

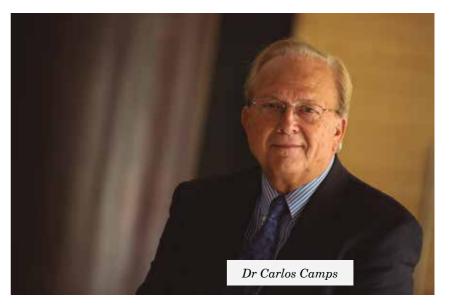
os últimos avances científicos y los casos de éxito en la cura del cáncer y otras enfermedades prevalentes, las prometedoras vacunas contra el VIH o la Hepatitis C, la medicina personalizada y el nuevo abordaje multidisciplinar de las enfermedades centran gran parte de los contenidos de salud de los medios de comunicación. Pero, hay aspectos que suelen pasar más desapercibidos entre la comunidad científica y que además pueden afectar gravemente la salud del paciente y poner en riesgo su vida. ¿Cómo hay que enfocar el dolor crónico? ¿Qué medidas de seguridad deberían implantarse en los hospitales para evitar posibles infecciones en pacientes? ¿Cuáles son las causas que llevan a muchos enfermos hospitalizados sufrir graves problemas de desnutrición? En este artículo, trataremos de dar visibilidad a todos estos aspectos que hoy en día suponen un grave problema de salud pública y que a su vez implican un elevado gasto sociosanitario.

#### El dolor

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia con frecuencia a una lesión presente o potencial que se expresa como si ésta existiera. Su presencia dentro de un proceso oncológico es variable, según admite la Sociedad Española del Dolor, pero suele ser el síntoma principal del 40% de los afectados por cáncer en tratamiento y el 75% que sufre una enfermedad en estado avanzado. Es necesario, por lo tanto, potenciar los cuidados paliativos e introducir unidades especializadas en dolor en los hospitales, clínicas y centros de salud de nuestro país.

En Atención Primaria, el dolor es la segunda causa de consulta y más del 50% de las éstas están relacionadas con el dolor crónico en la se encuentran involucradas vertientes fisiológicas, bioquímicas, psicosociales, morales y del comportamiento.

Recientemente, especialistas en este tema han debatido cómo abordar el dolor en el sistema sanitario español, en el V Encuentro Interautonómico organizado por la Plataforma SinDolor y la Sociedad Española del Dolor (SED). "Es sabido que el dolor es un problema de salud cuyo abordaje resulta prioritario pro su frecuencia y repercusión, así como por la variabilidad asociada a su manejo y el consiguiente impacto en los resultados en la salud y calidad de vida del paciente", apuntaba el Doctor Juan Pérez Cajaraville, miembro del a Junta Directiva de la SED. Como así aseguró durante el congreso, en España se han establecido un conjunto de objetivos y recomendaciones para el SNS que permitirán orientar la organización de los servicios hacia una mejora de la salud y hacia una atención integral dentro de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad. Entre estos proyectos se incluye el desarrollo de un Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el Sistema Nacional de Salud. Por su parte, el secretario de la Sociedad Española del Dolor (SED), el doctor Víctor Mayoral, reclama una formación específica en el tratamiento del dolor, "todavía queda mucho por hacer: el dolor crónico es muy prevalente, lo sufre alrededor del 17% de la población, y merma la calidad de vida de una manera notable. Debemos insistir en mejorar y articular definitivamente la formación pregrado y especializada".



### Formación en dolor oncológico

En 2008 un grupo de oncólogos españoles especializados en distintos tipos de tumores comenzó a reunirse, primero de manera puntual y después más periódica, para intercambiar experiencias e inquietudes acerca de la situación de la oncología en España. "Estas reuniones fueron el germen de la Fundació ECO (Excelencia y Calidad de la Oncología) que se constituyó formalmente en 2009 y en de la que hoy forman parte los jefes del servicio de oncología de los principales hospitales españoles como patronos, y como miembros adheridos, profesionales de reconocido prestigio en cuencas de la salud", explica Carlos Camps, director de Programas Científicos de la Fundació ECO y jefe del servicio de Oncología Médica y del Laboratorio de Oncología Molecular del Hospital General Universitario de Valencia. Esta Fundación ha sido la impulsora del denominado "Proyecto QOPI", al que se suman 12 hospitales y que pone de manifiesto el alto nivel asistencial ofrecido por los centros hospitalarios españoles en cáncer. "Este proyecto permite a los hospitales conocer su nivel de excelencia en cuanto a la asistencia en oncología según los criterios por los que se rigen los hospitales estadounidenses referentes en el tratamiento



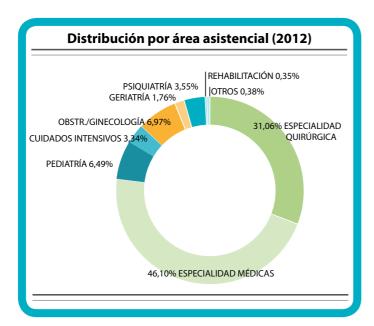
#### ANÁLISIS

del cáncer, mediante los estándares definidos por la Sociedad Americana de Oncología", explica Campos, quien asegura que los resultados han sido muy gratificantes, "la puntuación media de los hospitales ha sido de notable. Acabamos de iniciar una segunda oleada en la que se han inscrito otros 15 servicios de oncología". El Doctor Camps hace hincapié en la importancia de formar al personal sanitaria en la evaluación del dolor, "el dolor debe ser la quinta constante en nuestros hospitales, los médicos tienen que estar entrenados en las terapias antiálgicas". A pesar del largo camino por recorrer en el abordaje del dolor, ha habido cambios importantes "en la ambulatorización de los procesos, la complejidad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, la imprescindible multidiscilinariedad del proceso oncológico y la integración de los procedimientos diagnósticos moleculares en la práctica asistencial".

#### Humanizar la asistencia sanitaria

La Comunidad de Madrid cuenta con un grupo de expertos que trabajan en el Plan Estratégico de Humanización de la Asistencia Sanitaria con el propósito de ofrecer a los ciudadanos unos servicios en salud cercanos que, sin aminorar su calidad científico-técnica, pongan en valor la dimensión humana de la atención.

Hablamos con **Julio Zarco**, Director General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria, quien nos describe con más detalle a quién se dirige y cuáles son los objetivos de este programa. "Está dirigido a pacientes, familiares, ciudadanos y profesionales de la salud. Asimismo, alcanza todos los ámbitos asistenciales (hospitales, centros de atención primaria, centros de especialidades, SUMMA 112, salud mental y servicios centrales). En él se abordan momentos clave de la asistencia como la acogida y despedida, el inicio y final de vida, prestándose atención específica al momento del duelo. Asimismo, el plan incluye una escuela de salud que, bajo un enfoque biosicosocial y mediante formación de formadores, pretende capacitar a los pacientes y ciudadanos para mejorar sus autocuidados y autogestionar la salud". Se trata, en definitiva, de humanizar el ámbito sanitario y situar al paciente como verdadero centro del Sistema Nacional de la Salud. Por todo ello, Zarco considera necesario que las administraciones tomen en consideración las enfermedades crónicas en la implantación de sus políticas públicas. "Es importante la planificación de actuaciones que contemplen mejoras en salud controlando el gasto; de este modo, cobran gran relevancia las intervenciones



## Prevalencia de infección nosocomial en Europa (2012) %

Austria	4,2
Bélgica	6,3
Bulgaria	3,5
Croacia	4,9
Chipre	3,1
República Checa	4
Dinamarca	5,3
Estonia	4,4
Finlandia	3,9
Francia	2,7
Alemania	3,5
Grecia	3,7
Hungría	4,2
Islandia	10,3
Irlanda	3,2
Italia	3,9
Letonia	1,5
Lituania	2,6
Luxemburgo	3,6
Malta	2,3
Países Bajos	4,3
Noruega	2,2
Polonia	4,2
Portugal	7,9
Rumanía	1,4
Eslovaquia	3
Eslovenia	4,2
España	5,7
Suecia	5,2
GB-Inglaterra	2,2
GB-Irlanda del	2,3
GB-Escocia	2,7
GB-Gales	2,4
Europa	3,5

Fuente: datos de ECDC-EPPS 2011-201

### Prevalencia de IN según área asistencial (2012)

Cuidados Intensivos	26,8%
Rehabilitación	7,14%
Especialidades quirúrgicas	6,62%
Geriatría	5,69%
Especialidades médicas	4,59%
Pediatría	4,58%
Obstreticia/Ginecología	0,96%
Psiquiatría	0,89%

#### **ANÁLISIS**

Prevalencia	de las infecciones no	socomiales (2012)
I I C V di Cii Cia	ac las lillectiones no	

Origen de las infecciones nosocomiales	Número de infecciones	Número de pacientes con	%	Prevalencia de pacientes con infección %
Inf.nosocomiales importadas o existentes al ingreso	1.081	1.035	25,26	1,92
adquiridas en un ingreso anterior	689	659	16,08	1,22
adquiridas en otro hospital	320	305	7,44	0,57
de origen desconocido	72	71	1,73	0,13
Infección nosocomial de origen desconocido	88	88	2,15	0,16
Infección nosocomial adquirida en el presente ingreso	3.367	3.018	73,66	5,61

"El dolor crónico es muy prevalente, lo sufre alrededor del 17% de la población, y merma la calidad de vida de una manera notable"

para el abordaje de problemas de salud que tienen un gran impacto en la utilización de los servicios como son las estrategias de atención a la cronicidad – manifiesta Zarco-, "en este aspecto es fundamental el papel de la Atención Primaria y la coordinación con la atención hospitalaria, asegurando la continuidad asistencial y la gestión eficiente de los recursos", añade.

## Coordinación sociosanitaria

Fuente: datos del informe EPINE-EPPS 2012

Sin duda, para alcanzar estos objetivos es necesaria la coordinación sociosanitaria mediante actuaciones como la identificación y registro único de los casos, así como el desarrollo de procesos de atención integral. "Esta coordinación permitiría el seguimiento proactivo del paciente en la comunidad y en su domicilio, incorporando acciones e intervenciones planificadas y coordinadas entre los profesionales de equipos multidisciplinares sociosanitarios. Esta ruta integral sociosanitaria permitiría un tránsito fluido desde el ámbito sanitario al social y viceversa, evitando estancias en centros hospitalarios de agudos en momentos en los que se precisa la prestación de una asistencia sanitaria en un centro residencial", explica Zarco. Una de las prioridades de este plan es la mejora de la atención al dolor. Por ello, se ha creado un comité de atención al dolor en todos los hospitales, en el que participan unos 400 profesio-

nales y desde los que se están impulsando diferentes líneas de trabajo desde un enfoque transversal y multidisciplinar.

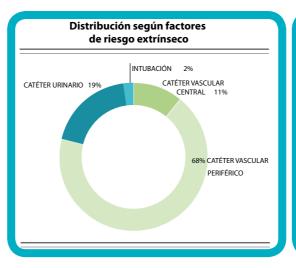
# La seguridad del paciente

La revista Time publicaba recientemente que en Estados Unidos se producen alrededor de 440.000 muertes evitables en los hospitales cada año por errores médicos. Según un estudio del *Journal of Patient Safety*, una de cada seis

muertes ocurridas en Estados Unidos podría prevenirse. Entre los varios estudios relacionados con este tema se concluye que muchas de las causas de muertes por hospitalización suelen ser errores de comunicación, fallo en el diagnóstico o errores de omisión. Según otro estudio, en este caso publicado por la revista científica *British Medical Journal*, los errores médicos en Estados Unidos ya suponen la tercera causa de muerte tras las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, registrando cerca de 250.000 fallecimientos cada año.

Los errores de medicación son frecuentes en hospitales y centros de Atención Primaria de nuestro país. Para prevenirlos y evitarlos, el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos ha elaborado una lista donde se recogen algunos ejemplos de errores y se analizan sus posibles causas.

-Errores al ingreso hospitalario: La falta de revisión de la toma de medicación en el domicilio del paciente cuando ingresa o de la conciliación de la misma con la medicación prescrita en el hospital dan lugar a errores de omisión de algún fármaco necesario que el paciente estaba tomando. A veces, también se producen retrasos u omisiones en la administración de algunas dosis de un medicamento habitual del paciente, si su toma no está incluida en la guía farmacoterapéutica del centro hospitalario.



Factor intrínseco			
Coma	19,96%		
Úlcera por presión	17%		
Neutropenia	16%		
Hipoalbuminemia	14%		
Inmunodeficiencia	11%		
Neoplastia	9%		
Cirossis	9%		
IRC	9,15%		
Diabetes	8%		
EPOC	7%		

#### -Errores en la prescripción

La mayoría de los errores por omisión originarios en la prsecripción ocurren por lapsus u olvidos en la prescripción de un medicamentos necesario para el paciente. Este tipo de errores surgen cuando se precisa modificar un tratamiento o cuando se tiene que interrumpir temporalmente antes de un procedimiento quirúrgico y no se concilia adecuadamente la medicación en el periodo perioperatorio. Otras notificaciones registradas describen errores en el manejo del programa de prescripción electrónica. Asimismo, algunos defectos en la configuración de los programas informáticos pueden dar lugar a fallos en la transmisión de las prescripciones al sistema de farmacia y/o a la hoja de administración electrónica de enfermería (eMAR).

## -Errores en la transcripción y dispensación en el servicio de farmacia

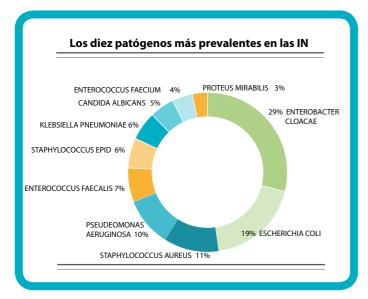
La mayoría de los errores que se producen en este proceso se deben a que las prescripciones no se han transcrito y validado en el sistema informático de farmacia o se ha retrasado la validación.

#### -Errores en la administración

Suelen ser bastante frecuentes. Un amplio abanico de causas, factores y situaciones dan lugar a estos incidentes. Uno de los motivos más habituales es la falta de disponibilidad de la medicación en la unidad. Otras veces el fármaco no se ha transcrito a la hoja manual de la administración de la enfermería, que es un componente fundamental para realizar correctamente el proceso de administración, o incluso esta hoja no se ha impreso en su totalidad o se ha extraviado. Otro error dentro de este subgrupo se produce cuando el sistema de infusión no se conecta o se bloquea, cuando no se inicia la programación o cuando se detiene la bomba de infusión.

#### -Errores en el traspaso de los pacientes

Los traslados del paciente a otra unidad dentro del centro o las ausencias temporales del paciente de la unidad para la realización de una prueba diagnóstica pueden contribuir a que se produzcan retrasos u omisiones de las dosis. Otros errores comunicados señalan como otra causa la existencia de defectos en la configuración del sistema de prescripción electrónica que conducen a que cuando un paciente es trasladado de una unidad a otra no



aparezcan los medicamentos en la eMAR de la nueva unidad, por lo que se omite su administración.

#### -Errores en el alta hospitalaria

Si los pacientes son dados de alta del hospital sin disponer del informe de alta con la lista completa de la medicación que deben tomar, las rectas e informes correspondientes y la medicación suficiente para poder continuar el tratamiento hasta que lo consigan de forma ambulatoria, el resigo de que se retrase el tratamiento o que dejen de tomar algunas dosis es elevado. Este riesgo se incrementa cuando el paciente precisa algún medicamento que requiera visado o sea de dispensación especial, y no se le haya informado convenientemente.

### Las infecciones hospitalarias

A tenor de Fenin, la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, uno de cada 15 pacientes hospitalizados en España padece una Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria (IRA). Asimismo, más de 3.000 personas en España fallecen al año como consecuencia de las IRAS, siendo entre el 30% y el 70% de éstas evitables. En este contexto, Enrique Álvarez, presidente de Fenin, señalaba recientemente que "los datos sobre la incidencia, efectos y costes de las IRAS son tremendamente impactantes en sí mismos y eliminan de raíz el debate acerca de la necesidad de implantar medidas efectivas al respecto. De hecho, el 95% de los profesionales y gestores sanitarios consideran que el control de las infecciones adquiridas en el entorno sanitario debe ser una de las cinco prioridades de los sistemas sanitarios". En concreto, la federación de tecnología sanitaria sitúa las infecciones nosocomiales y los problemas derivados de la medicación como los dos eventos adversos más frecuentes, estrechamente ligados a los procedimientos invasivos más complejos o a los servicios críticos y quirúrgicos. A toda esta grave problemática hay que añadir el sobrecoste económico y humano que causan las IRAS; las estancias hospitalarias adicionales por las IRAS suponen en nuestro país un coste de 700 millones de euros.

Con el horizonte de 2020, los responsables de este plan están convencidos de que es posible conseguir una reducción del 30% de las IRAS más importantes en unos años. El plan profundiza en cada una de las líneas estratégicas y objetivos de estas dos perspectivas, proponiendo actuaciones concretas en cada ámbito y señalando buenas prácticas a incorporar procedentes de diferentes entornos, así como ejemplos de indicadores para su control y seguimiento.

## Tecnología para la prevención y control

Entre un 30 y un 70% de las diferentes infecciones nosocomiales son evitables mediante un conjunto de medidas de prevención y control. En este contexto, la tecnología juega un papel muy importante a la hora de prevenirlas. Su aportación es significativa, por ejemplo, en las técnicas rápidas de detección precoz de la infección por SARM y otros microorganismos resistentes; en el incremento de la protección en los procedimientos mediante dispositivos más seguros por su grado de simplicidad y disponibilidad de mecanismos barrera, así como otras innovaciones eficaces como sistemas integrados cerrados; protección de

#### **ANÁLISIS**

puntos e inserción de catéteres centrales mediante apósitos impregnados de clorhexidina; o monitorización de la limpieza en el hospital mediante tecnologías innovadoras como el uso de Adenosín Trifosfato (ATP), etc.

Cómo se subraya en el informe "Higiene Hospitalaria: retos y perspectivas de la limpieza y desinfección en la calidad asistencial y seguridad del paciente", las IRAS constituyen una de las principales preocupaciones y retos a afrontar por parte de centros asistenciales hoy en día. El uso desmesurado de antibióticos y las resistencias adquiridas por los microorganismos multirresistentes complican aún más este problema. (gráfica Epine ). Las nuevas tecnologías en desinfección han ido apareciendo en los últimos años compartiendo sinergias con otros métodos tradicionales que todavía se emplean en los hospitales. Por ejemplo, las lámparas de mercurio se han empleado tradicionalmente para el tratamiento y desinfección de las aguas residuales y la desinfección del aire. Sin embargo, están proliferando las tecnologías que emplean lámparas de vapor de mercurio que emiten luz ultravioleta C para la desinfección de espacios hospitalarios.

### **Proyectos Zero**

Liderado por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), estos proyectos (Bacteriemia Zero, Neumonía Zero y Resistencia Zero) tiene como objetivo la disminución del número de infecciones que algunos pacientes en estado grave desarrollan por el mero hecho de experimentar una estancia hospitalaria en una unidad de cuidados intensivos, así como reducir la resistencia de los microorganismos a los efectos de los antibióticos. En los últimos tres años, los éxitos conseguidos se empiezan a traducir en datos. El proyecto Bacteriemia Zero ha disminuido los casos de infección por uso de catéteres de 5,05 casos por cada 1.000 días de uso, a 2,42 casos. Por su parte, Neumonía Zero ha reducido la tasa de neumonías contraídas por el uso de la respiración asistida de 14,9 a 4,23 casos por cada 1.000 días. Y el proyecto Resistencia Zero ha logrado rebajar los casos de infecciones protagonizadas por bacterias multirresistentes a

los antibióticos (BMR) de una tasa de 10,25 a 6,17 pacientes por cada 1.000 días de estancia en UCI.

### El papel del farmacéutico hospitalario

Recientemente, la Fundación para la Investigación en Salud (FUINSA) y con la colaboración de la SEFH (Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria) organizaron una jornada sobre antibioterapia y el papel del farmacéutico de hospital en que se analizó un problema actual que tiene un gran impacto clínico: 3.000 muertes en España al año por infecciones en hospitales.

La necesidad de nuevos antibióticos para evitar las multirresistencias, la importancia clínica de las infecciones adquiridas en el hospital (nosocomiales) y de disponer de nuevas alternativas terapéuticas para que el paciente permanezca menos días en el hospital centraron dicha jornada. **Alfonso Moreno**, presidente de FUINSA, insistió en que "hoy tenemos más infecciones y menos recursos. Hemos tenido un período de escasez de nuevos antimicrobianos que ha durado prácticamente 10 años, por lo que resulta necesario un cambio en este sentido".

Por su parte, el **Dr. Jordi Nicolás** quiso incidir en que "el tratamiento con antibióticos requiere un conocimiento experto que debe canalizarse mediante la ejecución de programas específicos, en la que resulta fundamental el trabajo de los profesionales de la Farmacia Hospitalaria, dentro de un equipo multidisciplinar". Por su parte, el **Dr. Javier Cobo**, del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, afirmó que "las infecciones adquiridas en el hospital son hoy un problema sanitario de enorme magnitud, agravado por las resistencias bacterianas. Para combatirlo, es necesario invertir recursos en prevención y proporcionar una respuesta médica adecuada, evitando el mal uso que, con frecuencia, se hace de los antibióticos".

## La desnutrición hospitalaria

En nuestro país, la prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados se sitúa entre el 30% y el 50%, y aumenta a medida que se prolonga la estancia. Esto supone un gasto extra

Val	loración	nutricion	al según inc	dice de masa	corporal

Valoración nutricional	OMS	SEEDO	Ancianos
Desnutrición grave			< 16 kg/m2
Desnutrición moderada			16-16,9 kg/m2
Desnutrición leve			17-18,4 kg/m2
Peso insuficiente	<18,5 kg/m2	<18,5 kg/m2	18,5-22 kg/m2
Nomopeso	18,5-24,9 kg/m2	18,5-21,9 kg/m2	22-27 kg/m2
Riesgo de sobrepeso		22-24,9 kg/m2	
Sobrepeso	25-29,9 kg/m2	25-26,9 kg/m2	27-29,9 kg/m2
Sobrepeso grado II (preobesidad)		27-29,9 kg/m2	
Obesidad grado I	30-34,9 kg/m2	30-34,9 kg/m2	30,34,9 kg/m2
Obesidad grado II	35-39,9 kg/m2	35-39,9 kg/m2	35-39,9 kg/m2
Obesidad grado III	<-40 kg/m2	40-49,9 kg/m2	40-49,9 kg/m2
Obesidad grado IV (extrema)		>-50kg/m2	>50kg/m2

"La prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados se sitúa entre el 30% y el 50%"

hospitalario que oscila entre los 900 y los 1.700 millones de euros anuales de las arcas de la sanidad pública española. Un estudio de Nutrición Hospitalaria, coordinado por la experta **Rosa Burgos**, coordinadora de la Unidad de Soporte Nutricional del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona, una de las principales causas de desnutrición en la enefrmedad es el aporte energético-proteico insuficiente por diferentes factores: anorexia, náuseas, vómitos, alteraciones del gusto, dificultades para comer o tragar, dietas restrictivas, problemas en la obtención o la preparación de comida. Asimismo, también existen factores sociales como al soledad, falta de recursos o aislamiento.

Ante estos datos preocupantes, un total de 22 entidades científicas crearon en 2011 un documento de consenso para ofrecer recomendaciones concretas sobre el abordaje de la desnutrición hospitalaria en España. Este documento contiene algunos datos del estudio PREDYCES (Prevalencia de la Desnutrición Hospitalaria y Costes Asociados en España), elaborado por la SENPE (Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral). En este informe (elaborado bajo criterios de test cribado NRS 2002) aparecen datos muy representativos de la población española hospitalizada,

como que la prevalencia de desnutrición aumenta hasta el 37% en personas mayores de 70 años, afectando sobre todo a pacientes con patologías neoplásicas (35%), del sistema cardiocirculatorio (29%) y respiratorias (28%). Los analistas de este estudio también observaron como el coste se multiplicaba por dos en pacientes desnutridos (de 6.408 euros a 12.237 euros).

Ante este problema, un grupo de expertos han elaborado un consenso multidisciplinar sobre el abordaje de la desnutrición hospitalaria en España, promovido por SENPE. En el informe han elaborado un seguido de recomendaciones enfocadas a su prevención y manejo. Entre los aspectos previos al ingreso hospitalario, aconsejan un cribado en el ámbito de atención primaria, en centros geriátricos y una valoración del estado nutricional en aquellos pacientes con cribados positivos. En el momento del ingreso, es necesario la realización de un cribado en las primeras 24-48 horas para detectar la desnutrición de forma precoz. Entre las recomendaciones durante el ingreso, los pacientes ingresados con cribado nutricional inicial negativo deben reevaluarse con una frecuencia que dependerá del a enfermedad del paciente y el riesgo nutricional.

Fuente: datos del informe EPINE-EPPS 2012

## Prácticas seguras recomendadas por NQF PSP for better healthcare (2010)

- . Higiene de manos
- . Medicamentos de alto riesgo
- . Cirugía segura
- . BRC
- . ITU por catéter
- . Infección quirúrgica
- . NVM
- . Cultura seguridad
- . Dispositivos médicos
- . Consentimiento informado
- . Transición asistencial
- . RAM
- . UPP
- . Caídas
- . Trombosis venosa
- . Radiaciones ionizantes en pediatría

## Prácticas seguras recomendadas por AHRQ Evidence for PSP (2013)

- . Higiene de manos
- . Coinciliación de la medicación
- . Medicamentos de alto riesgo
- . Cirugía segura
- . BRC
- . ITU por catéter
- . NVM
- . Cultura seguridad
- . Dispositivos médicos
- . Transición asistencial
- . UPP
- . Caídas
- . Implicación pacinetes/cuidadores

## Prácticas seguras recomendadas por JC National PS goals (2014)

- . Higiene de manos
- . Coinciliación de la medicación
- . Cirugía segura
- . BRC
- . ITU por catéter
- . Infección guirúrgica
- . Identificación
- . Comunicación

Prácticas seguras recomendadas por OMS. Soluciones en seguridad para el paciente

- . Higiene de manos
- . Coinciliación de la medicación
- . Medicamentos de alto riesgo

(soluciones concnetradas de electrolitos)

- . Cirugía segura
- . Identificación
- . Transición asistencial
- . Medicamentos con nombres parecidos