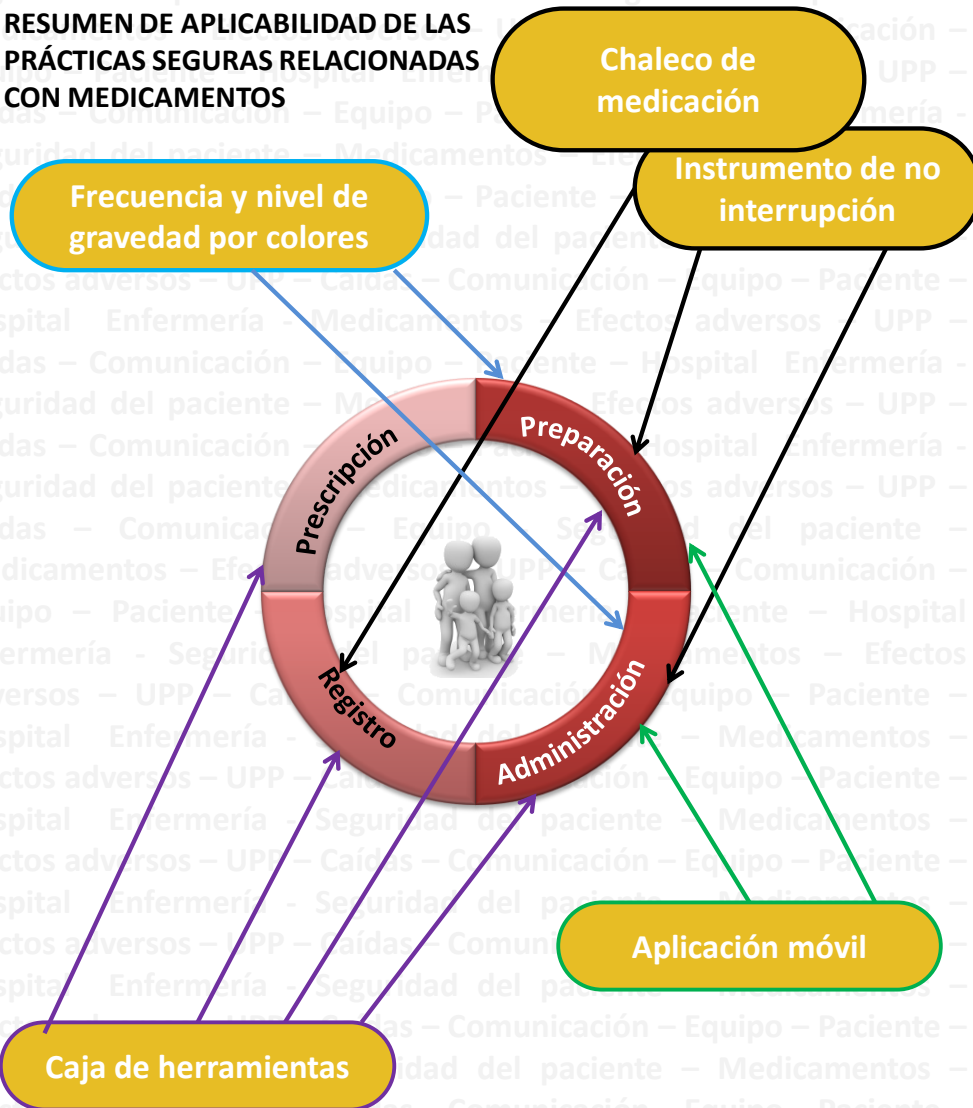
**Requerimientos para implementar**

Requiere del conocimiento de su uso





**RESUMEN DE APLICABILIDAD DE LAS PRÁCTICAS SEGURAS RELACIONADAS CON MEDICAMENTOS**



## Título de la medida

### Sistema visual de identificación del riesgo

## Fundamentación

Coste



Complejidad



Implementación



Aplicabilidad



OMS	Joint Commission	CHN
Alianza mundial para la seguridad del paciente	Optimizar la prevención mediante sistemas específicos	Centrar la atención en la prevención

## ¿Qué?

Instrumento visual de colores

## ¿Qué indica?

El nivel de riesgo de padecer UPP

## ¿Cómo se utiliza?

Color rojo indica máximo riesgo; naranja amarillo y verde en descenso del riesgo

## Ventajas

De rápida detección ante el riesgo

## Limitaciones

Requiere del conocimiento del personal

## Requerimientos para implementar

Necesidad de utilizar pulseras o tarjetas con colores.

Fundamental una adecuada valoración



9

## Título de la medida

## Acrónimos

## Fundamentación

Coste



Complejidad



Implementación



Aplicabilidad



OMS	Joint Commission	CHN
Promoción y protección como aspectos esenciales	Optimizar la prevención mediante sistemas específicos	Centrar la atención en la prevención

## ¿Qué?

Acrónimos que permiten el abordaje de los cuidados de prevención de UPP

## ¿Cómo se utiliza?

INTACT y EVITANDO son los dos acrónimos que facilitan la valoración y evaluación de las UPP.

## Ventajas

Sencillo y fácil de recordar

## Limitaciones

Utilización poco frecuente

## Requerimientos para implementar

Necesidad de el conocimiento de las letras de los acrónimos

Incontinencia

Nutrición

Turning

Asesment

Consulta

Teaching

Evaluación

Vigilancia

Inspección

Tratamientos tópicos

Alivios de presión

Nutrición

Documentación

Orientación familia



**Título de la medida**

Coste



**Cruz de seguridad**

Complejidad



**Fundamentación**

Implementación



Aplicabilidad



**OMS**

**SNS**

**CHN**

Crear conciencia, mejorar valoración, implantación de intervenciones

Promover envejecimiento saludable: prevención y promoción

Detección precoz y promoción

**¿Qué?**

Instrumento visual para sensibilizar

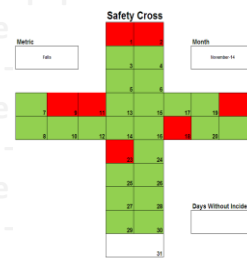
**¿Qué indica?**

Suceso del incidente o no.

Incidencia a tiempo real

**¿Cómo se utiliza?**

Se exponen los días del mes en forma de cruz y se colorea el día en verde si no ha ocurrido el incidente y en rojo si ha ocurrido



**Ventajas**

Conciencia sobre la incidencia del problema

**Limitaciones**

No previene las caídas

**Requerimientos para implementar**

Necesidad de cumplimentación día a día y de conocimiento del sistema



11

**Título de la medida**  
**Reuniones “briefing”**

**Fundamentación**

Coste ★☆☆☆☆  
 Complejidad ★★☆☆☆  
 Implementación ★★☆☆☆  
 Aplicabilidad ● UPP

OMS	SNS	CHN
Soluciones para la seguridad del paciente	Integrar la atención para ofrecer mayor valor y seguridad al paciente	Programa de mejora de la información e implicación en seguridad a pacientes y profesionales


**¿Qué?**  
 Reuniones en equipos multidisciplinares

**¿Cómo se utiliza?**  
 Los profesionales del equipo se reúnen para hablar sobre los pacientes y poner aspectos en común.

**Ventajas**  
 Favorece la comunicación siendo el paciente el beneficiado

**Limitaciones**  
 Requiere de la coordinación de todo el equipo

**Requerimientos para implementar**  
 Necesidad de puesta en común de lugar y horario



**Título de la medida** Rondas de seguridad

**Fundamentación**

Coste ★★★★★  
 Complejidad ★★★★★  
 Implementación ★★★★★  
 Aplicabilidad ●●●●●

OMS	SNS	CHN
Soluciones para la seguridad del paciente	Integrar la atención para ofrecer mayor valor y seguridad al paciente	Programa de mejora de la información e implicación en seguridad a pacientes y profesionales


**¿Qué?**  
 Rondas planificadas por las unidades para la valoración del funcionamiento

**¿Cómo se utiliza?**  
 Personal específico realiza rondas por las unidades para valoración de diferentes ítems

**Ventajas**  
 La seguridad es evaluada continuamente

**Limitaciones**  
 Requiere de la implicación de personal específico

**Requerimientos para implementar**  
 Necesidad de acordar aspectos para valorar y crear el grupo de personal específico



**Título de la medida** Coste ★☆☆☆☆  
**SBAR** Complejidad ★☆☆☆☆  
**Fundamentación** Implementación ★★★★★  
Aplicabilidad ●

OMS	SNS	CHN
Soluciones para la seguridad del paciente	Integrar la atención para ofrecer mayor valor y seguridad al paciente	Programa de mejora de la información e implicación en seguridad a pacientes y profesionales

**¿Qué?**  
 Sistema que facilita la manera de dar y recibir información

**¿Cómo se utiliza?**  
 Las 4 letras de SBAR organizan la manera de dar y recibir la información

**Ventajas**  
 Rápida y clara transmisión de información

**Limitaciones**  
 Requiere del conocimiento del sistema para su uso

**Requerimientos para implementar**  
 Tanto el emisor como el receptor tienen que saber del funcionamiento del sistema

**S**ITUATION

**B**ACKGROUND

**A**SSessment

**R**EQUEST/RECOMMENDATION

**S.** SITUACIÓN

**B.** ANTECEDENTES

**A.** VALORACIÓN

**R.** RECOMENDACIONES




Tabla nº 8. Resumen de los sistemas de seguridad de bajo coste en cada grupo.

Sistema de seguridad	Cumple directrices de las diferentes instituciones	Puede ser utilizado en el uso de medicamentos	Puede ser utilizado en UPP	Puede ser utilizado en caídas	Puede ser utilizado en la comunicación
Frecuencia y nivel de gravedad por colores.	SI		SI	SI	NO
Instrumento para la no interrumpir al personal de enfermería en la administración de medicación.	SI		NO	NO	NO
Caja de herramientas	SI		SI	SI	SI
Chaleco de medicación	SI		NO	NO	NO
Aplicación móvil	SI		NO	NO	NO
Sistema visual de identificación del riesgo	SI	SI		SI	NO
Uso de acrónimos para las principales intervenciones para prevenir UPP.	SI	NO		NO	NO
Cruz de seguridad.	SI	SI	SI		SI
Reuniones Briefing	SI	NO	NO	NO	
Rondas de seguridad.	SI	SI	SI	SI	
Estrategia SBAR	SI	NO	NO	NO	

El color azul indica que el sistema que se muestra es resultado del grupo en el que se marca.

Fuente: elaboración propia.

Extensión del catálogo  
y explicación de  
prácticas seguras



Ver PDF



## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecer este trabajo a mi directora Yolanda Montes García por su dedicación, dirección, implicación y recomendaciones durante todo el proceso de la elaboración del mismo.

A Isabel Irigoyen Aristorena por su asesoramiento y dedicación.

Por último agradecer a la Universidad Pública de Navarra por la formación recibida durante estos cuatro años.

## BIBLOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid; 2006.
2. Nava LAB. Evidencia científica sobre las prácticas para mejorar la seguridad del paciente. [Internet]. Universitat Autònoma de Barcelona; 2013. Available from: [https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2013/hdl\\_10803\\_129118/labn1de1.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2013/hdl_10803_129118/labn1de1.pdf)
3. Ruiz AR, Salgado JG. Enfermería y seguridad clínica: ¿Cuál es el camino? *Enferm. Clin.* 2015;25(4):155–7.
4. Lima F da SS, Souza NPG, Freire de Vasconcelos P, Aires de Freitas CH, Bessa Jorge MS, De Souza Oliveira AC. Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería. *Enfermería Glob.* [Internet]. 2014;13(3):293–309. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/163521/163011>
5. Complejo Hospitalario de Navarra. Plan de Seguridad del Paciente del Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona; 2017.
6. Aranaz JM, Moya C. Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Rev. Calid. Asist.* [Internet]. 2011;26(6):331–2. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-seguridad-del-paciente-calidad-asistencial-S1134282X11001606> .
7. Cantillo EV. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Salud Uninorte* [Internet]. 2007;23(1):112–9. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v23n1/v23n1a11.pdf>.
8. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca. Madrid; 2009.
9. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Madrid; 2016.

10. Cernadas. JMC. La OMS y su iniciativa “ Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente ”. Arch. Argent. Pediatr. [Internet]. 2009;107(5):385–6. Available from: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v107n5/v107n5a01.pdf>.
11. Joint Commission International. Mejorar la atención. Empoderar el cambio. EE.UU.; 2016.
12. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Plan de Salud de Navarra 2014-2020. Navarra; 2014.
13. Complejo Hospitalario de Navarra. Plan de Seguridad del Paciente del Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona; 2015.
14. Ministerio de Sanidad y Consumo. Prácticas Seguras Simples. Recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales. Madrid; 2008.
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Madrid; 2006.
16. Joint Commission International. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente – Mayo de 2007. EE.UU.; 2007.
17. Ramos DY, Lesmes VIS. Identificar distracciones en el proceso de administración de medicamentos garantiza una práctica segura. Av. Enferm. [Internet]. 2014;32(1):44–52. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a05.pdf>
18. Castro DYR. Distracciones del profesional de enfermería en el proceso de administración de medicamentos en el Hospital Universitario Fundación Santafe de Bogotá. [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2011. Available from: [http://bdigital.unal.edu.co/5060/1/DianaYamileRamosCastro.2011\\_pte.\\_1.pdf](http://bdigital.unal.edu.co/5060/1/DianaYamileRamosCastro.2011_pte._1.pdf)
19. Raduenz AC, Radunz V, Teresinha G, Dal M, Cristina I, Maliska A, et al. Cuidado de enfermería y seguridad del paciente: visualizando la organización , acondicionamiento y distribución de medicamentos con

- método de investigación fotográfica. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2010;18(6):[10 pantallas]. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es\\_02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_02.pdf)
20. Ribeiro V, Cestari F, Ferreira MA, Garces TS, Magalhães TM, Lúcia V, et al. Applicability of assistive innovations and technologies for patient safety: integrative review. Cogitare Enferm. [Internet]. 2017;22(3):e45480. Available from: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2017/07/45480-212389-1-PB.pdf>
21. Baró NC. Evaluación de los errores de medicación notificados antes y después de la implantación de un sistema informatizado de prescripción / validación / preparación / administración en oncohematología . Impacto sobre la calidad del proceso asistencial y seguridad [Internet]. Universitat de Barcelona; 2014. Available from: [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/61169/1/NCB\\_TESIS.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/61169/1/NCB_TESIS.pdf)
22. Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. [Internet]. Bogotá; 2007. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas para la Seguridad del Paciente.pdf>
23. Gómez ES, Rivas LG, del Moral RS. Elaboración de un plan de seguridad en una unidad de gestión clínica del medicamento. Rev. Calid. Asist. [Internet]. 2010;25(4):223–7. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-elaboracion-un-plan-seguridad-una-S1134282X10000229>
24. Pape TM, Guerra DM, Muzquiz M, Bryant J, Ingram M, Schraner B, et al. Innovative Approaches to Reducing Nurses ' Distractions During Medication Administration. J. Contin. Educ. Nurs. [Internet]. 2005;36(3):108–116. Available from: <http://www.interruptions.net/literature/Pape-JCEN05.pdf>
25. Diario Enfermero. "#StopErrores Medicación, una campaña del hospital Punta de Europa (Algeciras) para mejorar la seguridad en la preparación de

- fármacos. [Internet] Diario Enfermero: 2018, enero 3. Sanidad. Disponible en: <http://diarioenfermero.es/stoperroresmedicacion-una-campana-del-hospital-punta-europa-algeciras-mejorar-la-seguridad-la-preparacion-farmacos/>
26. Google Play [Internet]. Medicamento Accesible Plus. [Citado 8 de mayo 2018]. Disponible en: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.technosite.medicamentoaccesible&hl=es>
27. Restrepo-Vásquez A, Escobar-Montoya JI. Apreciaciones de trabajadores de la salud sobre la implementación del sistema de seguridad en la utilización de medicamentos. Rev. Univ. y Salud [Internet]. 2017;19(1):7–16. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n1/0124-7107-reus-19-01-00007.pdf>
28. Otero MJ, Codina C, Robles D. Programa multidisciplinario de prevención de errores de medicación en un hospital. Rev. Calid. Asist. [Internet]. 2005;20(2):79–89. Available from: [http://www.pasq.eu/desktopmodules/blinkpspreview/files/Medication\\_errors.pdf](http://www.pasq.eu/desktopmodules/blinkpspreview/files/Medication_errors.pdf)
29. Xunta de Galicia. Guía de prácticas seguras na asistencia sanitaria. [Internet]. Santiago de Compostela; 2014. Available from: <https://libraria.xunta.gal/es/guia-de-practicas-seguras-na-asistencia-sanitaria-xerencia-de-xestion-integrada-de-santiago-de>
30. Villar FP, Granados GL, Fernandez-Lasquetty B, Martinez AH, Higuera SE, Palomino MAQ, et al. Plan de mejora continua en prevención-tratamiento de úlceras por presión según el ciclo Deming. Gerokomos [Internet]. 2013;24(3):125–31. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2013000300006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000300006)
31. Gonzalez-Consuegra RV, Matiz-Vera GD, Hernandez-Martínez JD, Guzman-Carrillo LX. Plan de atención integral de enfermería para el cuidado de

- personas con úlceras por presión. Rev. Fac. Med. [Internet]. 2015;63(1):69–80. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n1/v63n1a07.pdf>
32. Lavín RS. Prevención de úlceras por presión: análisis de la implantación de una vía clínica en una unidad geriátrica de recuperación funcional. [Internet]. Universidad de Alicante; 2015. Available from: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/50218/1/tesis\\_sarabia\\_lavin.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/50218/1/tesis_sarabia_lavin.pdf)
33. Wu Q, Zhu X, Gong M, Tian M, Zeng L, Liu X, et al. Effect of an inpatient nursing risk early warning and control system in Shanghai : A retrospective study of adverse events. Int. J. Nurs. Sci. [Internet]. Elsevier Ltd; 2015;2(2):190–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.05.003>
34. González-Consuegra RV, Hernández-Sandoval YT, Matiz-Vera GD. Estrategias de enfermería para prevenir lesiones de piel en personas con riesgo de padecerlas. Rev. Cubana Enferm. [Internet]. 2017;33(3). Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/954/0>
35. García OB, Gómez AMH, Muñoz MLS. Intervención de enfermería: Prevención úlceras por presión. En búsqueda de la mejor evidencia disponible. Rev. enferm. CyL. [Internet]. 2012;4(2):40–64. Available from: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/84>
36. Fernández FPG, Cabrerizo MM, Guerrero AG, Hidalgo PLP, Pavón FG, Jiménez FG, et al. Guía de práctica clínica para la prevención y e tratamiento de las úlceras por presión. [Internet]. Andalucía; 2007. Available from: [https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/2462/1/PrevencionTratamientoUlcerasPresion\\_GPC\\_2007.pdf](https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/2462/1/PrevencionTratamientoUlcerasPresion_GPC_2007.pdf)
37. Ortiz JAH. Prevención y cuidados en úlceras por presión. ¿Donde estamos? Gerokomos [Internet]. 2009;20(3):132–40. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2009000300007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000300007)

38. Gómez TS, Martínez MBe, Alamino JMG. Úlceras por humedad: conocerlas mejor para poder prevenirlas. *Gerokomos* [Internet]. 2012;23(3):137–40. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2012000300009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000300009)
39. Fernandez RD, Vázquez AP, Iglesias FJR, Raño LC, Gutiérrez-Solana RG, Fernández ES. Manual de prevención y tratamiento de úlceras por presión. [Internet]. Santiago de Compostela; 2005. Available from: <http://gneaupp.info/manual-de-prevencion-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion/>
40. Angulo JM, Iñigo EB, Remiro CJ, Cruz CM de la, Galilea MIM, Miguel MTT. Guía para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Úlceras por Presión. [Internet]. La Rioja; 2008. Available from: <http://gneaupp.info/guia-para-la-prevencion-diagnostico-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion/>
41. Lorente MMS, Acamer CÁ, López JB, Rambla LG, Rodríguez VG, Mallebrera AH, et al. Guía de Práctica Clínica de Enfermería: prevención y tratamiento de las úlceras por presión y otras heridas crónicas. [Internet]. Generalitat Valenciana; 2008. Available from: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.3305-2008.pdf>
42. Navarro MGR, Bartolomé ÁG, Moreno AC, Cortés JC, Asensi PF, Ruiz IG, et al. Ahora ya no caigo. *Enfermería Integr.* [Internet]. 2014;105:23–30. Available from: <http://www.enfervalencia.org/ei/105/ENF-INTEG-105.pdf>
43. Luzia M de F, Almeida M de A, Lucena A de F. Nursing care mapping for patients at risk of falls in the Nursing Interventions Classification. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014;48(4):632–40. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000400632&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000400632&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
44. Hernández-herrera D, Aguilera-Elizarraraz N, Vega-Argote M, González-Quirarte N, Hidalgo HC, Isasi-Hernández L. Aplicación de las actividades de la

- intervención de enfermería Prevención de caídas en adultos hospitalizados. *Enfermería Univ.* [Internet]. 2017;14(2):118–23. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000400632&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000400632&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
45. Harten-Krouwel D Van, Schuurmans M, Emmelot-Vonk M, Pel-Littel R. Development and feasibility of falls prevention advice. *J. Clin. Nurs.* [Internet]. 2011;20:2761–76. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2011.03801.x>
46. Correa AD, Augusta I, Marques B, Martinez MC, Laurino S, Leão ER, et al. The implementation of a hospital's fall management protocol: results of a four-year follow-up. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012;46(1):65–71. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000100009&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000100009&script=sci_arttext&tlng=en)
47. Geriatricos.org. Protocolo de caidas [Internet]. Protocolos. Available from: <http://www.geriatricos.org/gestion/protocolos/caidas.pdf>
48. Suárez JMA, Alonso JMD, Flórez M del RF, García CF, Martínez PF, Puente PG, et al. Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería. Prevención de caídas de pacientes ingresados [Internet]. Asturias; 2010. Available from: [https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Calidad y Sistemas/AS\\_Calidad/SEGURIDAD DEL PACIENTE/Folleto prevencion caidas.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad y Sistemas/AS_Calidad/SEGURIDAD DEL PACIENTE/Folleto prevencion caidas.pdf)
49. Conde MM, García FA, Ceballos BN, Banderas AMM, Camino FF, Delgado JM, et al. Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA. Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el sistema sanitario público de Andalucía. [Internet]. Andalucía; 2009. Available from: [http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/procedimiento\\_caidas.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/procedimiento_caidas.pdf)
50. Health PEI. One Island Health System. Health PEI Pursuing Quality & Excellence [Internet]. 2016. Available from: [http://www.gov.pe.ca/photos/original/src\\_leanqbten.pdf](http://www.gov.pe.ca/photos/original/src_leanqbten.pdf)



51. Moya GF, Banderas AMM, Alonso AM, Montenegro AJN, Muñoz FP, Bouza MR, et al. Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA. Procedimiento general de identificación de pacientes [Internet]. Andalucía; 2009. Available from:  
[http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/practicas\\_seguras/procedimiento\\_identificacion\\_pacientes.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/practicas_seguras/procedimiento_identificacion_pacientes.pdf)
52. García CL, García CIG, Hurtado JMA. La comunicación interprofesional desde la cultura organizacional de la enfermería asistencial. *Cult. los Cuid.* [Internet]. 2011;31:85–92. Available from:  
[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/20574/1/CC\\_31\\_11.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/20574/1/CC_31_11.pdf)
53. Sánchez TL, Doctor MP, Hervás JZ, Cabrera MLA, López MCC. Incorporación de reuniones Briefing como herramienta de mejora de la comunicación interprofesional en la unidad de trasplante renal. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2013;16(1):218–20. Available from:  
[http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v16s1/comunicacion\\_poster47.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v16s1/comunicacion_poster47.pdf)
54. Goulart BF, Camelo SHH, Simões AL de A, Chaves LDP. Teamwork in a Coronary Care Unit : facilitating and hindering aspects. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016;50(3):479–86. Available from:  
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/0080-6234-reeusp-50-03-0482.pdf>
55. Quality Improvement Division. Quality and Safety Walk-rounds. [Internet]. Dublin; 2016. Available from:  
<https://www.hse.ie/eng/about/who/qid/governancequality/qswalkrounds/quality-and-safety-walk-rounds-a-co-designed-approach-toolkit-and-case-study-report.pdf>
56. Comisión de Seguridad del Paciente. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. SBAR. Modelo de comunicación estructurada [Internet]. Andalucía; 2016. Available from:  
<http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseg>

uridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/practicas\_seguras/SBAR\_Costa\_Sol.pdf

57. Poulter NR, Lackland DT. Medication Without Harm : WHO ' s Third Global Patient Safety Challenge. Lancet [Internet]. World Health Organization; licensee Elsevier; 2017;389:1680–1. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31047-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31047-4)
58. Servicio Madrileño de Salud. Prevención de las úlceras por presión en pacientes adultos [Internet]. Madrid; 2014 p. 1–28. Available from: <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/c6032233-3266-4865-a36d-234b4d0adb0/45c754a8-55f8-49ee-8638-a88eefc4bcae/457b6da7-828e-4b60-a1a8-e5e5f3a36f9c/457b6da7-828e-4b60-a1a8-e5e5f3a36f9c.pdf>
59. The Joint Commission. Preventing pressure injuries. Quick Saf. [Internet]. 2016;(25). Available from: [https://www.jointcommission.org/assets/1/23/Quick\\_Safety\\_Issue\\_25\\_July\\_20161.PDF](https://www.jointcommission.org/assets/1/23/Quick_Safety_Issue_25_July_20161.PDF)
60. World Health Organization. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. [Internet]. Switzerland; 2007. Available from: [http://www.who.int/ageing/publications/Falls\\_prevention7March.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf)

## ANEXO 1. Estrategia de búsqueda.

Tabla nº 9. Resumen de la estrategia de búsqueda en bases de datos, buscadores y páginas web.								
ESTRATEGIA DE BÚSQUDA								
	MEDICAMENTOS		UPP		CAÍDAS		COMUNICACIÓN	
	1ª búsqueda	2ª búsqueda	1ª búsqueda	2ª búsqueda	1ª búsqueda	2ª búsqueda	1ª búsqueda	2ª búsqueda
DIALNET	Sistemas de seguridad y medicamentos	Manual y prevención y medicamentos	Sistemas de seguridad y úlceras por presión	Manual y prevención y úlceras por presión	Procedimientos de seguridad y caídas	Manual y prevención y caídas	Sistemas de seguridad y comunicación en equipo	Comunicación interprofesional y enfermería
	Límites: 2010-2018 Ciencias de la Salud	Límites: 2010-2018 Ciencias de la Salud	Límites: 2010-2018 Ciencias de la Salud	Límites: 2010-2018 Ciencias de la Salud	Límites: 2010-2018 Ciencias de la Salud	Límites: 2010-2018 Ciencias de la Salud	Límites: 2010-2018 Ciencias de la Salud	Límites: 2010-2018 Ciencias de la Salud
	129R → 4S	3R → 0S	9R → 0S	3R → 0S	16R → 1S	7R → 0S	20R → 0S	7R → 1S
WEB OF SCIENCE	1ª búsqueda	2ª búsqueda	1ª búsqueda	2ª búsqueda	1ª búsqueda	2ª búsqueda	1ª búsqueda	2ª búsqueda
	TS=(safety system) AND TS=(medicines) AND TS=(security) AND TS=(nurs*)	TS=(prevention of errors) AND TS=(medicines) AND TS=(nurs*) AND TS=(security)	TS=(safety system) AND TS=(pressure ulcers) AND TS=(nurs*)	TS=(good practices) AND TS=(pressure ulcers) AND TS=(nurs*) AND TS=(manual)	TS=(safety system) AND TS=(security) AND TS=(falls)	TS=(good practices) AND TS=(falls) AND TS=(nurs*) AND TS=(security)	TS=(safety system) AND TS=(team communication) AND TS=(security)	TS=(interprofessional communication) AND TS=(nurs*)
	Límites: 2010-2018 Inglés y español	Límites: 2010-2018 Inglés y español	Límites: 2010-2018 Inglés y español	Límites: 2010-2018 Inglés y español	Límites 2010-2018 Inglés y español	Límites 2010-2018 Inglés y español	Límites: 2010-2018 Inglés y español	Límites: 2010-2018 Inglés y español
	26R → 0S	4R → 0S	66R → 1S	2R → 0S	11R → 0S	1R → 0S	33R → 0S	8R → 1S
SCOPUS	1ª búsqueda	2ª búsqueda	1ª búsqueda	2ª búsqueda	1ª búsqueda	2ª búsqueda	1ª búsqueda	2ª búsqueda
	Safety system AND medicines AND security	Prevention of errors AND manual AND medicines	Safety system AND pressure ulcers AND nurs*	Pressure ulcers AND prevention AND nurs* AND safe	Safety system AND security AND falls	Falls AND prevention AND activities AND nurs* AND manual	Safety system AND team communication AND security	Interprofessional communication AND prevention of errors AND nurs*
	Límites: 2010-2018	Límites: 2010-2018	Límites: 2010-2018	Límites 2010-2018	Límites: 2010-2018	Límites: 2010-2018	Límites: 2010-2018	Límites: 2010-2018

	Subject area: medicine, health professions, nursing.		Subject area: medicine, nursing.		Subject area: medicine, nursing, health professions.		Subject area: medicine, health professions.	
	85R → 0S	16R → 0S	51R → 1S	13R → 0S	29R → 0S	2R → 0S	7R → 0S	25R → 0S
CINAHL	<b>1ª búsqueda</b>	<b>2ª búsqueda</b>	<b>1ª búsqueda</b>	<b>2ª búsqueda</b>	<b>1ª búsqueda</b>	<b>2ª búsqueda</b>	<b>1ª búsqueda</b>	<b>2ª búsqueda</b>
	Safety system AND medicines	Prevention of errors AND manual AND medicines AND security	Safety system AND pressure ulcers	Pressure ulcers AND good practices AND nurs*	Safety system AND falls	Falls AND prevention of errors AND nurs* AND activities AND manual	Safety system AND team communication	Interprofessional communication AND strategies AND nurs* AND hospital
	Límites: 2010-2018 Inglés	Límites: 2010-2018	Límites: 2010-2018	Límites 2010-2018	Límites: 2010-2018 Inglés	Límites: 2010-2018	Límites: 2010-2018	Límites: 2010-2018
	124 → 0S	54R → 0S	12R → 0S	6R → 0S	52R → 0S	4R → 0S	6R → 0S	5R → 0S
SCIELO	<b>1ª búsqueda</b>	<b>2ª búsqueda</b>	<b>1ª búsqueda</b>	<b>2ª búsqueda</b>	<b>1ª búsqueda</b>	<b>2ª búsqueda</b>	<b>1ª búsqueda</b>	<b>2ª búsqueda</b>
	TS=(safety system) AND TS=(medicines)	TS=(prevention of errors) AND TS=(medicines) AND TS=(manual)	TS=(safety system) AND TS=(pressure ulcers)	TS=(pressure ulcers) AND TS=(good practices) AND TS=(prevention)	TS=(safety system) AND TS=(falls)	TS=(falls) AND TS=(good practices) AND TS=(prevention)	TS=(safety system) AND TS=(team communication)	TS=(interprofessional communication) AND TS=(nurs*)
	Límites: 2010-2018 Inglés y español	Límites: 2010-2018	Límites: 2010-2018	Límites: 2010-2018	Límites: 2010-2018	Límites: 2010-2018	Límites: 2010-2018	Límites: 2010-2018
	24R → 2S	1R → 0S	6R → 0S	5R → 2S	23R → 2S	4R → 0S	9R → 0S	13R → 0S
PUBMED	<b>1ª búsqueda</b>	<b>2ª búsqueda</b>	<b>1ª búsqueda</b>	<b>2ª búsqueda</b>	<b>1ª búsqueda</b>	<b>2ª búsqueda</b>	<b>1ª búsqueda</b>	<b>2ª búsqueda</b>
	Safety system AND medicines AND security	Manual AND nurs* AND medicines	Safety system AND pressure ulcers	Pressure ulcers AND prevention AND activities AND nurs* AND practices	Safety system AND falls AND security	Falls AND prevention AND activities AND nurs* AND practice	Safety system AND team communication AND security	Interprofessional communication AND strategies AND prevention of errors AND nurs*
	Límites: 2010-2018	Límites: 2010-2018	Límites: 2010-2018	Límites: 2010-2018	Límites: 2010-	Límites: 2010-2018	Límites: 2010-	Límites: 2010-2018

					2018		2018	
	8R → 0S	8R → 0S	88R → 0S	4R → 0S	9R → 0S	33R → 1S	7R → 0S	12R → 0S
CUIDEN	<b>1ª búsqueda</b>	<b>2ª búsqueda</b>	<b>1ª búsqueda</b>	<b>2ª búsqueda</b>	<b>1ª búsqueda</b>	<b>2ª búsqueda</b>	<b>1ª búsqueda</b>	<b>2ª búsqueda</b>
	Sistemas AND seguridad AND medicamentos	Manual AND seguridad AND medicamentos AND enfermería	Sistemas AND seguridad AND úlceras AND presión	Úlceras AND presión AND prevención AND enfermería AND seguridad	Sistemas AND seguridad AND caídas	Caídas AND prevención AND enfermería AND actividades	Sistemas AND seguridad AND comunicación AND equipo	Estrategias AND comunicación AND interprofesional AND enfermería
	Sin límites	Sin límites	Sin límites	Sin límites	Sin límites	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	29R → 2S	4R → 0S	3R → 0S	24R → 1R	6R → 0S	12R → 1S	7R → 0S	2R → 0S
IME	<b>1ª búsqueda</b>	<b>2ª búsqueda</b>	<b>1ª búsqueda</b>	<b>2ª búsqueda</b>	<b>1ª búsqueda</b>	<b>2ª búsqueda</b>	<b>1ª búsqueda</b>	<b>2ª búsqueda</b>
	Sistemas de seguridad Y medicamentos	Medicamentos Y buenas prácticas	Seguridad Y úlceras por presión	Úlceras por presión Y actividades Y enfermería	Seguridad Y caídas	Caídas Y prevención Y enfermería	Seguridad Y comunicación en equipo	Comunicación interprofesional Y enfermería
	Sin límites	Sin límites	Sin límites	Sin límites	Sin límites	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	18R → 1S	3R → 0S	1R → 0S	4R → 0S	9R → 0S	4R → 0S	3R → 0S	2R → 0S
IBECS	<b>1ª búsqueda</b>	<b>2ª búsqueda</b>	<b>1ª búsqueda</b>	<b>2ª búsqueda</b>	<b>1ª búsqueda</b>	<b>2ª búsqueda</b>	<b>1ª búsqueda</b>	<b>2ª búsqueda</b>
	Sistemas AND seguridad AND medicamentos AND enfermería	Medicamentos AND administración AND seguridad AND enfermería AND actividades	Sistemas AND seguridad AND úlceras AND presión	Úlceras AND presión AND enfermería AND prevención AND actividades	Sistemas AND seguridad AND caídas	Caídas AND prevención AND actividades AND enfermería	Sistemas AND seguridad AND comunicación en equipo	Estrategias AND comunicación AND interprofesional
	Sin límites	Sin límites	Sin límites	Sin límites	Sin límites	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	2R → 0S	2R → 0S	2R → 0S	3R → 0S	7R → 0S	3R → 0S	12R → 0S	2R → 0S

Google Academico	1ª búsqueda	2ª búsqueda	1ª búsqueda	2ª búsqueda	1ª búsqueda	2ª búsqueda	1ª búsqueda	2ª búsqueda
	Sistemas de seguridad en medicamentos	Seguridad en administración de medicamentos en enfermería	Sistemas de seguridad en úlceras por presión	Prevención y actividades de enfermería en úlceras por presión	Sistemas de seguridad en caídas hospitalarias	Prevención y actividades de enfermería en caídas	Sistemas de seguridad en la comunicación en equipo	Estrategias de comunicación interprofesional en enfermería
	Límites: 2010-2018 Pág. en español Ordenar por relevancia 4 primeras páginas	Límites: 2010-2018 Pág. en español Ordenar por relevancia 4 primeras páginas	Límites: 2010-2018 Pag. en español Ordenar por relevancia 4 primeras paginas	Límites: 2010-2018 Pag. en español Ordenar por relevancia 4 primeras páginas	Límites: 2010-2018 Pag. en español Ordenar por relevancia 4 primeras páginas	Límites: 2010-2018 Pag. en español Ordenar por relevancia 4 primeras páginas	Límites: 2010-2018 Pag. en español Ordenar por relevancia 4 primeras páginas	Límites: 2010-2018 Pag. en español Ordenar por relevancia 4 primeras páginas
	15400R → 0S	15800R → 1S	13400R → 1S	4160R → 3S	15600R → 0S	8640R → 0S	18300R → 0S	1840R → 1S
Diario enfermero	1ª búsqueda "fármacos" "enfermeras" 1S							
Quality Improvement Division	1ª búsqueda "safety" 1S							
Health PEI	1ª búsqueda "falls" "medications" "safe" 1S							
Aplicaciones móviles sanitarias	1ª búsqueda 1S							
Bola de nieve	8S							
Documentos prestados	2							
R: Resultados obtenidos en la búsqueda. S: Artículos seleccionados Fuente: elaboración propia.								

## ANEXO 2. Búsqueda bibliográfica detallada.

### MEDICAMENTOS

Base de datos: Dialnet // Medicamentos			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería.	Silva Severino Lima F, Pimentel Gomes Souza N, Freire de Vasconcelos P, et al.	Enfermería global: Revista electrónica semestral de enfermería. 2014; 13(3): 293-325.	Revisión bibliográfica
Guía de prácticas seguras na asistencia sanitaria.	Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.	Xunta de Galicia, Conselleria de Sanidade, 2014. Edición 1.	Guía de prácticas seguras
Evaluación de los errores de medicación notificados antes y después de la implantación de un sistema informatizado de prescripción/validación /preparación/administración en oncohematología. Impacto sobre la calidad del proceso asistencial de seguridad de los pacientes.	Creus Baró N.	Deposit Digital de la Universitat de Barcelona. Tesis doctorals, 2014: <a href="http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/61169/1/NCB_TESIS.pdf">http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/61169/1/NCB_TESIS.pdf</a>	Tesis doctoral
Elaboración de un plan de seguridad en una unidad de gestión clínica del medicamento.	Sanchez Gomez E, Gonzalez Rivas L, Sanchez del Moral R.	Revista de calidad asistencial. 2010; 25(4): 223-227.	Artículo de investigación: observacional

Base de datos: Scielo // Medicamentos			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
Cuidado de enfermería y seguridad del paciente: visualizando la organización, acondicionamiento y distribución de medicamentos con método de investigación fotográfica.	Restrepo Vasquez A, Escobar Montoya J.	Rev. Latino-Am. Enfermagem 2010; 18(6):[10 pantallas].	Artículo de investigación; cualitativo-descriptivo

Apreciaciones de trabajadores de la salud sobre la implementación del sistema de seguridad en la utilización de medicamentos.	Restrepo Vásquez A, Escobar Montoya JI.	Universidad y Salud. Online. 2017; 19(1): 7-16.	Artículo de investigación; cuantitativo descriptivo
---	---	---	---

Base de datos: Cuiden // Medicamentos			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
Identificar distracciones en el proceso de administración de medicamentos garantiza una práctica segura.	Yamile Ramos D, Soto Lesmes V.	Av.enferm. -Col-. 2014; 32(1):44-52.	Artículo de investigación: descriptivo-observacional
Applicability of assistive innovations and technologies for patient safety: integrative review.	Ribeiro Feitosa Cestari V, Araripe Ferreira M, Santos Garces T, et al.	Cogitare Enferm. 2017; 22(3):e45480.	Revisión bibliográfica

Base de datos: IME // Medicamentos			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
Programa multidisciplinario de prevención de errores de medicación en un hospital.	Otero MJ, Codina C, Robles D.	Revista de Calidad Asistencial. 2005; 20(2): 79-89.	Revisión bibliográfica

Buscador: Google Academico // Medicamentos			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
Distracciones del profesional de enfermería en el proceso de administración de medicamentos en el hospital universitario fundacion santafe de bogota".	Ramos Castro DY.	Repositorio institucional: bdigital. Disponible en: <a href="http://www.bdigital.unal.edu.co/5060/1/Diana_YamileRamos_Castro_2011_pte._1.pdf">http://www.bdigital.unal.edu.co/5060/1/Diana_YamileRamos_Castro_2011_pte._1.pdf</a>	Tesis doctoral



Pagina web: Diario Enfermero			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
#StopErroresMedicación, una campaña del hospital Punta de Europa (Algeciras) para mejorar la seguridad en la preparación de fármacos	Diario Enfermero	Diario enfermero. Sanidad. Actualidad. Disponible en: <a href="http://diarioenfermero.es/stoperroresmedicacion-una-campana-del-hospital-punta-europa-algeciras-mejorar-la-seguridad-la-preparacion-farmacos/">http://diarioenfermero.es/stoperroresmedicacion-una-campana-del-hospital-punta-europa-algeciras-mejorar-la-seguridad-la-preparacion-farmacos/</a>	Página web sanitaria

Pagina web: Agencia de Calidad Sanitaria Andalucía			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
APP: Medicamento accesible Plus	Colegio Oficial de Farmacéuticos	Disponible en: <a href="https://play.google.com/store/apps/details?id=com.technosite.medicamentoaccesible&amp;hl=es">https://play.google.com/store/apps/details?id=com.technosite.medicamentoaccesible&amp;hl=es</a>	Página web

Artículos en bola de nieve			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
Innovative Approaches to Reducing Nurses' Distractions During Medication Administration.	Pape T, Guerra D, Muzquiz M, Bryant J, et al.	J Contin Educ Nurs. 2005; 36(3): 108-116.	Artículo de investigación: cuantitativo-descriptivo
Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.	Ministerio de la Protección Social. Bogota.	Biblioteca electrónica. Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina.	Guía de prácticas seguras

## ÚLCERAS POR PRESIÓN

Base de datos: Web of Science // UPP			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
Plan de atención integral de enfermería para el cuidado de personas con úlceras por presión.	Gonzalez Consuegra R, David Matiz-Vera G, Hernandez Martinez J, Xiomara Guzman-Carrillo L.	Revista de la Facultad de Medicina. 2014; 63(1): 69-80.	Revisión bibliográfica

Base de datos: Scopus // UPP			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
Effect of an inpatient nursing risk early warning and control system in Shanghai: A retrospective study of adverse events.	Qian W, Zhu X, Gong M, Tian M, Zeng L, Liu X, Zhang L, Shi Y.	International Journal of Nursing Sciences. 2015; 2(2): 190-194.	Artículo de investigación: observacional

Base de datos: Scielo // UPP			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
Úlceras por humedad: conocerlas mejor para poder prevenirlas.	Segovia Gomez T, Bermejo Martnez M, Garcia Alamino J	Gerokomos. 2012; 23(3): 137-140.	Artículo de investigación: descriptivo-observacional
Plan de mejora continua en prevención-tratamiento de úlceras por presión según el ciclo de Deming.	Paton Villar F, Fernandez-Lasquetty Blanc B, Hernandez Martinez A, Escot Higuera S, et al.	Gerokomos 2013; 24(3): 125-131.	Artículo de investigación: descriptivo-observacional

Base de datos: Cuiden // UPP			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
Estrategias de enfermería para prevenir lesiones de piel en personas con riesgo de padecerlas.	Gonzalez Consuegra V, Hernandez Sandoval Y, Matiz Vera G.	Rev Cubana Enfermer. 2017; 33(3).	Revisión bibliográfica

Buscador: Google Academico // UPP			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
Prevención de úlceras por presión: análisis de la implantación de una vía clínica en una unidad geriátrica de recuperación funcional.	Sarabia Lavin R.	RUA. Investigación. Tesis doctorales. Disponible en: <a href="https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/50218/1/tesis_sarabia_lavin.pdf">https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/50218/1/tesis_sarabia_lavin.pdf</a>	Tesis doctoral
Intervención de enfermería: Prevención úlceras por presión. En búsqueda de la mejor evidencia disponible.	Buergo Garcia O, Herrero Gomez AM, Sanz Muñoz ML	Revista enfermería. 2012; 4(2): 40-64.	Revisión bibliográfica
Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión.	Garcia Fernandez FP, Montalvo Cabrerizo M, Garcia Guerrero A, Pancorbo Hidalgo PL, et al.	Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía.	Guía de prácticas seguras
Prevención y cuidados en úlceras por presión. ¿Dónde estamos?	Hernandez Ortiz JA.	Gerokomos. 2009; 20(3)	Artículo de investigación: observacional

Artículos en bola de nieve			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
Manual de prevención e tratamiento de úlceras por presión.	Delgado Fernandez R, Perez Vazquez A, Rodriguez Iglesias FJ, Carregal Raño L, et al.	Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas. GNEAUPP. Biblioteca, guías, guías de práctica clínica acreditadas.	Guía de prácticas seguras
Guía para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Úlceras por Presión.	Martinez Angulo J, Baldeon Iñigo E, Jimenez Remiro C, Mata de la Cruz C, et al.	Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas. GNEAUPP. Biblioteca, guías, guías de úlceras por presión.	Guía de prácticas seguras
Guía de práctica clínica de enfermería: prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas.	Sanchez Lorente MM, Avila Acamer C, Boias Lopez J, Garcia Rambla L, et al.	Generalitat Valencia. Disponible en: <a href="http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.3305-2008.pdf">http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.3305-2008.pdf</a>	Guía de prácticas seguras

## CAÍDAS

Base de datos: Dialnet // Caídas			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
Ahora ya no caigo.	Gracia Ruiz M, Garrido Bartolomé A, Cano Moreno A, Cotino Cortes J, et al.	Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia. 2014; 105: 23-30.	Artículo de investigación: descriptivo

Base de datos: Scielo // Caídas			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
Nursing care mapping for patients at risk of falls in the Nursing <i>Interventions Classification</i> .	Freitas Luzia M, Abreu Almeida M, Fatima Lucena A.	Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2014; 48(4): 632-640.	Artículo de investigación: observacional
The implementation of a hospital's fall management protocol: results of a four-year follow-up.	Duarte Correa A, Braga Marques I, Martinez C, Santesso Laurino P, et al.	Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2012; 46(1): 67-74.	Artículo de investigación: descriptivo-observacional

Base de datos: Pubmed // Caídas			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
Development and feasibility of falls prevention advice.	Harten-Krowel D, Schuurmans M, Emmelot-Vonk M, Pel-Little R.	J Clin Nurs. 2011; 20(19-20): 2761-76.	Artículo de investigación: observacional

Base de datos: Cuiden // Caídas			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
Aplicación de las actividades de la intervención de enfermería Prevención de caídas en adultos hospitalizados.	Hernandez Herrera D, Aguilera Elizarráz N, Vega Argote M, et al.	Enferm Universitaria -Mex-. 2017; 14(2):118-123.	Artículo de investigación: cuantitativo-descriptivo

Pagina web: Health PEI			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
Cruz de seguridad	Health PEI	Health PEI. Disponible en: <a href="http://www.gov.pe.ca/photos/original/src_leanwstycro.pdf">http://www.gov.pe. ca/photos/ original/ src_leanwstycro. pdf</a>	Página web sanitaria

Artículos en bola de nieve			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
Protocolo de caídas	Geriatricos.org	Geriatricos.org. Disponible en: <a href="http://www.geriatricos.org/gestion/protocolos/caidas.pdf">http:// www.geriatricos.org /gestion/protocolos /caidas.pdf</a>	Protocolo
Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería: Prevención de caídas de pacientes ingresados.	Ablanedo Suarez JM, Diaz Alonso JM, Fernandez Florez MR, Fernandez García C, et al.	AsturSalud. Seguridad del paciente.	Guía de prácticas seguras
Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el sistema sanitario público de Andalucía.	Muñoz Conde M, Aguiar Garcia F, Negueruela Ceballos B, Mora Banderas AM, et al.	Junta de Andalucía. Disponible en: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/procedimiento_caidas.pdf">http:// www.juntadeandalucia.es /export/drupaljda /procedimiento_ caidas .pdf</a>	Estrategia de prevención y actuación.

## COMUNICACIÓN

Base de datos: Dialnet // Comunicación			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
La comunicación interprofesional desde la cultura organizacional de la enfermería asistencial.	Lucas García C, Gomez García C, Antón Hurtado J.	Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades. 2011; 31: 85-92.	Artículo de investigación: cualitativo-descriptivo

Base de datos: Web of Science // Comunicación			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
Teamwork in a Coronary Care Unit: facilitating and hindering aspects.	Ferrerire Goulart B, Henriques Camelo S, Lucia de Assis Simoes A, Dias Pedreschi Chaves L.	Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2016; 50(3): 479-486.	Artículo de investigación: cualitativo-descriptivo

Buscador: Google Academico // Comunicación			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
Incorporación de reuniones Briefing como herramienta de mejora de la comunicación interprofesional en la unidad de trasplante renal.	Lopez Sanchez T, Perez Doctor M, Zambrana Hervas J, Amoedo Cabrera ML, et al.	Enferm Nefrol . 2013; 16(1)	Artículo de investigación: observacional

Pagina web: Quality Improvement Division			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
"Quality and Safety. Walk-rounds". Rondas de seguridad	Quality Improvement Division	Quality Improvement Division. Disponible en: <a href="https://www.hse.ie/eng/about/who/qid/governancequality/qswalkrounds/quality-and-safety-walk-rounds-a-co-designed-approach-toolkit-and-case-study-report.pdf">https://www.hse.ie/eng/about/who/qid/governancequality/qswalkrounds/quality-and-safety-walk-rounds-a-co-designed-approach-toolkit-and-case-study-report.pdf</a>	Pagina web sanitaria

Documentos prestados			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
“Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el sistema sanitario público de Andalucía : procedimiento general de identificación de pacientes”	Fernandez Moya G, Mora Banderas A, Muñoz Alonso A, Núñez Montenegro A, et al.	Junta de Andalucía. Disponible en: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/practicas_seguras/procedimiento_identificacion_pacientes.pdf">http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/practicas_seguras/procedimiento_identificacion_pacientes.pdf</a>	Estrategia de prevención y actuación
SBAR. Estrategia de Comunicación	Comisión de Seguridad del Paciente de Andalucía.	Junta de Andalucía. Disponible en: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/practicas_seguras/SBAR_Costa_Sol.pdf">http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/practicas_seguras/SBAR_Costa_Sol.pdf</a>	Estrategia de prevención y actuación.

### ANEXO 3. Búsqueda y selección de artículos de la propuesta de trabajo.

#### MEDICAMENTOS

Base de datos: Dialnet // Medicamentos			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
Elaboración de un plan de seguridad en una unidad de gestión clínica del medicamento.	Sanchez Gomez E, Gonzalez Rivas L, Sanchez del Moral R.	Revista de calidad asistencial. 2010; 25(4): 223-227.	Artículo de investigación: observacional

Pagina web: Diario Enfermero			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
#StopErroresMedicación, una campaña del hospital Punta de Europa (Algeciras) para mejorar la seguridad en la preparación de fármacos	Diario Enfermero	Diario enfermero. Sanidad. Actualidad. Disponible en: <a href="http://diarioenfermero.es/stoperroresmedicacion-una-campana-del-hospital-punta-europa-algeciras-mejorar-la-seguridad-la-preparacion-farmacos/">http://diarioenfermero.es/stoperroresmedicacion-una-campana-del-hospital-punta-europa-algeciras-mejorar-la-seguridad-la-preparacion-farmacos/</a>	Página web sanitaria

Pagina web: Agencia de Calidad Sanitaria Andalucía			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
APP: Medicamento accesible Plus	Colegio Oficial de Farmacéuticos	Disponible en: <a href="https://play.google.com/store/apps/details?id=com.technosite.medicamentoaccesible&amp;hl=es">https://play.google.com/store/apps/details?id=com.technosite.medicamentoaccesible&amp;hl=es</a>	Página web

Artículos en bola de nieve			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
Innovative Approaches to Reducing Nurses' Distractions During Medication Administration.	Pape T, Guerra D, Muzquiz M, Bryant J, et al.	J Contin Educ Nurs. 2005; 36(3): 108-116.	Artículo de investigación: cuantitativo-descriptivo
Herramientas para promover la estrategia de la	Ministerio de la Protección Social.	Biblioteca electrónica. Universidad de	Guía de prácticas seguras



seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.	Bogota.	Antioquia. Facultad de Medicina.	
---	---------	----------------------------------	--

## UPP

Base de datos: Scopus // UPP			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
Effect of an inpatient nursing risk early warning and control system in Shanghai: A retrospective study of adverse events.	Qian W, Zhu X, Gong M, Tian M, Zeng L, Liu X, Zhang L, Shi Y.	International Journal of Nursing Sciences. 2015; 2(2): 190-194.	Artículo de investigación: observacional

Base de datos: Cuiden // UPP			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
Estrategias de enfermería para prevenir lesiones de piel en personas con riesgo de padecerlas.	Gonzalez Consuegra V, Hernandez Sandoval Y, Matiz Vera G.	Rev Cubana Enfermer. 2017; 33(3).	Revisión bibliográfica

## CAÍDAS

Pagina web: Health PEI			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
Cruz de seguridad	Health PEI	Health PEI. Disponible en: <a href="http://www.gov.pe.ca/photos/original/src_leanwstycro.pdf">http://www.gov.pe.ca/photos/original/src_leanwstycro.pdf</a>	Página web sanitaria

## COMUNICACIÓN

Buscador: Google Academico // Comunicación			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
Incorporación de reuniones Briefing como herramienta de mejora de la comunicación interprofesional en la unidad de trasplante renal.	Lopez Sanchez T, Perez Doctor M, Zambrana Hervas J, Amoedo Cabrera ML, et al.	Enferm Nefrol . 2013; 16(1)	Artículo de investigación: observacional

Pagina web: Quality Improvement Division			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
"Quality and Safety. Walk-rounds". Rondas de seguridad	Quality Improvement Division	Quality Improvement Division. Disponible en: <a href="https://www.hse.ie/eng/about/who/qid/governancequality/qswalkrounds/quality-and-safety-walk-rounds-a-co-designed-approach-toolkit-and-case-study-report.pdf">https:// www.hse.ie/ eng/about/who/ qid/governancequality/ qswalkrounds/ quality-and-safety-walk-rounds-a -co- designed-approach-toolkit -and-case-study- report.pdf</a>	Pagina web sanitaria

Documentos prestados			
Título	Autor	Referencia	Tipo de documento
SBAR. Estrategia de Comunicación	Comisión de Seguridad del Paciente de Andalucía.	Junta de Andalucía. Disponible en: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/ practicas_seguras/ SBAR_Costa_Sol.pdf">http://www.juntadeandalucia.es/ agenciadecalidadsanitaria/ observatorioseguridadpaciente/ gestor/sites/PortalObservatorio/es/ galerias/descargas/ practicas_seguras/ SBAR_Costa_Sol.pdf</a>	Estrategia de prevención y actuación.

