



**INSTITUTO MARILLAC I. A. P.
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 3033-12**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS DE LA CRUZ
ROJA MEXICANA DEL TURNO MATUTINO, VESPERTINO Y
NOCTURNO DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN,
URGENCIAS, QUIRÓFANO Y TERAPIA INTENSIVA SOBRE LAS
METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTAN:

DOMINGUEZ SALGADO MARIA CELIA

MARTÍNEZ GONZÁLEZ MARTHA GUADALUPE

**ASESOR METODOLÓGICO:
LIC. JOVITA GENERA ARIAS CALLA**

CIUDAD DE MÉXICO. AGOSTO DEL 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

LIC. BLANCA ISELA LÓPEZ LEIJA

DIRECTORA GENERAL
INSTITUTO MARILLAC I. A. P.

LIC. MARÍA CRUZ SOTELO BADILLO

DIRECTORA TÉCNICA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO MARILLAC I. A. P.

LIC. JOVITA GENARA ARIAS CALLA

ASESORA DE TESIS

LIC. DELIA ESPINOZA RIOJA

PROFESORA
DEL INSTITUTO MARILLAC I. A. P.

DEDICATORIA

Queremos dedicarle este trabajo a Dios Nuestro Señor que nos ha dado la vida y fortaleza para terminar este proyecto de vida.

A cada una de nuestra familia, por ser el pilar más importante en nuestra carrera por demostrarnos día a día su cariño, amor y apoyo incondicional por estar ahí cuando más los necesitamos dándonos siempre palabras sabias para seguir siempre adelante y jamás rendirnos, por ellos somos lo que ahora somos .

AGRADECIMIENTO

A la Licenciada Rosa Irma, quien nos abrió las puertas de la Institución para la realización de nuestro proyecto permitiéndonos descifrar y conocer los misterios que se encontraban en ella.

Dándonos fuerza y esperanza para seguir adelante y así poder concluir nuestra tesis.

Este trabajo fue realizado en la Cruz Roja Mexicana, Institución a la que debemos nuestra formación en el área de Investigación.

Agradecemos a la vida por ser tan fenomenal.

.

ÍNDICE

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

Introducción.....	1
Planteamiento del problema.....	3
Justificación.....	4
Objetivos.....	5
Hipótesis.....	7

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

Conceptualización.....	8
Antecedentes de las metas internacionales de seguridad del paciente.....	10
Estándares de Certificación.....	12
Modelo Administrativo para lograr la excelencia en Enfermería.....	26
Calidad y Asistencia Sanitaria.....	37
Garantía de Calidad.....	38
Indicadores de calidad.....	40
Antecedentes históricos de la Cruz Roja Mexicana.....	55
Conocimiento.....	59
Concepto de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.....	60
Implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.....	61
Desglosamiento de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.....	66

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

Variables Universales.....	85
Variables Independientes-Dependientes.....	86
Tipo de Estudio, Ubicación del Estudio, Universo de Trabajo.....	87
Técnicas para Controlar la Diferencia entre Sujeto y Situacionales.....	88

CAPÍTULO IV RESULTADOS

Resultados.....	90
Discusión.....	102
Conclusión.....	104
Sugerencias.....	105

CAPÍTULO V ANEXOS

Anexos.....	106
Bibliografía.....	113

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La enfermería es una profesión de servicio humano íntimamente relacionada con el proceso salud enfermedad. La salud es uno de los bienes más preciados por el ser humano por ello la profesión de enfermería tiene relevancia en este proceso.

El valor que tiene de cuidar al ser humano en estado de salud o enfermedad, no consiste solo en la voluntad o deseo de ayudar a que se ponga bien, requiere también del sustento que da el conocimiento para hacer del cuidado un acto de responsabilidad profesional.¹

En este sentido la seguridad del paciente toma relevancia a partir de la detección de eventos adversos derivados de la atención médica en pacientes hospitalizados, convirtiéndose por tanto en uno de los objetivos principales de las instituciones de salud ya que está relacionada directamente con la atención que se proporciona, por lo que se ve reflejada en la incidencia de eventos adversos ocurridos en cualquier unidad médica que podrían ocasionar daños que pudieran llegar a ser irreversibles.

Las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente son estrategias especiales para mejorar la seguridad de la persona que recibe atención dentro de las unidades hospitalarias.²

Hoy se manejan 6 metas:

1. Identificación correcta del paciente
2. Mejorar la comunicación efectiva en el área de salud
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo
4. Realizar cirugías en el lugar correcto, con el paciente correcto y con el procedimiento correcto.

¹Susana Rosales, E. R. (2008). Fundamentos de Enfermería (3ra ed.). México, DF: Manual Moderno.

²Secretaria de Salud. (10 de Junio de 2006). Obtenido de http://www.amis.org.mx/InformaWeb/Documentos/Archivos/Dra._Odet_Sarabia_Seguridad_del_Paciente.pdf

5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención medica
6. Reducir el riesgo de daño al paciente a causa de caídas.

El presente trabajo se realizó con la aplicación de un cuestionario de opción múltiple con 13 preguntas sobre las metas internacionales de seguridad del paciente al personal de enfermería de la Cruz Roja Mexicana, tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión para un estudio fidedigno en cuanto a sus resultados.

La presente investigación de acuerdo al periodo en que se capta la información es: retrospectivo; en la evolución del fenómeno es transversal; a la comparación de la población es comparativa; y la interferencia del investigador es observacional. Por lo tanto es: una investigación comparativa retrospectiva. Se consideraron todas las normas bioéticas, normas internaciones y nacionales de investigación en los seres humanos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe diferencia en el nivel de conocimiento sobre las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente entre el personal de enfermería del turno matutino, vespertino y nocturno de La Cruz Roja Mexicana de los servicios de hospitalización, urgencias, quirófano y terapia intensiva?

JUSTIFICACIÓN

El propósito de la presente investigación está dirigido a determinar la participación del personal de enfermería en el conocimiento sobre las metas internacionales de seguridad del paciente, orientados a prevenir complicaciones o eventos adversos en la Cruz Roja Mexica Polanco.

En la carrera de Enfermería se incluye la enseñanza y como requerimiento primordial para la buena formación de los Enfermeros y Enfermeras se proporciona la investigación acerca del cuidado del paciente.

Para llevar a cabo esta investigación se utiliza la metodología del enfoque comunicativo, para darlo a conocer a los interesados en el tema.

Tenemos la intención de fortalecer el nivel de conocimiento de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, de esta manera contribuiremos una mejor formación de Enfermeras y Enfermeros preparados para su desempeño laboral en un futuro y puedan proporcionar mayor seguridad al paciente brindando cuidados con calidad y calidez .

Esta investigación está dirigida a directivos, docentes, personal de enfermería, a los alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia y a todas aquellas personas que estén interesados sobre el tema de las Metas Internacionales de Seguridad del paciente.

OBJETIVO GENERAL

Demostrar que el personal de enfermería de la Cruz Roja Mexicana del turno matutino presenta un nivel alto de conocimiento sobre las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente en comparación con el personal del turno vespertino y nocturno de los diferentes servicios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel del conocimiento sobre las metas internacionales de seguridad del paciente entre el personal de Enfermería de la Cruz Roja Mexicana de los diferentes turnos.
- Evaluar al personal de Enfermería de la Cruz Roja Mexicana, sobre las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.
- Identificar las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente que son más conocidas por el personal de Enfermería de la Cruz Roja Mexicana.

HIPÓTESIS

El personal de enfermería de la Cruz Roja Mexicana, del turno matutino presenta un mayor nivel de conocimiento sobre las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente en comparación con el personal del turno Vespertino y Nocturno.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

Conceptualización

Históricamente la enfermería ha evolucionado en su práctica y en su conceptualización, pasando de ser humanista hasta la conformación de una profesión cuya proyección social se ha ampliado en todos los niveles de la atención a la salud.

Existen situaciones laborales donde se requiere que el profesional de la salud tome decisiones trascendentales. Su conducta responderá a su valoración ética y legal.

La enfermería ha estado relacionada históricamente a los cambios ocurridos en la sociedad y a todas las condicionantes sociales, económicas, biológicas y ecológicas que influyen en el proceso salud-enfermedad, así como, por el predominio de determinada corriente filosófica.

A lo largo de su desarrollo la enfermería evoluciona con cambios cualicuantitativos. En la actualidad implica muchas clases de conceptos y habilidades relacionadas con disciplinas como la medicina, microbiología, sociología, psicología y otras que le permiten adquirir un carácter tecnológico y científico.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CÍE 1973) la define como: "La única función de la enfermera es la asistencia al individuo, sano o enfermo en la realización de las actividades que mantienen la salud o la restablecen (o una muerte tranquila) que las llevaría a cabo ella sola si tuviese la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios".

La Asociación Americana de Enfermeras (ANA 1973) expresa que: "La práctica de enfermería es un servicio directo con un fin ambientado y adaptado a las necesidades del individuo, de la familia y de la comunidad, tanto en la salud, como en la enfermedad".

Según Dorotea Orem (1980). "Es un servicio, una manera de ayudar a los seres humanos, la forma o estructura de la enfermería se deriva de las actividades elegidas deliberadamente y realizadas por las enfermeras para ayudar a los individuos o a los

grupos a mantener o cambiar su medio ambiente, concierne especialmente a las necesidades individuales de autocuidado para mantener la vida, recuperarse de las enfermedades y lesiones y hacer frente a las secuelas".

Según Susan Leddy (OPS 1989) expresa: "La enfermería es un proceso complejo que comprende juicios y actos dirigidos a la conservación, promoción o restablecimiento del equilibrio en los sistemas humanos".

- Es educar, cuidar y preocuparse por las personas.
- Es un servicio a los enfermos, sus familias y comunidades.
- Es un proceso dirigido a la promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- Es un servicio personal, en contacto directo al usuario y familia.
- Debe adaptarse a las necesidades individuales de los usuarios y personas sanas.
- Existe como respuesta a las necesidades de la sociedad.

Enfermería es un proceso que comprende una serie de acciones dirigidas hacia el fomento, mantenimiento y restablecimiento de la salud, hacia la prevención de las enfermedades, el alivio del sufrimiento, y a la seguridad de una muerte tranquila, además actualmente interviene en las políticas públicas saludables.

La enfermería como profesión es única porque aplica de forma humanística e integral las acciones del cuidado a los pacientes y familias a los problemas de salud presentes y potenciales.

ANTECEDENTES DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Las metas internacionales de seguridad del paciente fueron publicadas por la Organización Mundial de la Salud desde el 2001 y dadas a conocer a la comunidad internacional desde entonces, todas siguen vigentes hasta el día de hoy. La seguridad del paciente toma relevancia a partir de la detección de eventos adversos derivados de la atención médica en pacientes hospitalizados, mencionados en el estudio de Brennan y colaboradores, que analizaron expedientes clínicos de pacientes hospitalizados en la ciudad de Nueva York, Estados Unidos, durante 1984 (Harvard Medical Practice Study), encontrando una incidencia de eventos adversos de 3.7%; en el 70 % de estos pacientes, se produjo discapacidad moderada o transitoria, en el 2.6% fue permanente y en el 13.6 % provocó la muerte. En 1992, otro estudio en los estados de Uta y Colorado, Estados Unidos, demostró una incidencia de eventos adversos de 2.9 % en pacientes hospitalizados³

Las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, fueron promovidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Octubre de 2004, cuando se creó la Alianza Mundial del paciente, y han sido difundidas a nivel mundial hasta convertirlas en uno de los principales ejes de medición en cuestión de seguridad del paciente. Desde la publicación del libro “ Errar es humano” en 1999, por el Instituto de medicina de los Estados Unidos, la política sanitaria ha tomado gran relevancia a nivel mundial, al reconocer el error médico con sus repercusiones sociales y económicas, como una de las principales causas de mortalidad lo que ha llevado a la prevención y disminución de riesgo por la atención en salud, a través de establecer y difundir técnicas simples y sencillas para llevarlas a cabo en cualquier institución médica, por todo el personal de salud, para mejorar la seguridad del paciente.

³JointCommission International. (29 de Mayo de 2012). Obtenido de enfermeriayseguridaddelpaciente.blogspot.com/.metas-internacionales

La seguridad del paciente es el conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición de un paciente al sistema de atención médica a lo largo de su enfermedad o procedimientos y surgen de la reflexión que debemos hacer todo el personal de salud, sobre la calidad de la atención que cada uno de nosotros brindamos.⁴

Las organizaciones internacionales han desarrollado iniciativas para apoyar estrategias tanto nacionales como internacionales que contribuyan a la mejora de la seguridad de los pacientes en todo el mundo.

ESTÁNDARES PARA CERTIFICAR HOSPITALES

A principios de 1999, la Secretaría de Salud convocó a representantes de los principales establecimientos de atención de servicios de salud y formación de profesionistas para integrar la Comisión Nacional de Certificación, bajo la responsabilidad del Secretario del Consejo de Salubridad General, con la intención de diseñar un modelo de Calidad y Seguridad para establecimientos de atención médica que fomentara la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud.

Por lo cual se publicaron los siguientes documentos en el Diario Oficial de la Federación:

- Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales, el 1 de abril de 1999.
- Criterios para la certificación de hospitales, el 25 de junio de 1999, los cuales se modificaron el 13 de junio de 2000.
- Convocatoria dirigida a las personas físicas o morales interesadas en participar en la Evaluación para la Certificación de Hospitales, el 21 de julio de 1999, misma que tuvo que ser modificada en agosto del año 2000.

En el año 2001, se redefinieron los criterios de evaluación y el Consejo de Salubridad General (CSG) se hizo cargo del proceso de certificación, lo cual se asentó en dos documentos publicados en el Diario Oficial de la Federación, que abrogaron las disposiciones jurídicas que le antecedieron:

⁴R., G. (Abril- Junio de 2008). Seguridad del Paciente. CONAMED, 13.

- Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, el 20 de septiembre de 2002.

- Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud, el 22 de octubre de 2003.

Posteriormente, derivado de un análisis que realizó la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud al desempeño del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, se acordó fortalecer la Certificación, mejorar su eficiencia y efectividad.

El 13 de junio de 2008 el Consejo de Salubridad General publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM).

De esta manera, pasa de ser un Programa a un Sistema Nacional, que se encuentra integrado por los siguientes subsistemas:

- Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
- Investigación y desarrollo de indicadores, métodos y estándares de evaluación de la calidad.
- Fortalecimiento permanente de los auditores.
- Articulación del SiNaCEAM con otras instituciones y organizaciones.
- Información, Transparencia, Difusión y Promoción.

El Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad considera 4 sistemas críticos:

- Sistema de Manejo y Uso de Medicamentos.
- Sistema de Prevención y Control de Infecciones.
- Sistema de Competencias y Educación del Personal.
- Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.

Para cada uno de estos sistemas se solicita implementar las denominadas “bases del modelo”, las cuales son: identificación, priorización y análisis de riesgos y problemas particulares de toda la organización con el enfoque de, al menos, cada uno de los sistemas críticos. A partir de este análisis se lleva a cabo la gestión de los riesgos y problemas para lograr una mejora continua.

Los enfoques que propone el modelo son los siguientes:

- **PROACTIVO:** A partir de los riesgos identificados se previene el daño a los pacientes o al personal al implementar barreras de seguridad;
- **REACTIVO:** A partir de los problemas identificados que ya causaron daño a los pacientes o al personal, se implementan barreras de seguridad para aprender del error y así disminuir la posibilidad de que, por la misma causa, se produzca un daño.

De esta manera, el modelo fomenta en las organizaciones el desarrollo de una cultura de calidad y seguridad del paciente, en la que se aprende del error, y a la vez, se evite al máximo la ocurrencia de éstos mediante la implementación de barreras de seguridad de manera estandarizada y sistémica, viendo al hospital como un “todo”. Cuando un establecimiento de atención médica implementa el Modelo del Consejo para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad, trabaja sobre los procesos críticos que se relacionan con la atención de los pacientes y del personal que labora dentro de el.

✓ **PROCESO DE CERTIFICACION**

La evaluación de la implementación del Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad, se lleva a cabo a través del proceso de certificación, el cual consta de tres fases:

- Autoevaluación e Inscripción.
- Auditoría.
- Dictamen.

✓ **PRIMERA FASE: INSCRIPCIÓN Y AUTOEVALUACIÓN**

Para que un hospital pueda formar parte del SiNaCEAM, debe cumplir los siguientes requisitos:

- Tener, por lo menos, un año de funcionamiento.
- Contar con las Autorizaciones Sanitarias que correspondan a los servicios que brinda (Licencias Sanitarias, Avisos de Funcionamiento y Avisos de Responsables Sanitarios).
- No tener procedimientos administrativos abiertos ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios o ante las autoridades de regulación sanitaria de las entidades federativas.
- No contar con sanción de inhabilitación relacionada con la prestación de servicios de atención médica, impuesta por cualquier autoridad administrativa.

- En el caso específico de los hospitales de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud que no cuenten con una Certificación previa, deberán aprobar en primer lugar la Acreditación como prestadores de servicios de salud que atienden a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.
- Los hospitales clasificados por la Coordinación General de Protección Civil de la Secretaría de Gobernación como “de alta complejidad y alto nivel resolutivo (rojos)”, deberán contar, al menos, con una evaluación interinstitucional de la lista de verificación, de acuerdo al protocolo de visitas de evaluación hospitalaria del Programa Hospital Seguro.

Los hospitales que cumplan los requisitos antes descritos estarán en posibilidades de realizar la Autoevaluación e Inscripción al proceso de certificación.

La Autoevaluación está enfocada en aquellos requisitos que debe cumplir un hospital en función de lo dispuesto en la legislación aplicable vigente: la Ley General de Salud, sus Reglamentos y en las Normas Oficiales Mexicanas; así como en la definición de los procesos clave para la implementación del

Modelo del CSG para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad.

Los requisitos de la Autoevaluación se ponderan en tres niveles: Indispensables, Necesarios y Convenientes. Para que un hospital pueda inscribirse al SiNaCEAM, debe haber cumplido el 100% de los requisitos ponderados como “Indispensables”, el 80% o más de los Necesarios y el 50% o más de los “Convenientes”.

Una vez que el Consejo de Salubridad General comunica a la autoridad del hospital que ha aprobado esta primera fase, se considera que el establecimiento se encuentra en “proceso de certificación”, en cuyo caso puede expedirse, en el momento en que así sea solicitada, una constancia. El hospital, además se integrará a la lista de “Hospitales en Proceso de Certificación”.

✓ **SEGUNDA FASE: AUDITORÍA**

Es la segunda fase del proceso de certificación, donde se evalúa la implementación de los Estándares para Certificar Hospitales mediante una auditoría, en la cual las actividades fundamentales que se llevan a cabo son las siguientes:

- Conferencia de apertura por el líder de auditoría.
- Presentación del contexto general del hospital.
- Evaluación de la definición de los procesos y sistemas acordes al Modelo del CSG.
- Seguimientos de paciente.
- Recorridos por las instalaciones.
- Evaluaciones de los Sistemas Críticos (Manejo y Uso de los Medicamentos – MMU, Prevención y Control de Infecciones – PCI, Gestión y Seguridad de las Instalaciones – FMS, Competencias y Educación del Personal – SQE).
- Evaluación de los servicios subrogados.
- Evaluación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente Seguimiento indeterminado de procesos.
- Entrega del Reporte de Auditoría.

Una vez que la fecha de la auditoría sea notificada al hospital, si éste decide no aceptarla, o bien solicita diferirla o cancelarla, se le dará por concluido su proceso de certificación, se le retirará del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica y no podrá volver a inscribir en los próximos seis meses. Si la cancelación o solicitud de diferimiento es de las tres semanas previas a la Auditoría programada, se considerará como agravante, por lo que no se podrá volver a inscribir hasta haber transcurrido un año.

Si la cancelación es por parte de un hospital privado, dicha situación se comunicará a la Asociación de Hospitales Privados (ANHP), Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) y a la Institución de Seguros Especializada en Salud (ISES).

✓ TERCERA FASE: DICTAMEN

El Dictamen es la fase del proceso de certificación en donde se lleva a cabo el análisis de la información obtenida en las dos primeras fases del Proceso de Certificación (Inscripción y Autoevaluación, y Auditoría) y la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM), de forma colegiada, emite el dictamen de “Certificar” o “No Certificar” al hospital. Dicho dictamen se fundamenta en lo establecido en las Reglas de Decisión las cuales son:

- Licencias Sanitarias, Avisos de Funcionamiento y Avisos de Responsables que correspondan a los servicios que brinden y de acuerdo a la legislación aplicable vigente. (federal y/o estatal).
- No tiene procedimientos administrativos abiertos ante las instancias de regulación sanitaria estatales o federales.
- Cumple con todos los requisitos ponderados como “indispensables” de la Autoevaluación.
- No cuenta con sanción de inhabilitación relacionada con la prestación de servicios de atención médica impuesta por autoridad administrativa.

Obtiene, como resultado de la Auditoría, una calificación promedio igual o mayor a:

- Seis como calificación general (promedio de todos los elementos medibles).
- Seis para cada apartado (promedio de los elementos medibles que conforman un apartado).
- Cinco para cada estándar (promedio de los elementos medibles que conforman un estándar).

Cinco en cada elemento medible de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.

En relación a la evaluación de requisitos Indispensables (Autoevaluación)

- Los establecimientos que obtengan una calificación general igual o mayor a 9.0, pero incumplan requisitos indispensables de Autoevaluación, se les programará una Auditoría Complementaria previa a la siguiente Sesión Ordinaria de la CCEAM para verificar su cumplimiento.

En relación a la evaluación de estándares Indispensables:

Los establecimientos que obtengan una calificación general entre 6.0 y 8.9 inclusive, pero incumplan estándares de procesos ponderados como “indispensables”, se les otorgará un plazo perentorio de 6 meses para enviar su “Plan de Mejora Continua para la Implementación del Modelo del CSG para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad”.

- Los establecimientos que obtengan una calificación general igual o mayor a 9.0, pero incumplan estándares de procesos ponderados como “indispensables”, se les dictaminará como certificados; sin embargo, para mantener el certificado, deberá cumplir con la regla de decisión 7.2, además de enviar su “Plan de Seguimiento a la Implementación del Modelo del CSG para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad”.
- Los establecimientos que obtengan una calificación general menor a 9.0, pero incumplan cualquiera de los numerales de la regla de decisión número 2, se les otorgará un plazo perentorio de 6 meses para implementarlos para enviar su “Plan de Mejora Continua para la Implementación del Modelo del CSG para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad”.
- Una vez que el establecimiento envíe el “Plan de Mejora Continua”, según corresponda a la regla de decisión 4.1 y 5, se programarán máximo dos auditorías para evaluar la implementación del modelo (Auditoría de Seguimiento y Auditoría de Seguimiento Complementaria). El resultado se presentará ante la Comisión para que dictamine el caso.

Si el establecimiento rebasa dicho plazo sin demostrar el cumplimiento requerido, la Comisión lo dictaminará como “No Certificado”. Si el establecimiento cumple con lo requerido por la Comisión, se re-calculará la calificación. Esta calificación se utilizará exclusivamente para determinar la vigencia de certificado. El establecimiento mantendrá la calificación obtenida como resultado de la Auditoría inicial.

Los establecimientos que obtengan una calificación igual o mayor a 9.0, pero:

- Incumplan la regla de decisión 2.3, se les otorgará el certificado, señalándoles que, después de un año, se les realizará una auditoría intencionada para constatar su cumplimiento. El resultado se presentará ante la CCEAM para que dictamine el caso. Si el establecimiento no demuestra cumplir con el o los estándares señalados, se suspenderá la vigencia de su certificado.
- Incumplan Estándares para Certificar Hospitales identificados como “Indispensables”, se les dictaminará como certificados, señalándoles que tendrán un año para cumplir con la totalidad de los estándares señalados, lo cual se verificará con una auditoría intencionada. De lo contrario, se suspenderá la vigencia de su certificado.

✓ **LA VIGENCIA DEL CERTIFICADO QUE, EN SU CASO, DICTAMINE LA COMISIÓN, SEGUIRÁ LAS SIGUIENTES REGLAS:**

- Si el establecimiento obtiene una calificación general aprobatoria entre 6.0 y 6.9 inclusive, la vigencia del Certificado será de 1 año.
- Si el establecimiento obtiene una calificación general aprobatoria entre 7.0 y 8.9 inclusive, la vigencia del Certificado será de 2 años.
- Si el establecimiento obtiene una calificación general aprobatoria igual o mayor a 9.0, la vigencia del Certificado será de 3 años.
- El establecimiento que obtenga un dictamen de “No Certificado” por parte de la CCEAM podrá inscribirse nuevamente al proceso de certificación en un plazo no menor a 6 meses. Por cada dictamen consecutivo de “No Certificado” se incrementará en 6 meses el plazo que deberá esperar el establecimiento para

inscribirse al proceso de certificación, el cual nunca será mayor a 18 meses.

Para mantener la vigencia del Certificado durante el plazo dictaminado por la CCEAM, el establecimiento según aplique, deberá:

- Mantener el nivel de calidad observado en los resultados del proceso de certificación o recertificación, el cual deberá demostrarlo en las auditorías que aleatoriamente programe el Consejo de Salubridad General.
- Concluir los procedimientos administrativos abiertos posteriores a dictaminarse como certificados ante las instancias de regulación sanitaria estatales o federales, dentro del plazo que señale la Comisión.
- Implementar procesos de mejora cuando las instancias de arbitraje médico, estatales o federales, dictaminen quejas “con evidencia de mala práctica y/o con responsabilidad institucional”.

✓ DURANTE LA AUDITORÍA

- La firma de una CARTA DE CONFIDENCIALIDAD por cada uno de los auditores, con el propósito de garantizar que la información que se manejó y se generó durante todo el proceso de evaluación fue utilizada sólo para este motivo.
- La identificación de los procesos que el hospital ha definido acorde al propósito de cada estándar para implementar el Modelo del CSG, con el objetivo de que la sesión de revisión de documentos no quede a criterio de los auditores.
- El seguimiento de pacientes, recorridos por instalaciones, la evaluación de los procesos y de los sistemas, deberá de llevarse a cabo con acompañamiento por personal del hospital con la función de observador de la organización. a estas personas se les informa y se les explican los hallazgos y las observaciones de auditoría. Es importante que las personas que participen como observadores de la organización hayan participado activamente en la definición y en la implementación de los procesos y sistemas evaluados.

- La lectura de las observaciones de auditoría relacionadas con la implementación del Modelo.
- La entrega del reporte de auditoría en el cual se integran todas las observaciones realizadas durante la evaluación.

✓ **DURANTE LA FASE DE DICTAMEN**

- La información obtenida durante la auditoría es analizada por la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM) y se dictamina con base en las REGLAS DE DECISIÓN.
- A cada organización se le envía el INFORME DEL DICTAMEN que contiene el fundamento del mismo.

POLÍTICAS DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN

-POLÍTICA 1. NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

Cuando los Establecimientos de Atención Médica Certificados realicen cambios de:

- Domicilio
- Razón social
- Modificaciones y ampliaciones en las instalaciones que impliquen aumento de camas hospitalarias y/o prestación de nuevos servicios de atención médica, respecto de los especificados en el formato de inscripción.

Deberán dar aviso al Consejo de Salubridad General, mediante escrito libre informando del respectivo cambio, el cual debe ser firmado por el Director del Establecimiento, acompañado de la copia simple del nombramiento del cargo y de su identificación oficial vigente, o en su caso, por el representante legal, debiendo acompañar este último, copia simple del poder notarial que acredite su personalidad, identificación oficial vigente, además de anexar en copias simples la documentación pertinente que compruebe dichos cambios y copias simples de las Licencias Sanitarias actualizadas, según correspondan.

-POLÍTICA 2. DENUNCIA

Si el personal del Establecimiento de Atención Médica considera que durante el desarrollo de la fase de auditoría, el equipo auditor o uno de sus integrantes comete alguna falta grave o contraria a derecho, es importante que de aviso de forma inmediata a la Dirección General Adjunta de Articulación (DGAA) mediante el llenado del “ANEXO 5 DENUNCIA”.

La DGAA confirmará la recepción del mismo vía telefónica para que, en su caso, se interrumpa la evaluación correspondiente y se inicie nuevamente, una segunda evaluación con un equipo diferente de auditores.

Con lo anterior, se salvaguarda el proceso y el resultado de la auditoría para que el establecimiento sea dictaminado con objetividad por parte de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

-POLÍTICA 3. DERECHO DE RÉPLICA

En caso de que la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, haya emitido el dictamen de no certificar al establecimiento, éste podrá ejercer el derecho de réplica, conforme lo dispone el artículo 15 del Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, y será de la forma siguiente:

1. Elaboración del escrito de réplica, el cual deberá contener:

- Lugar y fecha de emisión.
- Nombre, denominación o razón social de quien o quienes promuevan la solicitud, o en su caso de su representante legal o apoderado, en este último caso, acompañar el poder notarial que acredite dicha personalidad.
- Domicilio para recibir notificaciones y nombre de la persona o personas autorizadas para recibirlas.
- Exposición clara y debidamente argumentada de los hechos y razones que motivan y justifican la solicitud. Se podrán anexar documentos y fotografías o cualquier otra prueba que se estime pertinente, fijando los puntos sobre los que versen y que apoyen sus argumentos.

2. La réplica deberá presentarse ante el Consejo de Salubridad General dentro de los cinco días hábiles siguientes a la notificación del dictamen de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

3. El Consejo de Salubridad General acordará dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha de presentación, respecto de la admisibilidad de la réplica, y en su caso de las pruebas ofrecidas. Sólo podrán desecharse las pruebas propuestas por los interesados cuando no tengan relación con el fondo del asunto, sean innecesarias o contrarias a la moral y al derecho. Tal resolución se notificará al interesado debidamente fundada y motivada.

4. El desahogo de las pruebas admitidas se realizará dentro de un plazo no mayor a quince días hábiles, contado a partir de su admisión. Si las pruebas ameritan su desahogo en el establecimiento de atención médica, ésta se realizará un plazo no mayor a quince días hábiles.

5. La práctica de las actuaciones necesarias para el desahogo de las pruebas que hayan sido admitidas, lo notificará formalmente el Consejo de Salubridad General a los interesados, con una anticipación de tres días hábiles.

6. Para tener información más detallada sobre el establecimiento de atención médica en el que se esté llevando a cabo una revisión de dictamen, el Consejo de Salubridad General podrá solicitar un informe u opinión a los miembros del equipo auditor involucrados en el respectivo "Informe de Auditoría".

7. Una vez desahogadas las pruebas admitidas, se pondrán las actuaciones a disposición de los interesados, para que en su caso, formulen alegatos por escrito, en un plazo no mayor a diez días hábiles, los que serán tomados en cuenta por el Secretario del Consejo de Salubridad General al dictar la resolución.

8. A partir de lo anterior, el Consejo de Salubridad General resolverá lo que corresponda, en un plazo no mayor a tres meses.

El trámite y resolución de toda réplica se hará de conocimiento en Sesión Ordinaria de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

POLÍTICA 4. INHABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA POR AUTORIDAD ADMINISTRATIVA

Cuando los Establecimientos de Atención Médica deseen inscribirse al Proceso de Certificación por primera vez, o busquen la recertificación ante el Consejo de Salubridad General, es indispensable que no cuenten con sanción de inhabilitación relacionada con la prestación de servicios de atención médica, impuesta por autoridad administrativa. De ser el caso, se le negará al establecimiento de atención médica la inscripción al proceso de certificación, hasta que haya concluido el periodo de sanción y la autoridad correspondiente haya emitido el comunicado oficial de que dicho establecimiento ha cumplido en su totalidad con la sanción impuesta.

En caso de que la autoridad administrativa sancione con inhabilitación a algún establecimiento de atención médica con Certificado vigente, relacionada con la prestación de servicios de atención médica, el Consejo de Salubridad General procederá a realizar una Auditoría Intencionada y los resultados los someterá a dictamen de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Dependiendo del resultado obtenido en la visita de la Auditoría Intencionada:

- a) Se confirmará la vigencia del Certificado.
- b) Se revocará el Certificado otorgado al establecimiento.

En el caso de que se le revoque el Certificado al establecimiento, este no podrá volver a inscribirse al Sistema Nacional de Certificación hasta que haya concluido el periodo de sanción y la autoridad correspondiente haya emitido el comunicado oficial de que dicho establecimiento ha cumplido en su totalidad con la sanción impuesta.

BENEFICIOS

- ✓ Mejorar la calidad y seguridad de atención al paciente.
- ✓ Refuerza la confianza de la comunidad.
- ✓ Refuerza la educación del personal.
- ✓ Promueve las habilidades del personal para trabajar en equipo.
- ✓ Ayuda a organizar y reforzar los esfuerzos del hospital por mejorar continuamente.

MODELO ADMINISTRATIVO PARA LOGRAR LA EXCELENCIA EN ENFERMERÍA

Los cambios que se presiden a nivel de la práctica en cualquier orientación de la reforma de salud incluyen reducción de gastos, un énfasis cada vez mayor en promoción de la salud, reducción del tiempo de la hospitalización, y aumento de la tecnología sofisticada.⁵

Generalmente dentro de las organizaciones se ha venido trabajando de manera tradicional, se fijan metas de cantidad y no de calidad y esto aplicado a las instituciones de salud es grave, ya que se llega a proporcionar una deficiente calidad de atención a los usuarios, una lenta recuperación y complicaciones, lo que retrasa el procesos de reintegración con prontitud, del individuo a su ambiente. Sin embargo, a pesar de esto se ha tratado de aplicar la calidad en la atención de Enfermería, aún no se ha logrado en su totalidad ya que para actuar con calidad se requiere comenzar desde arriba; es decir, con el personal administrativo.

MODELO ADMINISTRATIVO BASADO EN LA PROPUESTA DE CALIDAD DEL DR. DEMING

A fin de que el profesional de Enfermería actúe con calidad en su hacer y qué hacer laboral y así lograr la excelencia, con el firme propósito de hacer viables los objetivos de calidad de atención del paciente, que conlleve a disminuir los presupuestos institucionales.

El presente modelo para lograr la excelencia en Enfermería se fundamentó en las siguientes teorías administrativas:

⁵ManfrediMaricel "Las reformas del sector salud y la educación y practica de Enfermería" Conferencia presentada en el encuentro 90 años de Enfermería Universitaria. Legados y tendencias ENEO UNAM México. Noviembre 1997.

- 1) La del desarrollo Organizacional.
- 2) La clásica de la administración.
- 3) Del comportamiento Humano.
- 4) La neoclásica.
- 5) La de sistemas.
- 6) De liderazgo.
- 7) Del Proceso Administrativo
- 8) La estructuralista.

Para introducir la calidad en las Instituciones es necesario crear grupos multidisciplinarios formados por directores de cada una de las áreas que integran la Institución a fin de conocer, analizar y dar soluciones oportunas a las necesidades o problemáticas existentes de cualquiera de las áreas.

Para el aseguramiento de la calidad se necesita la integración y el completo control de todos los elementos dentro de un área específica.

La calidad no puede añadirse a un proceso de producción sino como una filosofía de integración total para lograr el resultado deseado.

PLANTAMIENTO DEL DR. DEMING PARA ADOPTAR LA FILOSOFIA DE CALIDAD.

1. Crear constancia del propósito de mejorar el producto y servicio.
2. Adoptar la nueva Filosofía.
3. poner fin a la práctica de hacer negocios sobre la base de precios de mercado.
4. Mejorar constantemente el sistema de servicio.
5. Cesar la dependencia sobre la supervisión.

6. Instituir métodos de capacitación en el trabajo.
7. Instituir métodos modernos de supervisión.
8. Romper las barreras entre departamentos.
9. Dejar de centrarse en estándares de trabajos sobre metas numéricas.

Requisitos para lograr la calidad:

- Saber qué debe hacer.
- Tener con qué hacerlo.
- Tener una actitud adecuada para hacerlo bien desde la primera vez.⁶

Trabajar con calidad significa, trabajar en forma circular es decir continuamente a través de un proceso, el cual es Planear, actuar, verificar y mejorar.

Toda institución que decide iniciar un cambio hacia la calidad, debe llevar a cabo un proceso bien planeado, el cual puede basarse en el siguiente modelo: cultura, liderazgo, equipo, instrumentos e indicadores.

INDICADORES: Son medidas que cada área puede desarrollar, de común acuerdo, para observar el nivel de calidad inicial y el nivel que se obtiene después de haber realizado las medidas para mejorar.

INSTRUMENTOS: Son las herramientas que nos permiten trabajar para mejorar la calidad.

⁶Desarrollo Científico de Enfermería. Modelo administrativo para lograr la excelencia en enfermería. Vol. 5. No.10. Noviembre- diciembre 1997.

**PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE CALIDAD ES NECESARIO
CUBRIR EN FORMA ORGANIZADA:**

1. Convencimiento y capacitación de los directivos en el proceso de calidad, posteriormente en línea descendente hasta cubrir a todo el personal.
2. Contar con la estructura necesaria como:
 - Fomentar equipos de trabajo.
 - Determinar la filosofía de calidad en la empresa.
 - Definir políticas, metas y programas.
 - Contar con una estructura de calidad.
3. Desarrollar la cultura de calidad con base al logro de:
 - Espíritu de servicio.
 - Visión global de la institución.
 - Dominio del trabajo.
 - Cumplimiento del trabajo
 - Honestidad.
 - Participación.
 - Comunicación.
 - Oportunidad para el ascenso, como resultado del trabajo bien hecho, capacidad y productividad.

4. Contar con una metodología de calidad, estructura, organización, identificación de expectativas, medición de resultados, logro de metas.
5. Desarrollar técnicas de análisis y medición de eficiencia de resultados.
6. Técnicas de mejoras.

MOTIVAR A LA ORGANIZACION HACIA LA PARTICIPACION EN LAS ACTIVIDADES DE EVALUACION Y MEJORA DE LA CALIDAD.⁷

Para poder llevar a cabo actividades estructuradas de evaluación y mejora de la calidad, es preciso potenciar la filosofía del trabajo, pero además es necesario crear dentro del colectivo de Enfermería un estado de opinión respecto a:

- La necesidad profesional de auto evaluar su actividad.
- La responsabilidad colectiva, con relación a los aspectos deficitarios detectados, tanto de organización, como estructurales o de conocimiento y nunca la imputación de errores a individuos.
- La solución de las deficiencias, basándose para ello en la necesaria implicación de los propios profesionales de asistencia directa, desde la planificación a la implantación de las mejoras alternativas, que ellos mismos aporten.
- Los estándares de calidad que deben ser mejorados sistemáticamente, partiendo de la actuación diaria real e interés de los propios enfermeros en mejorar sus cuidados.

ESTANDARES DE ENFERMERÍA

Un estándar puede ser utilizado de forma distinta como un objeto o como un indicador con el que se pueden contrastar de forma cuantitativa las actividades.

El estándar de cuidados de Enfermería para una Institución, o una unidad de enfermería determinada, es aquel nivel de cuidados que ha sido reconocido por los profesionales de enfermería como indispensable para conseguir la calidad de cuidados adecuada y los objetos asistenciales para un grupo específico de pacientes.⁸

⁷Pallares. Luis. "requisitos Previos para el inicio de un programa de Evaluación. Organización y Cultura Institucionales". en Guía Practica para la Evaluación de Calidad de la Atención de Enfermería. Madrid. Olalla Ediciones, Madrid. 1996.

⁸Perrow, Charles, "Estándares de Enfermería, en Guilles, Ann, Gestión de Enfermería, Una Aproximación a los Sistemas, Barcelona, Masson- Salvat Enfermería 1994.

Un estándar es una exposición descriptiva del grado de actuación requerido, con el que se podrá cuantificar la calidad de la estructura del proceso y de los resultados. Un estándar de cuidados de enfermería es una exposición descriptiva de la calidad establecida, con la que se pueden evaluar los cuidados de enfermería prestados a un paciente.

Un estándar es una pauta de actuación, que se produce como resultado de la relación entre los criterios y las normas, y que es utilizada para evaluar la calidad de los métodos, objetivos y órdenes de enfermería.

Un sistema para garantizar la calidad de enfermería, en el cual se evalúan los resultados obtenidos a través de la prestación de cuidados a los pacientes, contrastándolos con los criterios derivados de los estándares de enfermería, para determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería.

La enfermería es una profesión de servicio. La asistencia prestada por las enfermeras es indispensable para la subsistencia y bienestar de sus clientes. Por lo tanto, la profesión de Enfermería considerada en su conjunto debe responsabilizarse de la calidad de los cuidados por los diferentes profesionales. La American Nurses Association, actuando como el organismo que representa a los profesionales de enfermería a nivel internacional, ha elaborado los estándares que permiten valorar la competencia profesional y controlar la calidad del ejercicio de enfermería.

Organismos reguladores como la Joint Commission y los departamentos estatales de salud, han fijado estándares de cuidados de enfermería en una tentativa de incrementar la relación coste- eficacia de los servicios de enfermería institucionalizados. Estos estándares fueron concebidos para orientar a los profesionales en la decisión de las medidas de enfermería que pueden omitirse, por no estar relacionadas con los resultados esperados por los pacientes, y que intervenciones deben llevarse a cabo porque son esenciales para el bienestar de los pacientes.

FUENTES DE LOS ESTÁNDARES ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA

Las organizaciones profesionales de enfermería y los organismos sanitarios reguladores hace ya bastante tiempo que publicaron los primeros estándares asistenciales de enfermería.

Organizaciones reguladoras de los estándares asistenciales de enfermería en relación con los procesos y resultados.

- Joint Commission Accreditation of healthcare organizations.
- American Nurses Association
- Programas Universitarios de Enfermería.
- Organizaciones de Especialidades de Enfermería.
- Departamentos de Sanidad de Estados Unidos.
- Departamento Estatal de Sanidad.

En 1966, durante el congreso de la American Nurses Association, se constituyeron 5 secciones de especialidades de Enfermería dentro de la organización, y se decidió que la primera actividad a realizar sería establecer estándares de actuación en cada una de las especialidades. En 1973, la Comisión de Especialidades de la American Nurses Association publicó 12 estándares para la sistematización de los servicios de enfermería en los hospitales y organismos sanitarios. En el mismo año y en el congreso sobre el ejercicio Profesional de Enfermería, organizado por las American Nurses se practicaron una serie de estándares para cada una de las siguientes especialidades: geriatría, enfermería comunitaria, materno infantil, psiquiatría y salud mental. Desde estas fechas, los estándares de cuidados de las diferentes especialidades han sido revisados varias veces para reflejar los cambios producidos en el cuerpo de conocimientos básicos de la profesión.

La Joint Commission, en su estándar IV expone: Deberían proporcionar a los pacientes cuidados de enfermería individualizados y orientados hacia objetivos mediante la utilización del proceso de atención a Enfermería. Dicho estándar está formulado de una forma tan general en el cual los pacientes y sus familiares deben ser involucrados en el planteamiento de los objetivos.

La Association of Operating Room Nurses, al elaborar los criterios para evaluar la consecución del estándar de enfermería peri operatoria formulado como competencia para valorar el estado de salud fisiológica del paciente contiene:

1. Comprobación del procedimiento quirúrgico.
2. Observación del aspecto de la piel.
3. Determinación de la movilización corporal.
4. Información sobre la desviación de estudios diagnósticos.
5. Comprobación de constantes vitales.
6. Observaciones acerca de anomalías, lesiones y cirugía previa.
7. Verificación de la existencia de prótesis o implantes internos y externos.
8. Observación de desajustes sensoriales.
9. Valoración de la función cardiovascular.
10. Valoración de la función respiratoria.
11. Valoración de la función renal.
12. Observación del estado nutricional.
13. Comprobación de alergias.
14. Investigación sobre el abuso de fármacos o drogas.
15. Notificación de los datos fisiológicos relevantes para el alta del paciente.

16. Información documental del estado fisiológico de salud del paciente.

La integración de los estudios de la OMS, La American Public Health Association, La Joint Commission on Accreditation of Hospitals; permiten identificar diferentes dimensiones de la asistencia sanitaria relacionadas con su calidad.⁹

Efectividad: capacidad de mejorar el grado de salud de un procedimiento o tratamiento concreto. Está también la relación entre el impacto real de un servicio y su impacto potencial en situación ideal.

Eficiencia: relación entre el impacto real de un servicio y su costo de producción. También se conceptúa como la prestación del máximo de servicios de calidad por unidad de recursos disponibles o la prestación del máximo de unidades comparables de cuidados sanitarios por unidad de recursos utilizados.

El objetivo de los servicios sanitarios es satisfacer las necesidades de los usuarios; consecuentemente, el análisis de la satisfacción de los mismos, aunque difícil de realizar, es un instrumento de medida de la calidad de la atención médica. Hay dos criterios, comúnmente que suponen un obstáculo a la orientación de los servicios sanitarios al cliente y a la satisfacción de sus necesidades y preferencias. El primero de ellos es pensar que el servicio sanitario se debe dirigir a satisfacer las necesidades de salud, definidas estas como el grado de atención médica que los expertos consideran preciso y dejar las demandas y preferencias del usuario en segundo plano. El segundo es creer que los consumidores no pueden evaluar correctamente la calidad técnica de la atención médica, con lo cual se contraponen la satisfacción de los clientes, su experiencia positiva, a la calidad intrínseca de la asistencia sanitaria. Este último criterio se completa con la creencia de que los usuarios valoran cuestiones distintas y enfrentadas a las valoradas por los profesionales sanitarios, cuando evalúan la calidad asistencia sanitaria.

⁹ Varo, Jaime. Dimensiones de la calidad de Atención Médica. En: Gestión Estratégica de la calidad en los servicios Sanitarios. Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid, España. 1994.

Los estandartes publicados por la American Nurses Association se centran en el ejercicio de la enfermería antes que en los profesionales de enfermería y se reflejan en los cinco pasos del Proceso Atención de Enfermería: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Los estandartes de enfermería formulados por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations se centran en el departamento de enfermería en su totalidad, es decir su estructura, actividades, directrices, procedimientos y métodos. Muchos de los estandartes elaborados por la Association Of Operating Room Nurses están relacionados con aquellos aspectos de la práctica de enfermería que ofrecen protección al paciente frente a las lesiones o perjuicios accidentales o iatrogénicos que pueden producirse durante el periodo de tratamiento intraoperatorio.

CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Según la OMS la calidad es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente, con el proceso.

Dimensiones de la calidad de la atención médica.

Las dimensiones responden a tres criterios complementarios.

- Criterio técnico: aplica la ciencia y la tecnología médica y otras ciencias de la salud a un problema sanitario individual, de forma que se maximicen los beneficios y se minimicen o no se incrementen los riesgos.
- Criterio interpersonal: regula la interacción social y psicológica entre el cliente y el profesional y considera el grado de autonomía y responsabilidad del usuario frente al grado de dependencia que genera la actividad asistencial. Significa encontrar el equilibrio en la interacción empresa cliente.
- Criterio económico: supone la distribución y utilización racional de los recursos disponibles a fin de conseguir los objetivos propuestos. Calidad y coste son dos factores inseparables, la atención insuficiente, excesiva y necesaria o ineficaz origina un coste de calidad y en consecuencia, una disminución de la calidad de la asistencia.¹⁰

¹⁰Varo, J. (1994). Dimensiones de la Calidad de la Atención Médica. México: Días de Santos.

GARANTÍAS DE LA CALIDAD ¿QUIÉN ES RESPONSABLE?

Todo aquello que los individuos y una sociedad llevan a cabo para generar, mantener y mejorar la calidad, se integran en dos componentes básicos:

A) El diseño del sistema: construimos el mejor sistema posible, incluyendo los recursos humanos y materiales, la organización, el conocimiento y la tecnología necesarios.

B) La evaluación de su desempeño: arreglamos las cosas para obtener información continua acerca del desempeño del sistema, de tal forma que podamos corregir cualquier deficiencia y efectuar una mejora continua.

¿Quién es responsable de hacer todo esto?: todos somos responsables, a cada uno de los usuarios le corresponde una parte de la responsabilidad, a los profesionales de la atención de la salud le corresponde otra y a las instituciones sociales incluyendo el gobierno.

Las responsabilidades de los profesionales y las instituciones son:

- A) Establecer los fundamentos: creación de una base de conocimientos ya que somos responsables de desarrollar e impulsar la ciencia y la tecnología de la atención de la salud, mediante la experimentación y la observación sistemática.
- B) Gestionar el acceso a los servicios: somos responsables no solo de suministrar los recursos sino también de hacerlos accesibles a la reducción de las barreras geográficas y sociales, cada uno recibe la atención que corresponda a sus necesidades, y con una calidad similar en lo que se refiere a sus aspectos técnicos e interpersonales.
- C) Otorgar poder a los servicios: todos sabemos que la relación médico paciente está estructurada y regida por diversas fuerzas sociales, culturales y de organización. Es necesario que nosotros logremos nuestros objetivos de trabajo en favor de los pacientes, los usuarios esperan recibir una buena atención y nosotros deseamos ser capaces de proporcionarla, por lo tanto, nuestros intereses terminan siendo los mismos.

D) Diseñar el sistema y sus incentivos: los sistemas que se diseñan y operan, tienen un profundo efecto en el comportamiento de aquellos que trabajan en el sistema y aquellos que lo utilizan. Es nuestra responsabilidad ayudar a diseñar un sistema que permita, estimule y retribuya una buena atención a la salud y que desaliente al mismo tiempo comportamientos inadecuados de cualquier índole, ya sea por parte de los médicos, usuarios o administradores.

Algunos principios de diseño de un sistema que conduzca a la calidad son: congruencia, consistencia, vinculación, persistencia.

Evaluar y monitorear el desempeño del sistema: el diseño solo dicta una tendencia general hacia la excelencia o la mediocridad: se limita a efectuar ajustes generales en el comportamiento. Para saber si el sistema tiene el desempeño deseado y para poder efectuar ajustes sutiles y precisos en el mismo, es necesario comprender una evaluación constante y realizar acciones atinadas que permitan corregir las deficiencias y mejorar la atención.

Actuar como representante confiable e íntegro: actuar en beneficio de otros, con frecuencia, esto implica un equilibrio de responsabilidades.¹¹

¹¹ Marie Phaneuf, Garantía de Calidad. En. Gestión de Enfermería una aproximación a los sistemas. MassonSalvart.

INDICADORES DE CALIDAD DE ENFERMERÍA

Los indicadores son un medio para constatar, estimar, valorar, controlar y auto regular los resultados de un proceso. La aplicación de un indicador requiere condiciones específicas y fijas para no alterar el resultado. Los indicadores deben evaluarse en forma permanente. Por lo cual son instrumentos de medición de calidad que deben ir relacionados y dirigidos a la consecución de los objetivos y resultados que cada organización haya planificado para sus procesos.

Objetivo:

Mejorar la calidad de los servicios de enfermería, definiendo criterios que se traduzcan en herramientas de medición, que garanticen las condiciones indispensables para que los cuidados que proporciona el personal de enfermería se brinden con oportunidad, en un ambiente seguro, eficiente y humano en todo el sistema nacional de salud.

CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA: se concibe como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios¹².

La Comisión Interinstitucional de Enfermería, definió como prioridad para mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de enfermería, el desarrollo de un proyecto para una evaluación sistematizada, por ello se instituyó en el Programa Nacional de Salud 2001 – 2006, un programa de acción: la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud¹³, y se identificó la oportunidad de iniciar el desarrollo del proyecto de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería.

¹²Comisión permanente de enfermería. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. 3 Indicadores http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/solicitudes.php

¹³Programa de Acción: CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/cnalsalud.pdf>

En donde se definieron los estándares e indicadores de calidad en algunos de los procedimientos de enfermería.

Los primeros indicadores de los procedimientos que se presentaron en la primera etapa fueron seleccionados por su importancia en el control de riesgos y daños innecesarios al paciente; por ser algunos de los más frecuentes en la práctica diaria y su cumplimiento ser responsabilidad directa del área de enfermería.

Los indicadores de calidad para los servicios de enfermería que se crearon por la comisión interinstitucional de enfermería son de dimensión técnica y dimensión interpersonal. Se manejan cinco indicadores de dimensión técnica¹⁴:

1. Cumplimiento de criterios básicos para la ministración de medicamentos por vía oral.
2. Vigilancia y control de venoclisis instalada.
3. Prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada.
4. Prevención de caídas en pacientes hospitalizados.
5. Prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados.

Y un indicador de dimensión Interpersonal:

6. Trato digno

A partir de estos indicadores todo el personal de enfermería se podrá evaluar el cumplimiento de sus servicios a partir de indicadores básicos, tomar decisiones al detectar oportunidades de mejora, o procesos de mejora continua. Dichos indicadores permiten comparar resultados con otras unidades de salud, y disponer de una guía para definir y/o proponer otros indicadores, integrándose de manera efectiva con las políticas institucionales de calidad al interior de la unidad médica y con aquellas que emanen de autoridades superiores.

¹⁴Comisión permanente de enfermería. Tres nuevos indicadores para la prevención de infecciones y seguridad del paciente. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/solicitudes.php

CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS BÁSICOS PARA LA MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL

Preguntas de la 1 a la 7. Para el levantamiento de la información, se deberá observar y marcar con una "X" la respuesta correspondiente. Cada pregunta será evaluada como positiva si la enfermera cumple todos los aspectos a evaluar.

- ✓ Pregunta No. 1: ¿Verifica que los datos del registro de medicamentos y el nombre del paciente correspondan con la orden médica?

El registro hace referencia a los formatos institucionales en donde el personal de enfermería transcribe la orden médica (kardex, hoja de enfermería, tarjeta de medicamentos, entre otros).

- ✓ Pregunta No. 2: ¿Verifica el nombre y presentación del medicamento?

La enfermera comprueba que el nombre del medicamento anotado en la orden médica coincida con el nombre e indicaciones de uso del medicamento. (Sublingual, deglutido, disuelto, etc.)

- ✓ Pregunta No. 3: ¿Verifica la caducidad del medicamento?

La enfermera revisa la fecha de caducidad y observa las características físicas del medicamento.

- ✓ Pregunta No. 4: ¿Verifica la dosis y hora de ministración del medicamento?

La enfermera confirma que la dosis y la hora de ministración indicada del medicamento, corresponde con la orden médica y con el formato de enfermería para transcribir medicamentos.

- ✓ Pregunta No. 5: ¿Le habla al paciente por su nombre y le explica sobre el procedimiento que le va a realizar?

La enfermera identifica al paciente verbalmente llamándolo por su nombre, y en forma visual por medio de la pulsera o brazalete de identificación colocada en la muñeca del paciente. Proporciona en forma clara y con palabras sencillas el procedimiento a realizar. En caso de que el paciente no pueda recibir la información, se le explicará al familiar.

- ✓ Pregunta No. 6: ¿Se cerciora que el paciente ingiera el medicamento?

La enfermera ofrece al paciente agua suficiente para su deglución; espera hasta que degluta el medicamento o pregunta si tiene problemas para hacerlo.

- ✓ Pregunta No. 7: ¿Registra el medicamento al término del procedimiento en el formato establecido? La enfermera anota la hora, dosis, vía

VIGILANCIA Y CONTROL DE VENOCLISIS INSTALADAS

Consta de 9 columnas y 10 filas, de la uno a la nueve para realizar hasta nueve registros. En la décima fila se totalizarán los datos de cada columna. Número de expediente: Registrar el número completo del expediente que corresponde al paciente. Preguntas de la 1 a la 7: Para el levantamiento de la información, se deberá observar y marcar con una "X" la respuesta correspondiente. Cada pregunta será evaluada como positiva si la enfermera cumple todos los aspectos a evaluar.

- ✓ Pregunta No. 1: ¿La solución instalada tiene menos de 24 horas?

Compruebe en el membrete de identificación en el frasco de la solución, la fecha de inicio de la solución. Cada solución será un evento; si el paciente tiene más de una solución, cada solución se evaluará en forma individual.

- ✓ Pregunta No. 2: ¿La solución cuenta con el membrete elaborado conforme a la normatividad?

El membrete deberá tener anotados los siguientes datos:

- a) Nombre del paciente.
- b) Número de cama.
- c) Fórmula de la solución.
- d) Fecha.
- e) Hora de inicio y término de la solución.
- f) Nombre y apellido de quien instaló la solución.

El cumplimiento mínimo será de los datos enunciados; de existir otros datos o información adicional no se considera como incumplimiento.

- ✓ Pregunta No. 3: ¿La venoclisis y el equipo tienen menos de 72 horas de instalado?

Verifique en el membrete la fecha de instalación. El tiempo de permanencia se podrá adecuar a lo establecido en cada institución. Se excluyen de este parámetro los equipos de apoyo nutricional o alimentación parenteral, que deben cambiarse cada 24 horas, y los equipos para transfusión de hemoderivados (sangre, plasma, etc) que deben retirarse una vez que terminan.

✓ Pregunta No. 4: ¿El equipo de la venoclisis se encuentra libre de residuos?

Al momento de la inspección los equipos se encuentran libres de sangre, grumos o soluciones precipitadas.

✓ Pregunta No. 5: ¿El sitio de la punción y área periférica de la venoclisis se encuentran sin signos de infección?

Verificar que en el área periférica y el trayecto venoso no haya signos de infección como: calor, rubor, edema y preguntar al paciente si tiene dolor.

✓ Pregunta No. 6: ¿El catéter se encuentra instalado firmemente y la fijación está limpia?

Verificar si la sujeción es firme. La condición de limpia incluye que la gasa, tela adhesiva o apósito que cubre el sitio de instalación estén secos.

✓ Pregunta No. 7: ¿La solución parenteral tiene circuito cerrado?

Verificar que no haya fugas por perforaciones o agujas adicionales.

PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS EN PACIENTES CON SONDA VESICAL INSTALADA

1. La bolsa colectora se mantiene por debajo del nivel de la vejiga.

Revise que la bolsa colectora:

- Se mantenga por debajo del nivel de la vejiga independientemente de la posición del paciente para evitar el retorno de la orina.
- Que no rebase más del 75 % de la capacidad de la misma.
- Que no esté colocada sobre el piso, superficie sucia o cualquier otro recipiente.

2. La sonda vesical está fija de acuerdo al sexo del paciente.

Verifique la fijación de la sonda:

- Mujeres: en la cara interna del muslo.
- Hombres: en la cara antero superior del muslo.

Revise que la fijación permita la movilidad del paciente, que ésta no obstruya la permeabilidad de la sonda y que no haya tracción de la misma.

- La fijación podrá ser diferente sólo en aquellos casos en los que se tenga indicación médica específica como en cirugías correctivas por malformaciones congénitas, cáncer en uretra, cirugía plástica y otros.

3. La sonda se encuentra con membrete de identificación.

Verifique que el membrete tenga escrito como mínimo:

- Fecha de instalación.
- Nombre completo de la persona que la instaló.

4. El sistema de drenaje se mantiene permanentemente conectado.

Revise que la sonda vesical esté permanentemente conectada al sistema de drenaje y bolsa colectora, que el dispositivo de salida de la misma esté colocado en la guarda y tenga cerrada su respectiva pinza; por ningún motivo debe ser desconectada la sonda del sistema.

5. Registra datos referentes al funcionamiento de la sonda y tubo de drenaje.

Observe y verifique que esté registrado en notas de enfermería:

- Que la sonda y tubo de drenaje permiten fluir la orina libremente.
- Que no estén pinzados, torcidos, acodados, colapsados o presionados por un objeto externo como pueden ser los barandales de la cama.
- Que no tengan fisuras.
- Que la sonda no este flácida o sus paredes colapsadas.
- Que no existan fugas por ninguna causa.

6. Registra días de instalación de la sonda y corrobora prescripción médica.

Constata que se encuentre anotado en los registros clínicos de enfermería:

- Días de instalación de la sonda en forma consecutiva, los cuales deben coincidir con los datos del membrete de identificación y la indicación médica.

7. Reporta ausencia o presencia de signos y síntomas que evidencien infección de vías urinarias.

Revise que esté reportado en las notas de enfermería y constate con el paciente:

- Características macroscópicas de la orina: hematuria, orina turbia, sedimento entre otras.
- Picos febriles.
- Dolor suprapúbico o en flancos derecho o izquierdo.
- En área periuretral presencia de secreción, prurito, ardor, inflamación, eritema entre otros. Corrobore en el paciente siempre y cuando lo permita.
- En caso de no presentar signos y síntomas deberá quedar registrado

8. Realiza y registra medidas higiénicas al paciente.

- Constata que esté reportado en las notas de enfermería las medidas higiénicas realizadas al paciente.
- Cuando lo permita el paciente, revise que la zona periuretral esté limpia y libre de secreciones.

9. Anota las medidas de orientación proporcionadas al paciente y familiar.

Revise en los registros clínicos de enfermería si se encuentran anotadas:

- Las acciones de orientación proporcionadas al paciente y familiar con relación a los cuidados a la sonda vesical y bolsa colectora.
- Corrobore con el paciente y familiar (cuando el caso lo permita) si la enfermera (o) lo orientó sobre los cuidados a la sonda vesical y bolsa colectora durante su estancia hospitalaria y al egreso; siempre y cuando continúe la indicación médica.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Valora y registra factores de riesgos de caída en el paciente durante su estancia hospitalaria.

✓ Revise en los registros clínicos de enfermería, que estén anotados:

- En unidades médicas que cuenten con protocolo: la clasificación del nivel de riesgo.
- En unidades médicas que no cuenten con protocolo: los factores reales o potenciales de riesgo de caída, entre los que se encuentran:
- La edad: menores de 6 años - mayores de 70.

- Los problemas de equilibrio.
 - La incapacidad física que afecte la movilidad o la deambulaci3n.
 - Periodos postoperatorios.
 - Estados de ayuno prolongado.
 - El estado nutricional: obesidad o desnutrici3n.
 - Estados de hipotensi3n ortostática.
 - Problemas de visi3n.
 - Reposo prolongado.
 - Antecedentes de caídas previas.
 - Efectos o reacciones adversas a medicamentos como psicotr3picos, hipotensores, diuréticos, laxantes, relajantes musculares entre otros.
 - Problemas neurol3gicos o psiquiátricos como agitaci3n, confusi3n, desorientaci3n, crisis convulsivas, alteraciones de conciencia, depresi3n, riesgo suicida, entre otros.
 - Problemas en la deambulaci3n por aparatos ortopédicos, prótesis, ortesis.
- ✓ Establece, en el plan de cuidados, las intervenciones de enfermería de acuerdo al riesgo de caída.

Constata por observaci3n y en los registros de enfermería que las intervenciones de carácter preventivo planeadas, se estén aplicando y correspondan al nivel de riesgo determinado en la valoraci3n. Entre las más sobresalientes se encuentran:

- Visitas frecuentes a la unidad del paciente para verificar las condiciones generales y específicas relacionadas con el riesgo de caída.
- Uso de barandales por uno o ambos lados de la cama o de la camilla, en pacientes: menores de 6 años de edad, seniles, inconscientes o con estados de inestabilidad física, mental o emocional generada por efectos de fármacos o de patologías de tipo neurol3gico o psiquiátrico. Así como, mantener la cama en su nivel más bajo.
- Sujeci3n en caso necesario y verificaci3n de las condiciones locales y distales de los miembros afectados y explicaci3n a los familiares o visitantes los motivos por los cuáles se debe mantener al paciente en esa condici3n.

- Colocación de objetos de uso institucional y personal al alcance del paciente: orinal, cómodo, banco de altura, timbre de llamado, intercomunicador, interruptor de luz. Artículos personales como lentes, bastón, caminadora, entre otros.
- Acompañamiento del paciente en caso de que se desplace hacia los servicios sanitarios o regadera.
- Auxiliarse de otras personas para movilizar al paciente: de otros profesionales de la salud, del propio paciente en caso de que pueda colaborar o de los familiares.
 - ✓ Utiliza los recursos disponibles y necesarios para la seguridad del paciente.

Verifique de acuerdo al riesgo evaluado, la disponibilidad del equipo y las condiciones de éste; que el personal de enfermería dé el uso apropiado a los recursos físicos, materiales o de mobiliario destinados a la seguridad del paciente. Algunos de los aspectos a revisar son:

- Los barandales de la cama o camilla deben estar instalados firmemente, rebasando la altura del colchón, el sistema de seguridad debe funcionar perfectamente. Algunas camas o camillas cuentan con barandales en la cabecera o piecera, igualmente deben permanecer siempre levantados.
- Los interruptores del timbre de llamado y el de la lámpara de luz deben estar funcionando perfectamente, colocados en forma firme para evitar que se caigan o desplacen, al alcance del paciente, deben ser audible y visibles con focos que se encienden simultáneamente en el aparato intercomunicador y en la habitación o tablero del paciente que llama.
- El banco de altura, debe estar al alcance del paciente si éste puede moverse por sí mismo, o acercarlo antes de iniciar la movilización fuera de la cama. En caso contrario debe permanecer debajo de la cama para evitar que el paciente, familiar o el mismo personal se tropiece.
- La silla para baño en regadera debe estar seca, firme y segura, antes de su uso.
- La silla de ruedas debe permanecer con el freno puesto cuando no se requiera movilizar al paciente.
- En caso de desperfecto o descomposturas en cualquiera de los aditamentos de seguridad verifique que el personal de enfermería haya reportado estas fallas a su jefe

inmediato o a quien corresponda de acuerdo al protocolo establecido en la institución o unidad. Algunos aspectos importantes que deben reportarse son:

- En los dispositivos de ayuda para la movilización como caminadoras, silla de ruedas y portasueros, reportar faltantes de gomas antiderrapantes, llantas desgastadas, rotas o sucias al grado de que impidan su libre rodamiento, frenos en mal estado o no funcionales.
- Lámparas de luz: focos fundidos o que la intensidad de la luz sea insuficiente para iluminar el área del paciente, interruptor no funcional.
- Timbres de llamado e intercomunicadores: rotos o descompuestos, interruptor no funcional, focos fundidos.
- Barandales de camas y camillas: flojos o faltantes, sistema de fijación y seguridad descompuesto.

✓ Informa al paciente y familiar sobre el riesgo de caída.

Corrobore con el paciente, familiar o visitante, si la enfermera (o) le informó sobre el riesgo de caída y las condiciones del paciente.

✓ Orienta sobre el uso y manejo del equipo y elementos para la seguridad del paciente.

Verifique con el paciente y familiar, si la enfermera (o) lo orientó sobre el uso y manejo del equipo, elementos y accesorios utilizados para evitar caídas. Algunos aspectos que son necesarios mencionar son:

- Las normas de seguridad o protocolos para la prevención de caídas establecidas en la unidad.
- La importancia y motivos de la sujeción, así como de la necesidad de comunicar a la enfermera (o), cualquier cambio que detecte en la coloración o integridad de la piel.
- El manejo de los barandales de la cama y la importancia de mantenerlos por arriba cuando el caso lo requiera, así como el de mantener la cama en su nivel más bajo.
- El uso del timbre de llamado e intercomunicador y la luz de la cabecera de la cama.
- El beneficio de mantener el banco de altura debajo de la cama cuando no esté en uso.
- La importancia de solicitar ayuda para colocar o colocarse el cómodo, u orinal y para movilizarlo o moverse en caso de que el paciente pueda hacerlo.

- Las ventajas en la utilización de la silla de baño en regadera.
- La importancia de que el descansa-pies de la silla de ruedas este abatido cuando el paciente se incorpore a caminar o cuando se vaya a sentar.
- Los beneficios de la utilización de dispositivos y accesorios para caminar, así como el manejo de éstos.
- La importancia de utilizar los pasamanos, las rampas y no caminar sobre piso húmedo.
- La utilidad de notificar a la enfermera en forma inmediata sobre cualquier desperfecto o cambio que se detecte en el mobiliario, elemento o accesorio de seguridad.
- La importancia de mantener el mobiliario de la habitación en su lugar.
 - ✓ Revalora y ajusta de acuerdo al estado del paciente, las intervenciones de enfermería establecidas en el plan de cuidados.

Verifique en los registros de enfermería si hay cambios en las condiciones del paciente con respecto a la valoración previa y si se han aplicado los ajustes en las intervenciones planeadas, de tal forma que se asegure la continuidad o modificación de las medidas de seguridad.

- ✓ Registra presencia o ausencia de incidente o accidente que presente el paciente.

Revise en las notas de enfermería, el registro de incidentes o accidentes; en caso afirmativo si fue comunicado en forma inmediata a su jefe y médico tratante, así como, los posibles motivos de la caída.

En las instituciones o unidades en donde se cuente con protocolos para el reporte de incidentes o caídas, verifique si fueron elaborados los reportes por escrito y en los formatos establecidos, así como las posibles causas.

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Valora y registra factores de riesgo que predisponen al paciente para la aparición de úlceras por presión.

- ✓ Revise en los registros clínicos de enfermería que estén anotados :
 - En las unidades médicas que cuenten con protocolo: la clasificación del riesgo.

- En las unidades médicas que no cuenten con protocolo, los factores reales o potenciales para desarrollar úlceras por presión, entre los que se encuentran:
 - Pacientes seniles.
 - Estado nutricional: obesidad o desnutrición.
 - Características de la piel: deshidratada, húmeda, irritada, edematizada o macerada.
 - Deficiencias motoras o sensoriales: parálisis, insensibilidad, entre otras.
 - Alteraciones en los procesos de eliminación vesical o intestinal: incontinencia, diarrea, entre otras.
 - Inmovilidad voluntaria o involuntaria por periodos prolongados: dolor, fatiga, sedación, analgesia, pacientes en estado crítico, con aparatos ortopédicos o neurológicos entre otros.
 - Padecimientos que comprometen el sistema inmunológico o vascular periférico.
 - Alteraciones en el estado de conciencia: depresión, coma, confusión, estupor, entre otros.
- ✓ Establece el plan de cuidados y ejecuta las intervenciones de enfermería de acuerdo al riesgo.}

Constata en los registros de enfermería que las acciones o actividades preventivas implementadas sean correspondientes con el grado de riesgo determinado como:

- Establecimiento de gráfica de rotación programada e individualizada para cambios de posición así como de ejercicios pasivos para estimular la circulación.
- Movilización asistida, pasiva o activa, dentro y fuera de la cama con la frecuencia requerida para lograr la alternancia en los puntos de presión y de acuerdo con las condiciones valoradas.
- Mantenimiento de la piel: seca, limpia, lubricada y protegida principalmente las zonas de fricción y en las salientes óseas.
- Aplicación de masajes locales con suaves movimientos circulares.
- Protección de los sitios de la piel expuestos a fricción generada por aditamentos como: tubos de drenaje, sondas o catéteres, férulas, yesos, tracciones, entre otros.

- Cambios de ropa de cama, pañal, bata o pijama cuantas veces sea necesario, evitando la formación de arrugas en las prendas.
- Mantenimiento de la piel libre de orina, heces fecales, cualquier otro líquido o exudado producido por las condiciones de salud del paciente.
- Vigilancia de que el paciente ingiera la dieta indicada.
- ✓ Utiliza los elementos disponibles y necesarios para prevenir la aparición de úlceras por presión.

Verifique de acuerdo al riesgo evaluado, la disponibilidad del equipo y las condiciones de éste; que el personal de enfermería dé el uso apropiado a los recursos físicos, materiales o mobiliario destinados a la prevención de úlceras.

Algunos aspectos a revisar son:

- Uso de cama con colchón de hule espuma, de presiones alternas, neumático o de agua.
- Utilización de almohadas de diferentes tamaños, cojines neumáticos o de material viscoelástico entre otros.
- Uso de jabones neutros.
- Uso de ropa de cama seca y limpia.
- Utilización de dispositivos protectores como: apósitos elaborados a base de hidrocoloides, películas o espumas de poliuretano.
- Uso de productos para lubricar e hidratar la piel.
- ✓ Orienta al paciente y familiar sobre las formas de prevenir las úlceras por presión.

Corrobore con el paciente, familiar o visitante si la enfermera lo ha orientado sobre la condición de riesgo e importancia de las acciones para prevenir úlceras por presión.

- Cambios de posición y su frecuencia.
- Realización de ejercicios pasivos para estimular la circulación.
- Revisión diaria de la piel del paciente.
- Lubricación de la piel.

- Utilización de elementos como: ropa limpia, almohadas, colchón de agua o de aire, de hule espuma, cama sin arrugas, etc.
- Higiene del paciente.
- Signos de alarma en la aparición de lesiones en la piel como enrojecimiento u otro cambio de coloración.
- Consumo de dieta indicada.

- ✓ Revalora y ajusta de acuerdo al estado del paciente las intervenciones de enfermería establecidas en el plan de cuidados

Verifique por lo menos en cada turno, que en los registros de enfermería esté el reporte de valoración del estado del paciente, de tal forma que haya continuidad o modificación a las intervenciones planeadas, asegurando el seguimiento en las medidas de prevención de úlceras por presión.

TRATO DIGNO

Consta de 13 columnas y 10 filas para realizar hasta nueve registros, en la décima fila se totalizarán los datos de cada columna. Número de expediente: Registrar el número completo del expediente que corresponde al paciente.

El instrumento de evaluación se aplicará a pacientes con una estancia de más de 24 horas.

El encuestador deberá formular la pregunta al paciente o familiar sin inducir la respuesta, ya que se pretende identificar la percepción que el paciente tiene respecto a la atención brindada por el personal de enfermería. En cada caso espere la respuesta sin forzarla, repita la pregunta si es necesario.

Sólo las preguntas 4, 9 y 10 necesitan instrucciones para el encuestador:

- ✓ Pregunta No 4: ¿La enfermera (o) le explica sobre los cuidados o actividades que le van a realizar?

Esta pregunta hace referencia a la información que se le debe dar al paciente antes de realizar un procedimiento.

- ✓ Pregunta No 9: ¿La enfermera (o) le enseña a usted o a su familiar los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento?

Corresponde a la información que se le debe dar al paciente o familiar durante toda su estancia hospitalaria para continuar con las indicaciones terapéuticas en su domicilio.

- ✓ Pregunta No 10: ¿Hay continuidad en los cuidados de enfermería las 24 horas del día? Hace referencia a la coordinación de acciones para no suspender el plan terapéutico por el cambio del turno.

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA CRUZ ROJA MEXICANA

Tras emprender acciones de ayuda a los damnificados de las inundaciones que sumergieron a la Ciudad de Monterrey en 1909 y los esfuerzos de Luz González Cosío de López, el 21 de febrero de 1910, el presidente Porfirio Díaz expide el decreto por el que es reconocida oficialmente la Asociación Mexicana de la Cruz Roja. Desde entonces, con fundamento en los principios de Humanidad, Imparcialidad, Neutralidad, Independencia, Voluntariado, Unidad y Universalidad, la Cruz Roja Mexicana ha sido en nuestra nación, la única organización civil de las personas para las personas, que ayuda sin discriminación de carácter desfavorable sobre la base de la gratuidad, a miles que sufren el desamparo en las horas de la desgracia.

Cruz Roja Mexicana ha demostrado contar con la confianza de todos, mantenerse por encima de las controversias y estar consolidada como la única organización capaz de movilizar millones de conciencias, miles de voluntarios y miles de toneladas de recursos para atender eficientemente a quienes se han visto afectados en sus personas y bienes por los embates de la naturaleza, por los accidentes y las enfermedades, por el abandono y la indiferencia. Y es solo con la ayuda desinteresada de las personas, es que nuestra Institución consigue llevar su luz de esperanza a todos los lugares, en todos los tiempos, en todas las circunstancias a quien más y con mayor urgencia la necesita

Dr. Alfonso Priani González nació el 4 de Octubre de 1888 en la Ciudad de México. Estudió hasta la preparatoria en Xalapa y regreso a la capital para ingresar a la Universidad de Odontología a la que después de titularse como médico odontólogo, le dedicó 27 años como profesor y 9 como Director.

Fue buscado para ocupar un gran número de importantes puestos públicos, fue Jefe de Psicopedagogía en la Secretaría de Educación Pública, Presidente del Patronato Rafael Donde, Subsecretario del Departamento General, Director de la Lotería Nacional, Secretario de la Beneficencia Pública, (puesto durante el cual luchó por hacer la vida más tolerable a los internos del manicomio).

Inició los desayunos escolares, idea que se convirtió en una actividad fundamental en el país para beneficio de los niños/as. Con una gran preocupación, procuro la atención a los niños desvalidos que vagaban por las calles llevándolos al dormitorio La Soledad donde les ofrecía comida, abrigo y limpieza, pero especialmente afecto.

Ingresó como Voluntario a la Cruz Roja y tuvo una actuación histórica en los difíciles días de la Decena trágica cuando a pesar de lo peligroso de la situación, recorrió día y noche las calles sitiadas de la Ciudad en busca de heridos a los que recogía y atendía. Por estos servicios fue nombrado Jefe de Ambulancia y con tal cargo, dirigió las operaciones de socorro en las sangrientas batallas de la Revolución Mexicana. Cabe destacar su intervención en la batalla de Agua Prieta y haber trasladado a la Ciudad de México desde Tlaxcalantongo Puebla, bajo el amparo de la bandera de la cruz roja, el cuerpo asesinado del ex presidente Venustiano Carranza. Al restablecimiento de la paz, continuó su labor en la Cruz Roja, en la beneficencia y en la Universidad. Para Cruz Roja, editó un Reglamento que fue adoptado por los países iberoamericanos, durante un rescate se acercó tanto al volcán que cayó junto con su caballo sufriendo fracturas quedando a merced de los gases que emanaban del cráter, lo que le provocó una leucemia aguda que a la edad de 56 años lo llevó a la muerte el 27 de Febrero de 1945 en su casa de la Ciudad de México.

El Dr. Priani recibió el cariño de tantas personas a las que había ayudado; en hombros fue llevado hasta el Panteón Francés y durante su entierro estuvieron presentes una ambulancia de cada estado del país rindiéndole homenaje con el sonido de sus sirenas mientras era bajado su cuerpo al sepulcro. la obra más importante que creo, fue la Cruz Roja de la Juventud, que hasta la fecha, se ha significado por la formación de los dirigentes de la Institución, por el acercamiento del concepto de la Cruz Roja a la niñez y por promover de manera sostenida, los ideales del Movimiento, más allá de la Institución misma. Fue un Voluntario apasionado por remediar el sufrimiento de la gente, sus actividades representaron siempre grandes cambios y profundas transformaciones en la historia de la Cruz Roja Mexicana.

En Septiembre de 1967, ante un pleno nacional el Sr. Presidente de la Cruz Roja Mexicana, haciendo eco de los grandes cambios que ocurrieron en la Institución y por recomendaciones de la Federación Internacional, recuerda a todos que somos una Institución Internacional y con un mismo orden, por lo que hace mención que con la nueva redacción de los estatutos de Cruz Roja Mexicana, se reconoce a la Cruz Roja de la Juventud, su nombre y el estatuto de Comité permanente de la Sociedad Nacional, dándole la misma importancia que el resto de los entonces llamados Comités. Se dispone que cualquier Sección Juvenil de cualquier área de la Cruz Roja, sea integrada a la Cruz Roja de la Juventud.

Una vez más, Juventud levanta polémica. Los/as adultos concluyen que el nombre de Cruz Roja de la Juventud, implica una separación con la Cruz Roja Mexicana. Sin embargo, los Seminarios Nacionales que definen el proyecto asociativo de la CRJ, el carácter del grupo como educativo, formativo, colegial, juvenil asistencial y de apoyo, y con el fundamento de los estatutos del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, se deja más que justificado el nombre de Cruz Roja de la Juventud. Nombre con el que orgullosamente se dio a conocer, llevaría hasta nuestros días y con el que ha gestado grandes cambios en la Institución y desarrollado sus actividades. El uniforme beige, se mantendrá en Juventud por más de 30 años.

- 1971 Se celebra en México, el Primer Consejo Mundial de la Juventud, 50 países hacen una declaración sobre la contribución de los/as jóvenes al fomento de la paz y la solidaridad en la labor diaria de la Cruz Roja.
- 1975 Juventud sobresale como tema en la Primera Conferencia Mundial sobre la Cruz Roja y la Paz.
- 1976 Año dedicado a la Juventud con el lema: “La Cruz Roja es joven”.
- 1977 El Consejo de Gobernadores de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y la Reunión de Directores de la Cruz Roja de la Juventud, aprueban cinco resoluciones que son la base de las tareas prioritarias tanto presente como futura del programa de Juventud.

- 1981 Se celebra el Segundo Consejo Mundial de la Juventud en la Ciudad de México.
- 1989 El "Supercamp" - la primera reunión mundial de jóvenes de la Cruz Roja / Media Luna Roja, en la que se reunieron en Italia 511 jóvenes de 132 Sociedades Nacionales.
- 1999 "YouthPower" en Suecia, la segunda reunión mundial de jóvenes de la Cruz Roja / Media Luna Roja, reunió a jóvenes de 120 Sociedades Nacionales.
- 1991 Aprobación por parte de la Asamblea General de la Política de la Juventud de la Federación Internacional.
- 2004 Los representantes de la Juventud de 27 Sociedades Nacionales se reunieron en Tarragona para debatir cómo lograr una mayor participación de los jóvenes, no sólo como representantes de un grupo vulnerable, sino como socios con la capacidad de aportar un valor añadido al trabajo de la Federación en su conjunto. Hoy en día, casi la totalidad de las 181 Sociedades Nacionales tienen secciones y programas de juventud. De los 97 millones de voluntarios y miembros del Movimiento, se calcula que más de la mitad son jóvenes.¹⁵

¹⁵ Cruz Roja Mexica historia. <http://www.planetaj.cruzrojamexicana.org.mx/>

CONOCIMIENTO

Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que al ser tomados por sí solos poseen un menor valor cualitativo.

El conocimiento es aquello necesariamente verdadero. En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente. El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón, el filósofo griego Platón mantenía que casi todo el conocimiento se deriva de la experiencia y se adquiere ya sea por vía directa, con la abstracción de los rasgos que definen a una especie, o de forma indirecta deduciendo nuevos datos de aquellos ya sabidos, de acuerdo con las reglas de la lógica (Aristóteles).

El conocimiento no es algo innato en el individuo, del mismo modo el conocimiento no se logra sólo a través de la observación del medio, como lo declara el empirismo. Según Piaget, el conocimiento se produce gracias a la interacción del individuo con su medio, de acuerdo con las estructuras que forman parte del individuo.¹⁶

¹⁶Hessen; Teoría del conocimiento; Editorial Esfinge.

CONCEPTO DE METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos.

El propósito de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, es promover acciones específicas para mejorar la seguridad de los pacientes. Las metas destacan problemas relevantes dentro de la atención médica y describen soluciones que abarcan a todo el sistema, basadas tanto en evidencia, como en el conocimiento de expertos.

La Organización Panamericana de la Salud recalcó la importancia de la calidad de la atención y la seguridad del paciente, como una cualidad esencial para conseguir los objetivos nacionales e internacionales en salud; la mejora de la salud de la población, y el futuro sostenible de los sistemas de atención en salud.¹⁷

EXISTEN SEIS METAS QUE SON:

1. IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LOS PACIENTES.
2. MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA EN EL ÁREA DE LA SALUD.
3. MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO.
4. REALIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO CON EL PACIENTE CORRECTO Y CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO.
5. REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADA CON LA ATENCIÓN MÉDICA.
6. REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE A CAUSA DE CAÍDAS

¹⁷Gallardo, L. E.-E. (1 de Agosto de 2012). Calidad de la Atención Médica La diferencia entre la vida y la muerte. Revista Digital Universitaria, 13.

IMPLEMENTACION DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La implementación de estas metas conlleva el compromiso de transitar de la simple atención a la verdadera cultura de otorgar la seguridad al paciente que espera recibir, y que los establecimientos de salud están obligados a otorgar.

METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	OBJETIVO	PRÁCTICAS SEGURAS
<p>Identificar correctamente al paciente.</p>	<p>Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.</p>	<p>Contar con al menos dos identificadores, de preferencia que los conozca el paciente. Estas son el nombre y el número de seguridad.</p>
<p>Mejorar la comunicación efectiva en órdenes verbales y telefónicas</p>	<p>Prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas cuando las circunstancias limiten el registro de las órdenes médicas por escrito</p>	<p>Escuchar, escribir, leer y confirmar para evitar confusión y error; en caso de extrema urgencia.</p>
<p>Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo</p>	<p>Prevenir errores de medicación con electrolitos concentrados, heparinas, insulinas, anticoagulantes, citotóxicos y</p>	<p>Clasificar, separar, etiquetar y resguardar los medicamentos de alto riesgo, para diferenciarlos de los de uso común mediante la leyenda “medicamentos de alto riesgo”, así como doble verificación antes de</p>

	medicamentos radioactivos.	preparar y administrar.
Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto	Prevenir errores que involucren cirugías en el sitio, paciente o procedimiento incorrecto.	Lista de verificación que incluye el marcaje quirúrgico para evitar equivocaciones.
Reducir riesgo de infecciones asociadas con la atención medica	Evitar el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un programa efectivo de higiene de manos.	Programa efectivo con técnica adecuada de lavado de manos en los cinco momentos correctos.
Reducir el riesgo de daño al paciente ocasionado por caídas	Evitar el riesgo de daño al paciente por causas de caídas	Identificación de factores de riesgo y clasificación de los riesgos de caída (escala Newman) para establecer medidas preventivas para evitar caídas.

Como primer paso, es indispensable, transitar de una cultura tradicional hacia una de seguridad, para contar con una base sólida en la preparación para la implementación de Las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.

PERIODO DE PREPARACIÓN

- Sensibilizar a todo el personal del hospital
- Establecer como política prioritaria del hospital la seguridad del paciente
- Una de las primeras acciones a realizar es la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP).
- Fortalecer el liderazgo de todos los jefes de servicio para dirigir los esfuerzos de manera correcta.
- Integrar equipos de trabajo para coordinar y evaluar la implementación de las MISP.
- Identificar y priorizar los riesgos de los procesos de atención médica en los que apliquen las MISP.
- Involucrar al personal operativo donde impere el cambio de cultura laboral hacia la seguridad del paciente.
- Elaborar un programa efectivo de sensibilización, difusión, implantación, evaluación y mejora.
- Adoptar y adaptar las mejores prácticas relacionadas con las MISP.

FASE 1

PROGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN

Capacitación de Directivos y Sensibilización del Personal Operativo.

- Sensibilización al personal operativo, dando a conocer el impacto que representan los riesgos al no aplicar las MISP, tanto en salud para el paciente como en costos para el establecimiento. También puede repercutir en la seguridad de los trabajadores de la salud.
- Capacitación y conocimiento de las MISP por parte del personal directivo.
- Formación de equipos de trabajo para la difusión y la implementación de preferencia conformados por el propio personal operativo previamente capacitado y liderazgo por personal directivo.
- La importancia del proceso de sensibilización radica en conocer el impacto y el “para que”; esto facilitará las medidas de seguridad. Generalmente las situaciones impositivas o autoritarias dificultan la aplicación práctica.

FASE 2

DIFUSIÓN

- Elaboración de material didáctico: diapositivas, carteles, mantas, posters, mamparas, videos, juegos, concursos de conocimientos, memoramas, ruletas rusas, botargas, etc.
- Implementación de la semana de lavado de manos: concurso de cartel de lavado de manos y asesoría en la técnica correcta del lavado de manos.
- Foros de difusión: sesiones generales, departamentales, utilización de pantallas, sistema de voceo, protectores de pantallas en sistemas de cómputo, etc.
- Importancia de la capacitación y participación del paciente y sus familiares.
- Esta fase es permanente y forma parte de las actividades de inducción y capacitación que recibe el personal de nuevo ingreso.

- **FASE 3**

MEDICIÓN DE IMPACTO Y MEJORAS

- Elaboración de guías de supervisión con indicadores objetivos y prácticos. El mecanismo de recolección siempre fue observacional en campo y en todas las áreas del hospital.
- Análisis de la información. Cada MISP fue evaluada con un indicador particular, mismo que se fue ajustando de acuerdo con los resultados, dando prioridad a los servicios de mayor riesgo, según la matriz realizada en el hospital.
- Avance. De acuerdo con los resultados se elaboraron mejoras en el programa o indicadores, a los cuales se les debe dar seguimiento puntual por parte del equipo evaluador.

META 1.

IDENTIFICAR CORECTAMENTE A LOS PACIENTE

OBJETIVO: Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir eventos adversos y errores que involucran al paciente equivocado.

La identificación correcta de paciente es un procedimiento que le permite al equipo multidisciplinario verificar que se está atendiendo a la persona correcta; es decir tener la certeza de la identidad de la persona cuando está hospitalizado.

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS CRÍTICOS QUE REQUIEREN IDENTIFICACIÓN CORRECTA.

ANTES DE:

- ✓ Administrar medicamentos.
- ✓ Realizar procedimientos invasivos /tratamientos
- ✓ Estudios de laboratorio y / o Imagen.
- ✓ Administración de hemoderivados.
- ✓ Administración de alimentos /nutriciones.

TIPOS DE IDENTIFICACIÓN:

- Identificación verbal
- Identificación gráfica.

IDENTIFICACIÓN VERBAL

Esta identificación hace referencia a la emisión verbal y en tono alto del nombre del paciente, su número de cama, registro hospitalario, edad o algún otro dato establecido por la organización hospitalaria. Esta identificación se realiza teniendo un emisor de la comunicación, que es la persona que realiza el procedimiento y un receptor de la comunicación, que puede ser el paciente, familiar o cualquier persona encargada de la atención a su salud. Esta identificación permite ser copartícipe al paciente y a su familiar de su propia seguridad.

IDENTIFICACIÓN GRÁFICA

Es toda la tipificación que se encuentra por escrito en diferentes documentos o dispositivos de identificación. Los datos escritos varían según las disposiciones hospitalarias y entre los mecanismos de identificación están los siguientes:

- Pulsera o brazalete.
- Tarjeta de cabecera y pie de cama o de habitación del paciente.
- Carnet

Etiqueta o membrete de identificación del expediente clínico.

FACTORES DE RIESGO

- Pacientes con nombre iguales.
- Pacientes con apellidos iguales o similares.
- Pacientes que utilicen sobrenombres o con más de un nombre.
- Pacientes que por diversas condiciones físicas no pueden responder ante la identificación verbal.
- Pacientes pediátricos.
- Proceso de captura o registro de datos incompletos al ingreso del paciente por ausencia de familiares que validen la información.
- Procesos de capturas o registro de datos de pacientes duplicados.
- Inexistencia del proceso de identificación del paciente, en donde se establezca las funciones y responsabilidades.
- Uso de pulseras o brazaletes no indelebles.
- Traslado y movimiento del paciente de una unidad a otra sin banda de identificación.
- Ausencia de identificación oficial al ingreso del paciente.¹⁸

¹⁸Vázquez, J. A. (2013). Herramientas que Apoyan la Seguridad del Paciente. México: 1 Alfíl.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- Establecer el proceso de identificación del paciente como un procedimiento prioritario al iniciar cualquier tipo de atención a los usuarios del servicio.
- Estandarizar los procesos de registro en todas las áreas hospitalarias.
- Supervisar los procesos de identificación correcta del paciente.
- Escribir los datos con letra legible.
- Realizar siempre doble verificación y aplicar por lo menos dos mecanismo de identificación: Identificación verbal- identificación de pulsera o brazalete.

SE DEBE IDENTIFICAR AL PACIENTE ANTES DE:

1. Ministración de medicamentos, sangre o hemoderivados.
2. Extracción de sangre y otras muestras para análisis clínicos.
3. Dotación de dietas.
4. Realización de cualquier otro tratamiento o procedimiento.¹⁹

¹⁹ Vázquez, J. A. (2013). Seguridad del paciente: Una prioridad Nacional. México: 1 Alfíl.

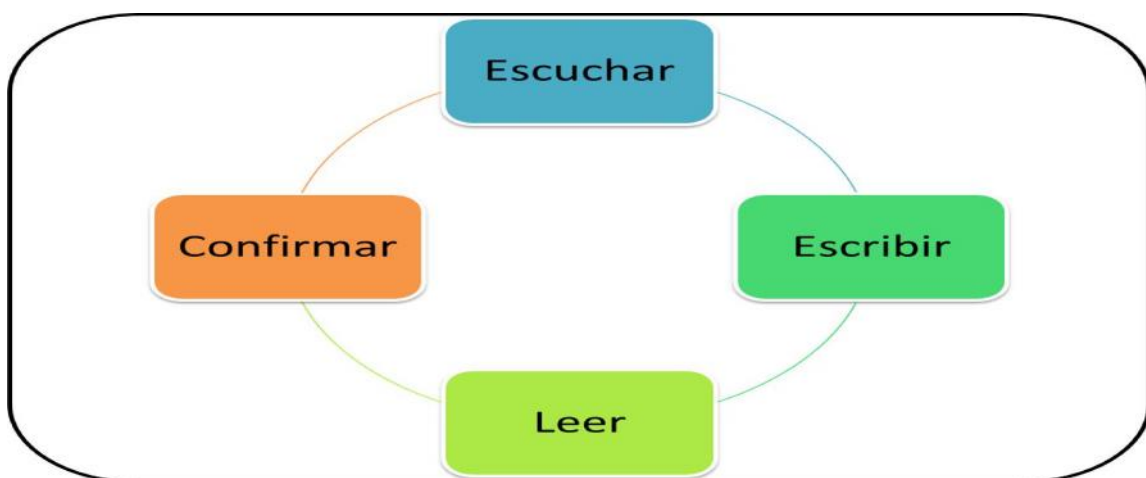
META 2

MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA

OBJETIVO: Prevenir errores de comunicación por órdenes verbales y telefónicas.

Cuando la comunicación es efectiva, lo cual implica que sea oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuye y da como resultado una mejora en la seguridad del paciente. Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes/indicaciones de atención al paciente dadas verbalmente y por teléfono. Otro tipo de comunicación propensa al error es la información de resultados de laboratorio o gabinete. La prescripción médica representa el sistema en el cual se sustenta la comunicación escrita entre médico, personal de enfermería, personal paramédico, así como familiares y los propios pacientes.

El establecimiento debe elaborar una política y/o procedimiento para órdenes/indicaciones verbales y telefónicas que incluye: escuchar completamente la indicación y anotación de la orden o el resultado de laboratorio o gabinete por parte de quien recibe la información; la lectura por parte del receptor de la orden o el resultado del análisis y la confirmación de que lo que se ha anotado y leído es exacto por parte de quien emite la orden o comunicación del resultado.²⁰



²⁰ (Vázquez, Herramientas que Apoyan la Seguridad del Paciente, 2013)

META 3

MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO, (ELECTROLITOS CONCENTRADOS)

OBJETIVO: evitar, prevenir errores con la administración de los medicamentos de alto riesgo como electrolitos, heparinas, insulinas.

MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: aquellos que tienen un "riesgo" muy elevado de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización.

CONCENTRADOS DE ELECTROLITOS: son sustancias que contienen iones libres, los que se comportan como medio conductor eléctrico. En fisiología los electrolitos primarios son sodio (Na⁺), potasio (K⁺), calcio (Ca²⁺), magnesio (Mg²⁺), cloruro (Cl⁻), hidrógeno fosfato (HPO₄) y bicarbonato (HCO₃).

El personal de salud como enfermería designará el lugar donde estén resguardados, etiquetados y clasificados por colores los electrolitos concentrados y en contenedores de plástico y serán manejados como medicamentos controlados y fuera del alcance de los pacientes. Los contenedores también se etiquetarán con el nombre, el color del electrolito concentrado y con otra etiqueta que diga "CUIDADO ALTO RIESGO". El etiquetado de cada electrolito concentrado, será marcado con el color correspondiente, para identificarlos de otros medicamentos.

El etiquetado del color de cada electrolito concentrado es bajo la indicación de la : **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-072-SSA1-1993, ETIQUETADO DE MEDICAMENTOS.** El 21 de noviembre del 2012 se publicó en el diario oficial de la federación la norma oficial mexicana NOM 72 SSA1 1993. Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los requisitos que deberá contener el etiquetado de los medicamentos de origen nacional o extranjero que se comercialicen en el territorio nacional, así como el etiquetado de las muestras médicas de los mismos.

Su campo de aplicación de esta Norma es de observancia obligatoria para todas las fábricas o laboratorios, que procesen medicamentos o productos biológicos para uso humano.²¹

En los medicamentos que se administran por vía parenteral y son considerados de alto riesgo por la Secretaría de Salud, se debe expresar la leyenda: "Medicamento de alto riesgo", tanto en el envase primario, como en el secundario. Para ampolleta o frasco ámpula incoloro, los textos deberán ser en color rojo. Para ampolleta o frasco ámpula ámbar los textos deberán expresarse en color blanco si son grabados, o en rojo, si son etiquetas. Para el caso de los electrolitos concentrados, el fondo de la etiqueta deberá cumplir con los siguientes colores:

COLOR	ELECTROLITOS	PRESENTACIÓN
Azul	Bicarbonato de Sodio 7.5%.	10 ml.
Verde	Sulfato de Magnesio 10%.	10 ml.
Amarillo	Gluconato de Calcio 10%.	10 ml.
Rojo	Cloruro de Potasio 14.9%.	10 ml.
Naranja	Fosfato de Potasio 15%.	10 ml.
Blanco	Cloruro de Sodio 17.7%	10 ml.

²¹Norma Oficial Mexicana NOM-72- SSA1-1993 Etiquetado de Medicamentos . (10 de Abril de 2000). Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/072ssa13.html>

ELECTROLITOS

Solución de iones capaz de conducir corriente eléctrica. Los electrólitos participan en los procesos fisiológicos del organismo, manteniendo un sutil y complejo equilibrio entre el medio intracelular y el medio extracelular. Habitualmente se considera que los electrólitos son los iones libres de sodio Na⁺, potasio K⁺, calcio Ca²⁺, fósforo P³⁻, magnesio Mg²⁺.

Cada electrólito tiene una concentración característica en el plasma sanguíneo, el líquido intersticial y el líquido celular. Son importantes para regular la osmolaridad o concentración de partículas en el plasma sanguíneo y otros líquidos del organismo. También determinan el nivel de hidratación y el de los líquidos corporales. El correcto equilibrio entre los distintos electrólitos es de importancia crítica para el metabolismo del cuerpo y su normal funcionamiento.²²

USAR TÉCNICAS DE “DOBLE CHEQUEO”

Cada hospital debe identificar los procesos en los que se producen errores con más frecuencia y emplear métodos que ayuden a prevenirlos. Uno de estos métodos consiste en emplear sistemas de “doble chequeo independiente” en que una persona revisa el trabajo realizado por otra. A pesar de que todo el personal es susceptible de cometer errores, la probabilidad de que dos personas cometan el mismo error con la misma medicación y en el mismo paciente es muy baja.²³

²²La Enciclopedia de Artículos y respuestas de Salud, dietética y psicología. (s.f.). Obtenido de <http://www.encyclopediasalud.com/categorias/cuerpo-humano/articulos/electrolitos-en-el-cuerpo-humano>.

²³Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente de la Cédula de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. 2012. [Acceso 2014-nov-10] Disponible en: http://edumed.imss.gob.mx/pediatreresidentes/guia_metas_internacionales.pdf.

META 4

GARANTIZAR CIRUGÍAS, EN EL LUGAR CORRECTO, PROCEDIMIENTO CORRECTO, Y PACIENTE CORRECTO

OBJETIVO: Prevenir errores en las cirugías como lugar incorrecto, procedimiento incorrecto, paciente incorrecto.

Los jefes de los servicios son los encargados de que se lleve a cabo una buena implementación de la meta número 4. Las cirugías que se llevan a cabo en el lugar incorrecto, procedimiento incorrecto, paciente incorrecto, es a causa de una mala comunicación entre el personal quirúrgico y la falta de involucración del paciente en su procedimiento quirúrgico y la falta de verificación del marcado quirúrgico, la letra ilegible y las abreviaturas en los expedientes clínicos entre otras situaciones que favorecen a los errores quirúrgicos. Para prevenir estos errores existen dos herramientas que favorecen el cumplimiento de la cirugía segura, meta número 4.

PROTOCOLO UNIVERSAL

- Antes de la cirugía se verifica: que sea el paciente correcto, lugar correcto de la cirugía, además de verificar que el expediente clínico cuente con la documentación completa como laboratorios, consentimientos.
- Marcado del sitio de la cirugía: debe ser realizado por el médico cirujano responsable de la cirugía, con ayuda del paciente consciente siempre que esto sea posible, con el fin de identificar el sitio quirúrgico.
- El sitio quirúrgico se marca con lateralidad derecho e izquierdo, en donde se realizará la incisión quirúrgica, se marca con un punto y a tres centímetros aproximadamente un círculo con las iniciales del médico cirujano.
- Los casos de excepción de marcado son la cirugía en mucosas, los recién nacidos o cuando el paciente no lo acepta. En cualquiera de los casos se debe de llevar a cabo un marcado de descripción en la hoja de cirugía segura, la cual debe firmar el paciente o su tutor legal.

➤ Tiempo fuera: el médico cirujano es el responsable de dar una pausa antes de iniciar la cirugía para corroborar que sea el paciente correcto, procedimiento correcto y sitio quirúrgico correcto.²⁴

LISTA DE VERIFICACIÓN

Esta etapa permite al personal de enfermería registrar información de las actividades que se realizan dentro de la sala del quirófano. Al ingresar el paciente a la sala, antes de la cirugía y antes de que salga el paciente de la sala de quirófano. La verificación al ingresar el paciente a la sala quirúrgica incluye: identificación del paciente, intervención quirúrgica, sitio anatómico, que esté en buen funcionamiento el equipo de anestesia, historia de alergias, ayuno, colocado el oxímetro. La verificación antes de la cirugía incluye, que el personal de salud se presente con el paciente y su función a realizar durante la cirugía, la confirmación de identificar al paciente, procedimiento, y sitio quirúrgico en donde será la incisión y que el anesthesiólogo verifique padecimientos del paciente, el personal de enfermería verifique la esterilidad del material, ropa y que las imágenes puedan ser visualizadas.

Antes de que el paciente salga de la sala de quirófano, se verifica el procedimiento realizado, conteo de gasas e instrumental o falta de ello, el etiquetado de las muestras, los aspectos de recuperación y tratamiento en el postoperatorio. Esta información se documenta en un formato con firma y cédula profesional del personal que participa en la cirugía como el cirujano, anesthesiólogo, enfermera instrumentista y circulante y se anexa al expediente clínico.²⁵

²⁴ Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009.(16) CONAMED. Profesionales Médicos de Todo el Mundo Aprueban la Lista de Verificación de la OMS para Reducir los Riesgos de la Cirugía. Comunicado de Prensa.26 Junio 2008. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prensa/2008/aprob_oms_riesgos.php

²⁵Dirección General Adjunta de Calidad en Salud. Instrucción 201/2009. Campaña Sectorial “Cirugía Segura Salva Vidas”. 28 Dic. 2009.

META 5

REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN MÉDICA

OBJETIVO: Mejorar el pronóstico del paciente mediante acciones higiénicas al alcance de todo el personal de salud para que disminuyan los daños prevenibles.

Debido a su misma naturaleza, las infecciones son causadas por diferentes factores que se relacionan con los sistemas y procesos de atención de salud como así también con el comportamiento humano condicionado por la educación, los límites económicos y políticos de los sistemas y países, y con frecuencia por normas y creencias de la sociedad. Sin embargo, la mayoría de las infecciones se pueden prevenir. La higiene de manos es la medida primaria para reducir infecciones. Quizás una acción simple, pero la falta de cumplimiento de la misma por parte de los profesionales de la salud es un problema mundial. Basándose en investigaciones sobre los aspectos que influyen el cumplimiento de la higiene de manos y mejores estrategias de promoción, se ha demostrado que nuevos enfoques son eficaces. Se han propuesto una variedad de estrategias para la mejora y promoción de la higiene de manos, el Primer Desafío Global de la Seguridad del Paciente de la OMS. El personal de salud debe conocer los momentos en que se debe lavar las manos esto con la finalidad de poder disminuir los daños de salud a los pacientes que se encuentran a nuestro cargo de tal manera se deben implementar propuestas en las cuales nos ayuden a que todo el personal de salud cumpla con las intervenciones propuestas como son:

- Promover la higiene de manos como medida principal para la prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud.
- Desarrollar guías, trípticos, manuales, videos de la técnica adecuada de lavado de manos.
- Reportar los eventos centinela asociados a una infección durante el cuidado médico.

- Conocer la técnica adecuada de lavado de manos con la aplicación de jabón y alcohol en gel.
- Conocer la norma oficial mexicana para el manejo de residuos biológicos e infecciosos.
- Establecer en toda institución de salud la ruta de manejo de RPBI.
- Usar la ropa adecuada para áreas restringidas y para manejo de RPBI.
- Evaluar el avance en el apego a los procedimientos.
- Llevar a cabo campaña permanente de higiene de manos, y establecer los avances.
- Involucrar al paciente y a familiares en la prevención de infecciones.
- Toda persona debe realizar higiene de manos antes y después del contacto con cada paciente, y para evitar la transmisión de microorganismos a un paciente diferente

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), estableció la Campaña "SALVE VIDAS: lávese las manos, con el propósito de reducir la transmisión microbiana de infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS). Por lo cual la OMS difunde 10 razones por las cuales todo el personal de salud debería participar activamente realizando y promoviendo la higiene de las manos en su establecimiento de salud los cuales son:

1. La higiene de las manos en el momento adecuado salva vidas.
2. La higiene de las manos en el cuidado de salud ha salvado millones de vidas en los últimos años.
3. La higiene de las manos es un indicador de calidad de sistemas de salud seguros.
4. Los problemas de salud, como las infecciones asociadas a la atención sanitaria las cuales son a menudo invisibles pero sin embargo ocurren, son retos políticos y sociales que debemos abordar.
5. Las infecciones pueden ser evitadas por medio de una buena higiene de las manos, y el daño a la salud de los pacientes y del personal de la atención de la salud se puede prevenir a través de un bajo costo.

6. Existe tecnología de bajo costo para salvar vidas. La solución desinfectante a base de alcohol, la cual puede prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud y millones de muertes cada año, a un costo menor que el lavado de manos.
7. Existe en los medios sociales, lo cual significa que es un tema importante, ya sea debido a las infecciones asociadas a la atención de salud o a brotes por enfermedades mortales como el ébola.
8. El incorporar los momentos específicos para la acción de la higiene de las manos en el flujo de trabajo del personal sanitario facilita hacer lo correcto a cada minuto, a cada hora, cada día.
9. La prevención de las infecciones está en el corazón del fortalecimiento de los sistemas de salud. La higiene de las manos es la base de todas las intervenciones, ya sea al insertar un dispositivo médico invasivo, manipular una herida quirúrgica, o al realizar una inyección.
10. La epidemia social ya ha comenzado a transmitirse con “Salve vidas: límpiese las manos”, una campaña exitosa que promueve la acción del lavado de las manos en el punto de atención del paciente.

Para esto es muy importante saber que las manos del personal son el vehículo de transmisión de microorganismos más importante en las instituciones que brindan cuidados para la salud a pacientes internados.²⁶

²⁶Organización Mundial de la Salud. La OMS lanza “Nueve soluciones para la seguridad del paciente” a fin de salvar vidas y evitar daños. [Acceso 2014-nov-10] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>

HIGIENE DE MANOS

Las manos del personal son el vehículo de transmisión de microorganismos más importante en las instituciones que brindan cuidados para la salud a pacientes internados.

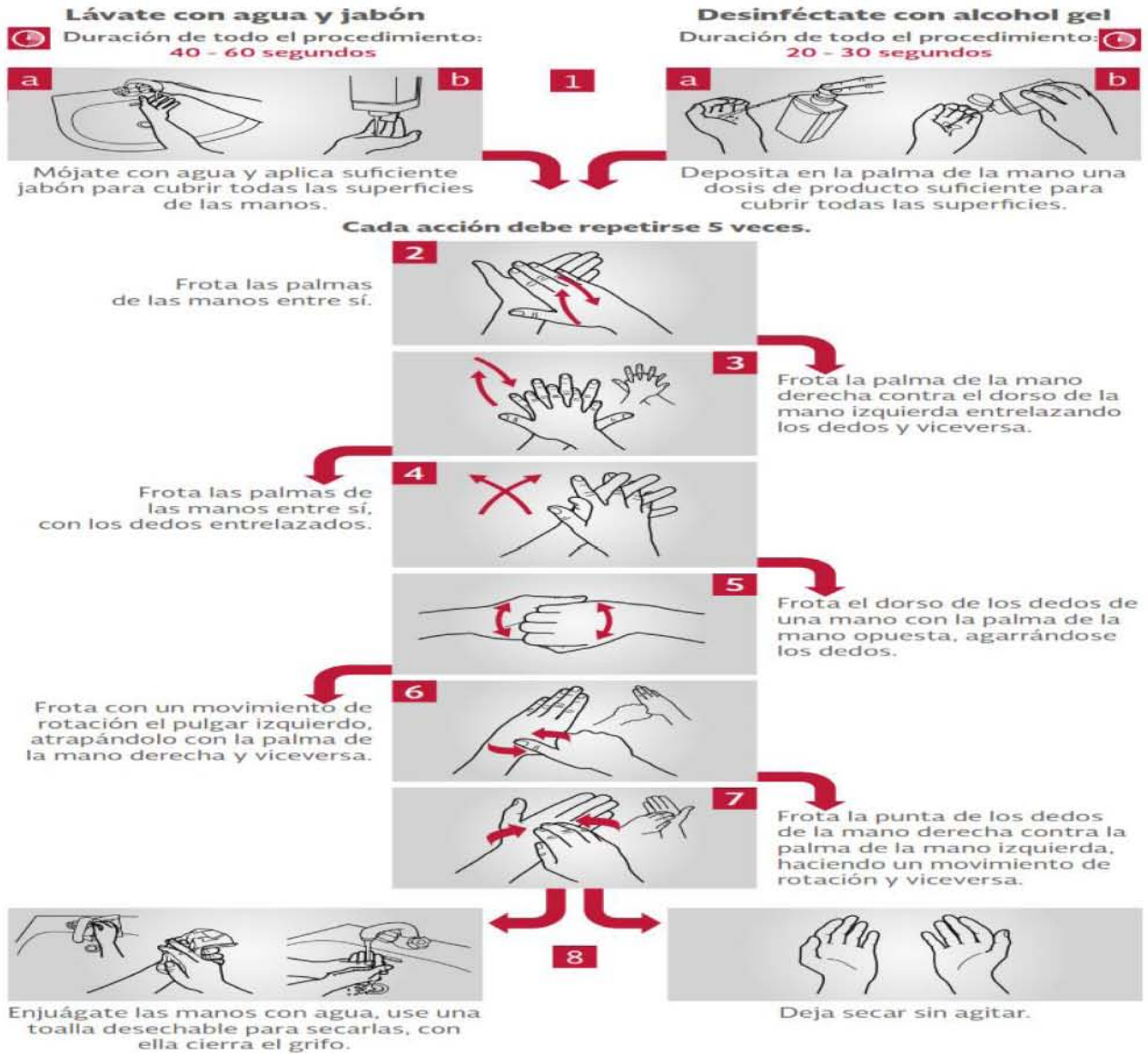
Es la medida más simple, eficaz y económica para prevenir la transmisión de las infecciones hospitalarias.²⁷

FLORA DE LAS MANOS

Flora	Microorganismos	Ubicación	Adquisición
Flora Transitoria	<ul style="list-style-type: none">E. Coli• SAMR• Serratia• Enterococos	Toda la superficie de la piel de las manos	Se adquiere durante las actividades de cuidado de pacientes.
Flora Habitual	<ul style="list-style-type: none">• Staphylococcus coagulasa negativo.• Difteroides	<ul style="list-style-type: none">• Glándulas sudoríparas.• Debajo de las Uñas	Flora normal.

²⁷Cartel de difusión Higiene de Manos en Atención Ambulatoria. Campaña está en tus manos. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. [Acceso 2015-mar-16] Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_00H.pdf.

Prevenir las infecciones intrahospitalarias **Está en tus manos**



Una vez secas, tus manos son seguras.

HIGIENE DE MANOS: SEGURIDAD DEL PACIENTE.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Adaptado del cartel de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud



Organización
Mundial de la Salud

• www.calidad.salud.gob.mx •

28

²⁸NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. México: Diario Oficial.

¿CUANTOS TIPOS DE LAVADOS DE MANOS HAY?

1. Social
 2. Higiene de manos
 3. Quirúrgico
- Lavado de manos social: Es aquel que se realiza con agua y jabón no antiséptico, para remover la suciedad de las manos, este se lleva acabo donde no se tiene relación directamente con pacientes.²⁹

MOMENTOS DEL LAVADO DE MANO



²⁹Organización Mundial de la Salud. La higiene de las manos en la asistencia ambulatoria y domiciliaria y en los cuidados de larga duración. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos y del modelo “Los cinco momentos para la higiene de las manos”. 2013

NORMA OFICIAL MEXICANA-045 De las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)

Desde mediados de los años ochenta, en México, el control de infecciones nosocomiales se formaliza a partir del programa establecido en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ) que se extiende a los otros institutos nacionales de salud y desde donde surge la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE). A finales de 1989, la Organización Panamericana de la Salud conjuntamente con la Sociedad de Epidemiología Hospitalaria de Estados Unidos de América, realizó una conferencia en el cual el objetivo fundamental era la prevención y el control de las infecciones nosocomiales para garantizar la calidad de la atención médica.

La vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales se inscribe dentro de estos propósitos al permitir la aplicación de normas, procedimientos, criterios y sistemas de trabajo multidisciplinario para la identificación temprana y el estudio, prevención y control de las infecciones de este tipo. Constituye un instrumento de apoyo para el funcionamiento de los servicios y programas de salud que se brindan en los hospitales.

Las infecciones nosocomiales representan un problema de gran importancia clínica y epidemiológica debido a que condicionan mayores tasas de morbilidad y mortalidad, con un incremento consecuente en el costo social de años de vida potencialmente perdidos, así como de años de vida saludables perdidos por muerte prematura o vividos con discapacidades, lo cual se suma al incremento en los días de hospitalización y del gasto económico.

Esta Norma incluye las enfermedades adquiridas intrahospitalariamente secundarias a procedimientos invasivos, diagnósticos o terapéuticos y, además, establece los lineamientos para la recolección, análisis sistematizado de la información y toma de decisiones para la aplicación de las medidas de prevención y de control pertinentes.

- **Objetivo:** Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios que deberán seguirse para la prevención, vigilancia y control epidemiológicos de las infecciones

nosocomiales que afectan la salud de la población usuaria de los servicios médicos prestados por los hospitales.

- Campo de aplicación: Esta Norma Oficial es de observancia obligatoria en todas las instituciones de atención que prestan servicios médicos y comprende a los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.
- Generalidades: Establece una forma rápida para consultar las medidas de prevención y control de las infecciones nosocomiales más frecuentes y las definiciones operacionales de ellas, para actuar en forma oportuna y disminuir los riesgos para garantizar una atención médica segura a los pacientes.

La vigilancia sistemática y activa para identificar, clasificar, notificar y consignar las infecciones nosocomiales requiere de un permanente estado de alerta del personal de salud que permita implementar acciones para evitar o disminuir el desarrollo de nuevas infecciones nosocomiales.

A continuación se describen las cuatro causas más frecuentes de infección nosocomial:

- Neumonías: síntomas respiratorios con manifestación de por lo menos dos de los siguientes signos durante la hospitalización: Tos, Esputo purulento, Nueva infiltración en radiografía del tórax, compatible con infección.
- Infección de Vías Urinarias: cultivo de orina con resultados positivo (1 ó 2 especies) al menos con 10 bacterias/ml con síntomas clínicos o sin ellos.
- Infección de herida quirúrgica: cualquier secreción purulenta, absceso o celulitis difusa en el sitio de la intervención quirúrgica en el mes siguiente de la operación.
- Bacteriemias: Es la presencia de bacterias en la sangre. La sangre es normalmente un medio estéril, por lo tanto la detección de bacterias.³⁰

³⁰ NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA3-2005, PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES: Diario Oficial de la Federación 20-11-2009. Disponible en:http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5120943&fecha=20/11/2009

META 6

PREVENIR EL DAÑO A PACIENTES POR SU RIESGO DE CAÍDAS.

OBJETIVO: Prevenir lesiones con clasificación de riesgo por traumatismos intrahospitalarios totalmente prevenibles.

- Establecer políticas y procedimientos por cada institución clínica para reducir riesgo de daño por caídas.
- Establecer el riesgo de caída de cada paciente.
- Establecer alarmas visuales de acuerdo a esta clasificación tanto a la cabecera o puerta de cada habitación, cama o camilla.
- Registrar el riesgo en el expediente clínico.
- Informar al familiar sobre el riesgo existente, causas y formas de prevenir las caídas así como valorar la asistencia y compañía de un familiar de acuerdo al riesgo.
- Actualizar el riesgo según la evolución del paciente.
- Asistir al paciente por parte de personal calificado en situaciones de riesgo (baño, deambulación).
- Fomentar el conocimiento de medidas preventivas como elevar barandales, aseo, secado, pulido de pisos, asistencia por personal capacitado.
- Capacitar al personal a cargo, médico y paramédico.
- Notificar, reportar y solucionar, cada evento centinela por el personal responsable del servicio y del paciente.
- Notificar los avances de los procedimientos.

COMO PREVENIR CAIDAS INTRA HOPITARARIAS

- Mantener la cama en el nivel más bajo.
- Mantener alguna iluminación nocturna.
- Asegurar que el timbre de llamada está a su alcance, así como los dispositivos de ayuda, bastones, andadera etc.

- Retirar todo el material que pueda producir caídas: mobiliario, cables, líquidos.
- Facilitar que el servicio esté accesible y con asideros.
- Promover el uso de ropa y calzado adecuado.
- Mantener al enfermo incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, por si presenta algún mareo.
- Sentar al paciente en un sillón apropiado.
- Aplicar medidas de contención mecánica si precisa.

El personal de salud registrará, desarrollará e implementará estrategias para el control y seguimiento de la frecuencia e incidencia de caídas en la hoja de registro de eventos adversos. El personal de salud documentará los hechos relacionados con la prevención de caídas, así como las intervenciones y resultados obtenidos con el plan terapéutico establecido.

CAPITULO III (METODOLOGÍA)

VARIABLES (UNIVERSALES)

Variable	Definición	Tipo de variable	Medida de variable
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Cuantitativo	18-45 años
Sexo	Conjunto de características biológicas que diferencian a los hombres de las mujeres, sus genitales y capacidades reproductivas.	Cualitativo nominal	Femenino Masculino
Estado civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra.	Cualitativa nominal	Casado Soltero

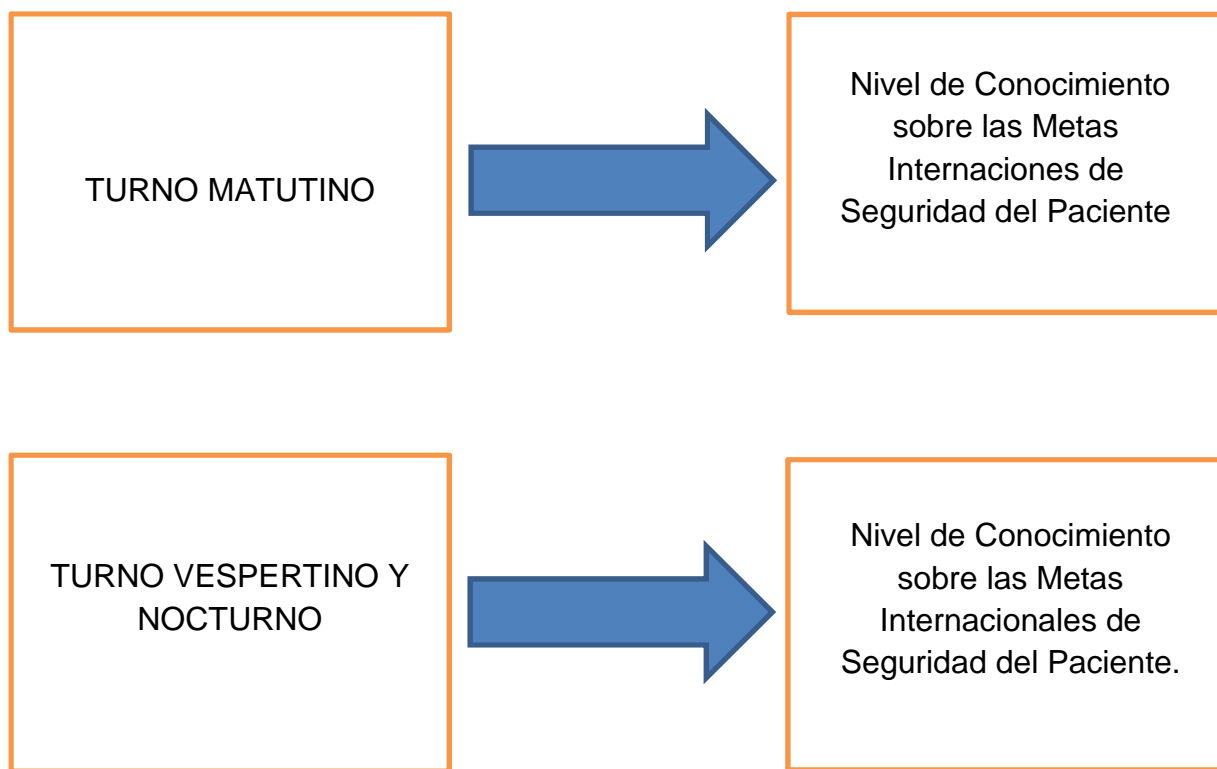
31

³¹González., L. C. (2008). por una sexualidad y salud reproductiva con responsabilidad (Veronica Jaramillo ed.). Mexico, D.F.

VARIABLES

VI

VD



INDICADORES:

VI= Si/No

VD= Alto/Medio/Bajo

Escala de medición:

VI= Nominal, Discreta, Finita.

VD= Nominal, Discreta, Finita.

✓ Instrumento de medición

Se elaboró un cuestionario para los fines de la Investigación constituida por trece preguntas, que fueron aplicadas en el mes de Febrero del presente año a todo el personal de Enfermería de los turnos Matutino, Vespertino y Nocturno; previa validación y autorización de la Institución.

TIPO DE ESTUDIO

De acuerdo al periodo en que se capta la información es: RETROSPECTIVO; en la evolución del fenómeno es: TRANSVERSAL a la comparación de la población es COMPARATIVA; y la interferencia del investigador es observacional. Por lo tanto es: UNA ENCUESTA COMPARATIVA RETROSPECTIVA

UBICACIÓN DEL ESTUDIO

El presente estudio se llevó a cabo en la Cruz Roja Mexicana ubicada en Calle Juan Luis Vives 200, Miguel Hidalgo, Los Morales, 11510 Ciudad de México.

Teléfono:01 55 1084 9000, en los servicios de Hospitalización, Urgencias, Quirófano y Terapia Intensiva.

UNIVERSO DE TRABAJO

Población: Las enfermeras y los enfermeros de la Cruz Roja, en un periodo de Febrero a Abril del 2016 con un total de 180 Enfermeras.

TECNICAS PARA CONTROLAR LA DIFERENCIA ENTRE SUJETO Y SITUACIONALES

Técnica control diferencia entre sujetos= Selección homogénea

Técnica control de la situación= Aleatorización

C. INCLUSIÓN	C. EXCLUSIÓN	C: ELIMINACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • >18 y < 45 • Nivel de estudios que cursaron 4 años. • Acreditadas todas las materias. • Termino satisfactorio de la carrera de Enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> <li style="text-align: center;">< 18 y >45 • Nivel de estudios que no concluyeron los 4 años. • No acreditadas todas las materias. • No terminaron la carrera de Enfermería satisfactoriamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que no hayan contestado todo el cuestionario. • Quien no entregó el cuestionario. • Contestaron más de una respuesta en una misma pregunta.

MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Es un muestreo no probabilístico por conveniencia donde se estimó el tamaño de la muestra por medio de proporciones con una $P= 5\%$ aplicando la fórmula de $n=Z^2pq/d^2$ donde $p= 0.05$ y $q= 1-p=0.95$ arrojando una muestra de 72 del personal de Enfermería y la muestra quedo de 60 ya que 12 no cumplieron con los criterios de inclusión.

RECURSOS HUMANOS

Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia Domínguez Salgado María Celia.

Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia Martínez González Martha Guadalupe.

RECURSOS MATERIALES

Para la presente investigación los recursos materiales que se emplean son propios de la Institución.

FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO

El presente estudio es autofinanciado con los propios recursos de la Institución.

CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES PARA EL ESTUDIO

El presente trabajo de investigación toma en cuenta las consideraciones bioéticas aplicables a la investigación a seres humanos, se anexa al siguiente protocolo la carta de consentimiento informado del personal de enfermería que participo en la investigación.

CONSIDERACIONES DE LAS NORMAS E INSTRUCTIVOS INSTITUCIONALES EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

El presente estudio toma en cuenta la normatividad a nivel internacional en la declaración de Helsinki de la asociación Médica Mundial.

A nivel nacional el presente estudio toma en cuenta la ley general de salud y a nivel institucionales el presente protocolo así como la investigación estará avalada por el comité de investigación de la institución Cruz Roja Mexicana Polanco.

DIFUSIÓN QUE SE LE DARÁ A LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO

El presente trabajo se difundirá en las instalaciones de la Cruz Roja Mexicana.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Se obtuvieron los siguientes resultados con la finalidad de dar a conocer el Nivel de Conocimiento del personal de Enfermería de la Cruz Roja Mexica, sobre las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.

Se observa que las edades del personal de enfermería encuestado varían, el grupo de edad sobresaliente recae entre 23 a 27 años de edad, con un 55% (Ver tabla 1).

TABLA 1

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
38-42	2	3%
33-37	5	9%
28-32	15	25%
23-27	33	55%
18-22	5	8%
TOTAL	60	100%

Fuente: Instrumento de evaluación aplicado a los Enfermeros de los servicios de hospitalización, Urgencias, Quirófano y Terapia Intensiva de la Cruz Roja Mexicana.

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN RELACIÓN AL SEXO

De acuerdo a lo encuestado referente al sexo 35 mujeres tienen un nivel de conocimiento alto y 10 nivel medio que da un total de 45 mujeres, mientras que 10 hombres nivel de conocimiento alto y 5 nivel de conocimiento medio que da un total de 15 hombres (Ver tabla 2).

TABLA 2

	ALTO	%	MEDIO	%	BAJO	%	TOTAL	%
MUJERES	35	77.77	10	22.22	0	0	45	75
HOMBRES	10	22.22	5	11.11	0	0	15	25
TOTAL	45	100	15	33.33	0	0	60	100

Fuente: Instrumento de evaluación aplicado a los Enfermeros de los servicios de hospitalización, Urgencias, Quirófano y Terapia Intensiva de la Cruz Roja Mexicana.

RELACIÓN DEL TURNO Y EL ESTADO CIVIL

De acuerdo a lo encuestado referente al estado civil, en el turno matutino tenemos 16 solteros y 4 casados, mientras que en el turno vespertino solo hay 20 solteros, y en el turno nocturno hay 15 solteros y 5 casados (Ver tabla 3).

TABLA 3

TURNO	SOLTEROS	CASADOS	TOTAL
MATUTINO	16	4	20
VESPERTINO	20	0	20
NOCTURNO	15	5	20
TOTAL	51	9	60

Fuente: Instrumento de evaluación aplicado a los Enfermeros de los servicios de hospitalización, Urgencias, Quirófano y Terapia Intensiva de la Cruz Roja Mexicana.

Con respecto al sexo se encontró que de 60 personas encuestadas solo el 25% (15) son hombres, mientras que el 75% (45) mujeres; es decir que de cada 3 mujeres hay un hombre. (Ver gráfica 1)

GRÁFICA 1.



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado a los Enfermeros de los servicios de hospitalización, Urgencias, Quirófano y Terapia Intensiva de la Cruz Roja Mexicana.

De acuerdo a la pregunta sobre el conocimiento de la meta internacional el 100% (60) contestó que si la conoce. (Ver gráfica 2)

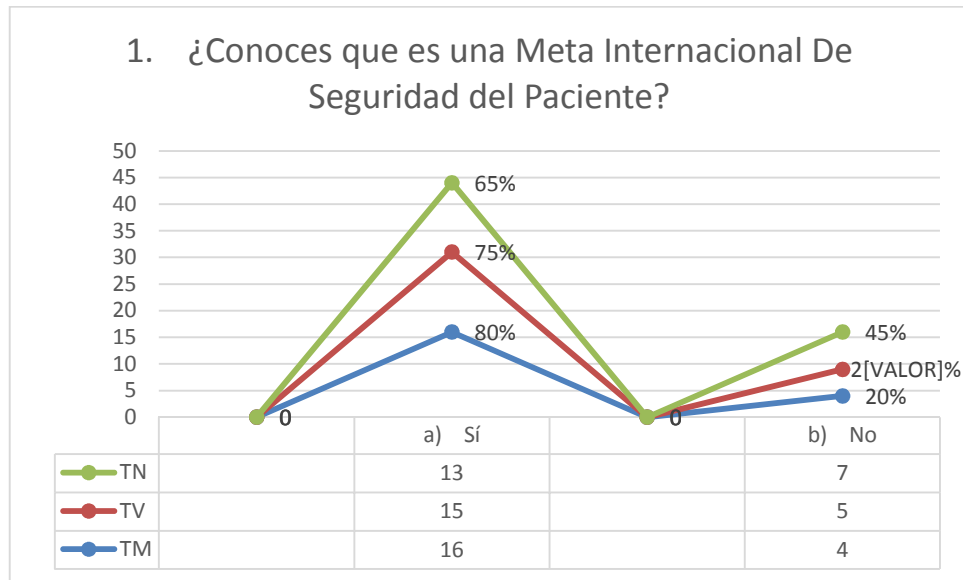
GRÁFICA 2:



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado a los Enfermeros de los servicios de hospitalización, Urgencias, Quirófano y Terapia Intensiva de la Cruz Roja Mexicana.

Respecto al conocimiento de cuantas Metas Internacionales conoce el personal de Enfermería en los diferentes turnos se encontró que no existe variaciones en el mismo, mostrando un porcentaje del 80% del turno matutino y turno nocturno solo 45% no conocen sobre las metas internacionales. (Ver gráfica 3)

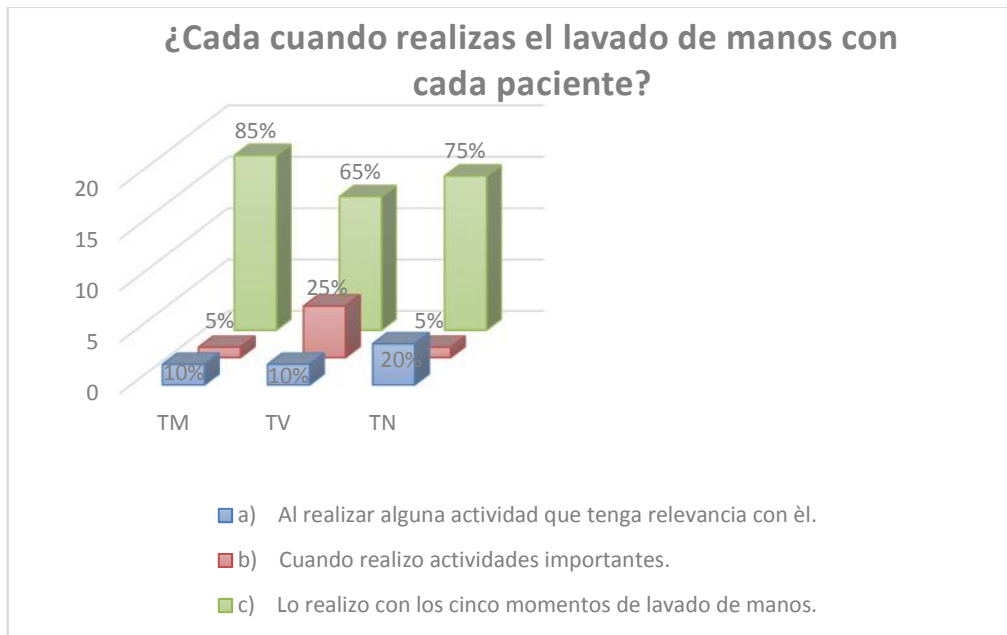
GRÁFICA 3:



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado a los Enfermeros de los servicios de hospitalización, Urgencias, Quirófano y Terapia Intensiva de la Cruz Roja Mexicana

Respecto a la realización del lavado de manos se encontró que el personal del turno matutino el 85% (17) menciono que lo realiza en los cinco momentos que se establecen para el lavado de manos, del turno vespertino 5 personas que representa el 25% refirió que lo realiza en actividades importantes y del turno nocturno el 20% al realizar alguna actividad relevante. (Ver gráfica 4).

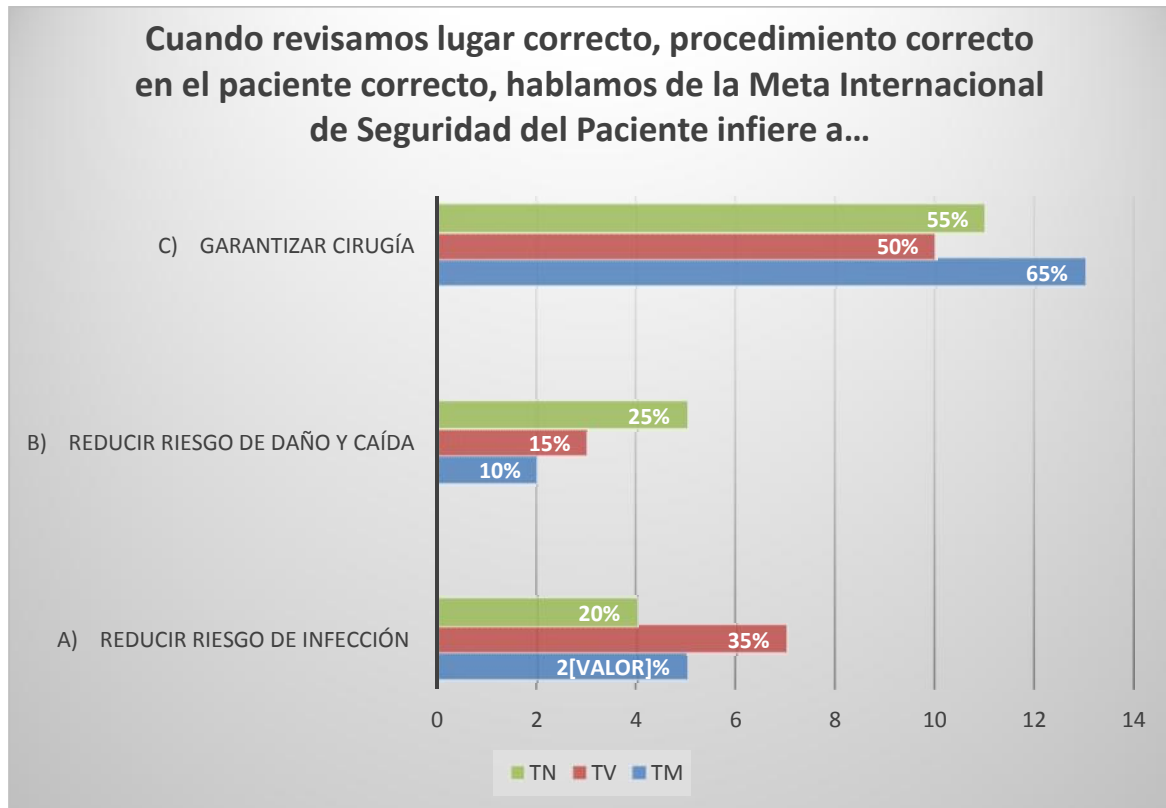
GRAFICA 4:



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado a los Enfermeros de los servicios de hospitalización, Urgencias, Quirófano y Terapia Intensiva de la Cruz Roja Mexicana.

De acuerdo a la meta mencionada se observa que el turno matutino si conoce que la pregunta realizada es sobre la meta 4 mostrando un 65% (13), del turno vespertino menciono que se trata de reducir riesgo de infección representando un 35% (7). (Ver gráfica 5).

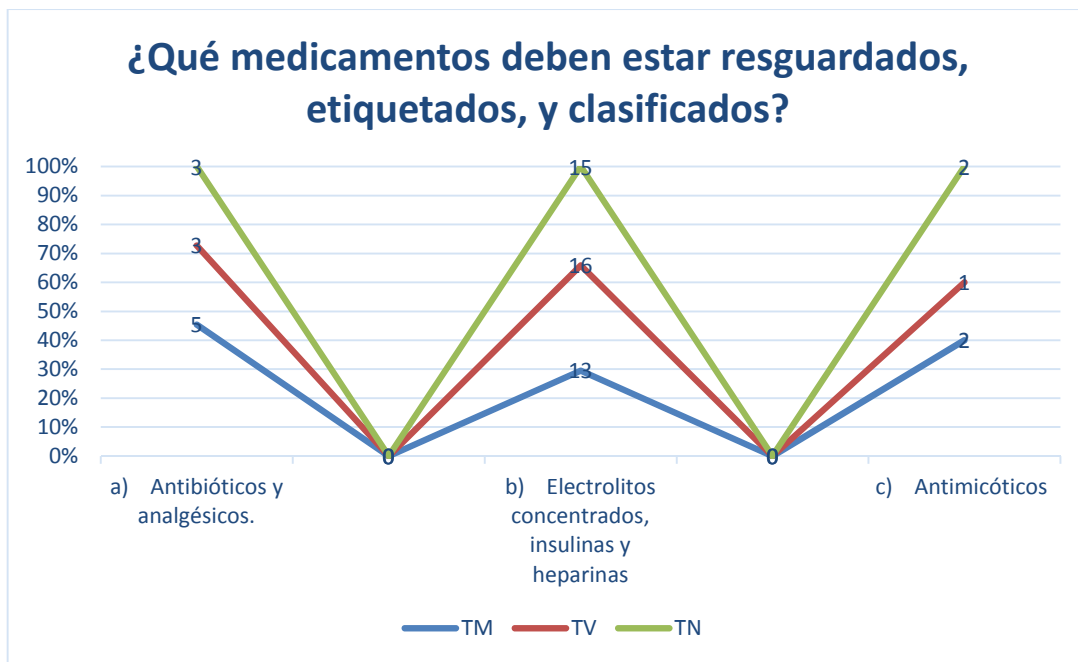
GRÁFICA 5:



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado a los Enfermeros de los servicios de hospitalización, Urgencias, Quirófano y Terapia Intensiva de la Cruz Roja Mexicana.

Respecto a la meta número 3 de mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, se muestra que en los tres turnos si conocen que medicamentos son englobados en esta meta, donde se pretende tener mayor atención en su utilización. Solo del turno matutino refirió que se trataba de antibióticos y analgésicos que representan solo el 25% (5). Ver grafica 6.

GRÁFICA 6:



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado a los Enfermeros de los servicios de hospitalización, Urgencias, Quirófano y Terapia Intensiva de la Cruz Roja Mexicana.

De la encuesta realizada, referente a si tienen conocimiento sobre la existencia de algún organismo que se encargue del control de calidad en las instituciones de salud, se observa que el 95% del personal del turno matutino si conoce el organismo de calidad, el 55% del turno vespertino y nocturno no los conocen. Ver gráfica 7.

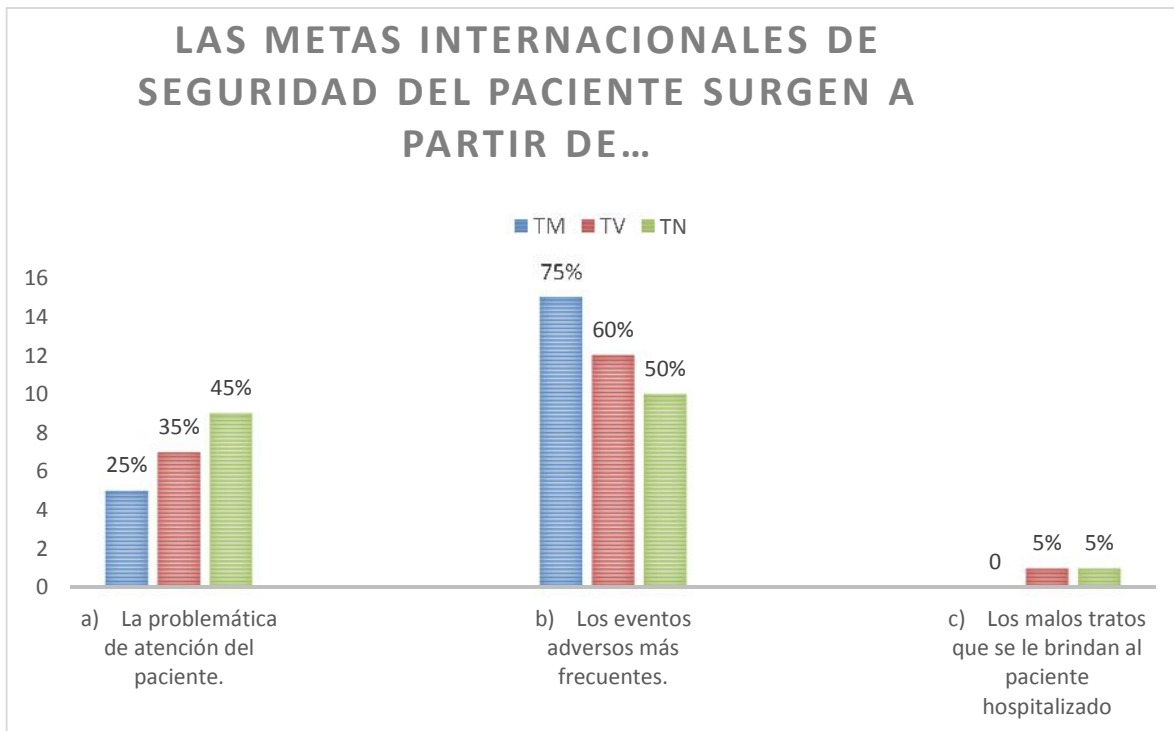
GRÁFICA 7:



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado a los Enfermeros de los servicios de hospitalización, Urgencias, Quirófano y Terapia Intensiva de la Cruz Roja Mexicana

Con relación del porque surgen las metas internacionales para la seguridad del paciente todos los turnos saben que es por los eventos adversos por los que se crearon las metas internacionales, turno matutino 75%, vespertino 60% y el 50% nocturno en cuanto del porqué de las metas. (Ver gráfica 8).

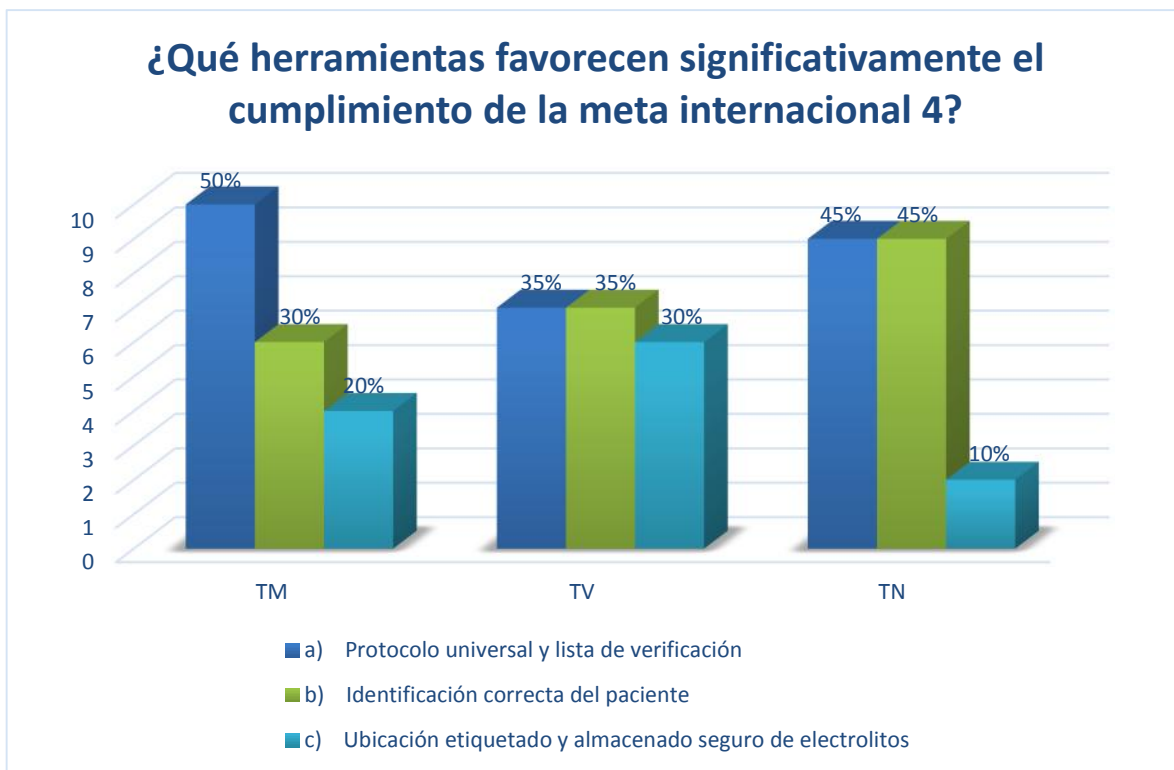
GRÁFICA 8:



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado a los Enfermeros de los servicios de hospitalización, Urgencias, Quirófano y Terapia Intensiva de la Cruz Roja Mexicana.

Respecto a la pregunta se puede observar que no conocen las herramientas que se establecen en la meta para su cumplimiento. Solo del turno matutino el 50% si refirió que es el protocolo universal y la lista de verificación, turno vespertino tiene un empate de 35% respectivamente mencionaron que es el protocolo y la identificación correcta del paciente. Del turno nocturno se observa que el 10% refiere que es la ubicación, etiquetado de los electrolitos, confundiendo la meta. (Ver gráfica 9)

GRÁFICA 9:



Fuente: Instrumento de evaluación aplicado a los Enfermeros de los servicios de hospitalización, Urgencias, Quirófano y Terapia Intensiva de la Cruz Roja Mexicana.

DISCUSIÓN

La enfermería es una disciplina profesional que tiene por objeto desarrollar conocimientos que sirven para definir y guiar la práctica, con el fin de precisar las características de la disciplina. El valor que tiene de cuidar al ser humano en estado de salud o enfermedad, no consiste solo en la voluntad o deseo de ayudar que se ponga en el cuidado, requiere también del sustento que da el conocimiento para hacer del cuidado un acto de responsabilidad profesional.

La seguridad del paciente toma relevancia a partir de la detección de eventos adversos derivados de la atención médica en pacientes hospitalizados, es uno de los objetivos principales en las instituciones de salud y está relacionada directamente con la atención proporcionada, la cual se refleja en la incidencia de eventos adversos ocurridos en cualquier unidad médica que representan daños que en ocasiones son irreversibles.

Así mismo, se obtuvieron los siguientes resultados con la finalidad de dar a conocer el nivel de conocimiento del personal de Enfermería de la Cruz Roja Mexicana en el periodo de Febrero a abril del 2016 sobre las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, de un 100% de las enfermeras y los enfermeros de la Cruz Roja Mexicana encuestados un 75 % (45) fueron Mujeres y un 25% (15) Hombres, también se dio a conocer la diferencia en el Nivel de Conocimiento sobre las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente con las enfermeras y los enfermeros que tienen un alto nivel académico comparados con los que tienen un nivel académico básico, los resultados que obtuvimos arrojaron que no existe diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de conocimiento sobre las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente en los Enfermeros del turno matutino con relación al turno vespertino y nocturno con una $P > 0.05$.

Las diferencias encontradas son debidas al azar o variaciones propias del muestreo. El nivel de conocimiento sobre las metas Internacionales de Seguridad del Paciente de los enfermeros es de un alto grado (75%) y en medio grado (25%); lo que reditúa en el mejor cuidado del paciente.

Tratamiento estadístico de la información a través de estadística inferencial con una prueba de hipótesis χ^2 para dos muestras independientes con un valor de:

χ^2 crítica= 2.706 con gl= 1 con alfa= 0.05 en un estudio unilateral con área de rechazo a la derecha.

DECISIÓN ESTADÍSTICA: Se acepta H_0 ya que χ^2 experimental es menor que χ^2 crítica, es decir 0.13 es menor a 2.706 con una p mayor de 0.05.

De acuerdo al marco teórico y los procesos administrativos con relación a las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, es de esperar que el nivel de conocimiento sea homogéneo en el personal de Enfermería ya que de otra manera habría una desventaja, si hubiésemos demostrado que un turno posee mayor conocimiento que otros, y lo que se puede proponer es que todo el personal de Enfermería independientemente del turno, que tuvo un nivel de conocimiento medio se le debe de capacitar ya que lo marca la norma oficial para el buen desarrollo del personal de enfermería y la seguridad de todos los que laboran en una institución de salud y es de carácter obligatorio observarlas.

CONCLUSIÓN

Toda institución hospitalaria cuenta con políticas, normas, etc., cada una de ellas se fortalece con guías de práctica clínica que se establece en la Comisión Permanente de Enfermería; todas aquellas acciones tienen como objetivo encaminar el funcionamiento del hospital sin olvidar la prioridad que es brindar un servicio de calidad por parte de todo el personal de enfermería que es el cuidado del paciente y para ello se manejan estándares científicos, indicadores y metas internacionales de seguridad del paciente. Siendo este último el tema central de nuestra investigación realizada en la Cruz Roja Mexicana de Polanco.

Tener el conocimiento de todo el marco que involucra las metas internacionales de seguridad del paciente es trascendente para su correcto manejo, por ello se evidencian.

Se evidencian los resultados que se obtuvieron al aplicar el cuestionario. Es vital difundirlos porque en cada acción se debe tener el sustento científico para evitar algún daño al paciente.

Esta investigación realizada en la Cruz Roja Mexicana permitió identificar puntos claves en donde se cometen mayores errores y también el personal que es renuente al cambio y no permite que se le pregunte o informe sobre las actualizaciones de enfermería, por ello se considera que es importante fomentar estrategias que permitan capacitar e informar al personal.

Algo importante a resaltar es que el conocimiento que tiene el personal de enfermería, es alto debido a que el personal es joven y recién egresado de las diferentes instituciones, tanto de nivel licenciatura como general.

Por ello se planteó un apartado de sugerencias donde se plasman propuestas y herramientas, esperando que se tomen en cuenta para su implementación y así mejorar el conocimiento y contribuir a la atención con calidad para evitar eventos adversos.

SUGERENCIAS

- Promover capacitaciones continuas a los enfermeros sobre las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.
- Distribuir folletos informativos de contenido claro y conciso a las enfermeras con la información de las metas internacionales.
- Distribuir trípticos y tarjeteros a todo el personal de enfermería.
- Con los datos obtenidos se puede abrir una línea de investigación sobre las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente en los diferentes Hospitales y ser motivo de próximos proyectos.

ANEXOS

GLOSARIO

Evento Adverso: incidente desfavorable, hecho inesperado, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado no relacionado con la historia natural de la enfermedad que ocurre en asociación directa con la atención médica, Reacción alérgica a medicamentos (RAMS), Reacción alérgica a los alimentos (RAAS), Infecciones nosocomiales (IN).

Cuasifalla: acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad, pero no lo tuvo por casualidad o por una intervención oportuna o porque se dio cuenta a tiempo el personal de salud del error que iba a cometer y no lo cometió.

Evento Centinela: hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, lesión física, o psicológica grave que causa daño permanente o muerte al paciente, cirugías en el sitio equivocado, accidentes anestésicos, caídas de pacientes.

Metas Internacionales: conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimiento.

Seguridad del Paciente: es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.

Errores: hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto, puede manifestarse al hacer algo o al no hacerlo.

Riesgo: es la probabilidad que se produzca un incidente.

Peligro: es una circunstancia, un agente o una acción que puede causar daño.

Higiene de Manos: es la medida más simple, eficaz y económica para prevenir la transmisión de las infecciones hospitalarias



CUESTIONARIO

Objetivo: Identificar el nivel de conocimiento sobre las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente con el propósito de dar soluciones oportunas a las necesidades y problemáticas que se le presentan al personal de Enfermería en la atención que se le brinda al usuario.

INSTRUCCIONES: Lea con atención y subraye la respuesta que considere correcta, así mismo se le pide que conteste a la mayor brevedad y sinceridad que sea posible ya que con su ayuda lograremos a saber el conocimiento que se tiene acerca de las metas internacionales de seguridad del paciente para con ello brindar una mayor calidad de atención a los pacientes.

Edad: _____ Sexo: M () F () Edo. Civil _____

Grado Académico: _____ Servicio: _____

1. ¿Conoces que es una Meta Internacional De Seguridad del Paciente?

- a) Sí
- b) No

2. ¿Cuántas Metas Internacionales De Seguridad del Paciente son?

- a) 4
- b) 6
- c) 3

3. ¿Al ingreso del paciente corrobora verbalmente y por escrito los datos de identificación de este?

- a) Siempre
- b) Casi siempre

- c) Algunas veces
- 4. ¿Cada cuando realizas el lavado de manos con cada paciente?**
- a) Al realizar alguna actividad que tenga relevancia con él.
 - b) Cuando realizo actividades importantes.
 - c) Lo realizo con los cinco momentos de lavado de manos.
- 5. Cuando revisamos lugar correcto, procedimiento correcto en el paciente correcto, hablamos de la Meta Internacional de Seguridad del Paciente infiere a...**
- a) Reducir riesgo de infección
 - b) Reducir riesgo de daño y caída
 - c) Garantizar cirugía
- 6. ¿Qué medicamentos deben estar resguardados, etiquetados, y clasificados?**
- a) Antibióticos y analgésicos.
 - b) Electrolitos concentrados, insulinas y heparinas
 - c) Antimicóticos
- 7. ¿Conoces si existe un organismo que se encargue del control de calidad o la certificación en las Instituciones de Salud en México?**
- a) Sí
 - b) No
- 8. ¿Cómo identificas al paciente correctamente?**
- a) Por su diagnóstico, número de cama, Estado civil.
 - b) Por su nombre completo, número de expediente.
 - c) Por su edad, estado civil, numero de cama.
- 9. Cuando recibes a tu paciente lo valoras para evitar...**
- a) Eventos adversos
 - b) Errores humanos

c) Caídas

10. ¿Cuáles son las medidas que utilizas para la preparación y ministración de medicamentos de alto riesgo?

- a) Fármaco correcto, vía correcta, dosis y horario correcto
- b) Verificación verbal
- c) Registro de la ministración anterior

11. Las metas internacionales de seguridad del paciente surgen a partir de...

- a) La problemática de atención del paciente.
- b) Los eventos adversos más frecuentes.
- c) Los malos tratos que se le brindan al paciente hospitalizado

12. ¿Qué herramientas favorecen significativamente el cumplimiento de la meta internacional 4?

- a) Protocolo universal y lista de verificación
- b) Identificación correcta del paciente
- c) Ubicación etiquetado y almacenado seguro de electrolitos

13. ¿Conoces a partir de cuándo se implementaron las metas internacionales de Seguridad del Paciente?

- a) 1990
- b) 2001
- c) 2005

Por su Colaboración Gracias

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Lic. Rosa Irma Del Ángel Acosta:

Por medio del presente solicitamos a usted el siguiente permiso, para la aplicación de un cuestionario relacionado con el protocolo de investigación sobre el tema de: **“Nivel de Conocimiento de las Enfermeras y Enfermeros de la Cruz Roja Mexicana del Turno Matutino y Vespertino de los Servicios de Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos y Quirófano, acerca de Las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente”** con la finalidad de aplicar una encuesta al personal de enfermería.

Sin más por el momento reciba un cordial saludo de nuestra parte, de ante mano gracias por sus finas atenciones.

ATENTAMENTE

LIC. MARÍA CRUZ SOTELO BADILLO

Directora Técnica

P.E.S.S DOMINGUEZ SALGADO MARIA CELIA

P.E.S.S MARTÍNEZ GONZÁLEZ MARTHA GUADALUPE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Enfermeros)

México D.F. Febrero del 2016

Acepto participar en el desarrollo del estudio de investigación: **NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS DE LA CRUZ ROJA MEXICA DEL TURNO MATUTINO, VESPERTINO Y NOCTURNO DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN, URGENCIAS, QUIRÓFANO Y TERAPIA INTENSIVA SOBRE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.** Mi participación consiste en contestar el presente cuestionario de forma verás y concreta.

Así mismo doy también mi consentimiento para que la información recopilada sea utilizada para complementar la base de datos y los procedimientos necesarios para su análisis, tomando en cuenta mi privacidad y nombre.

Firma de los Enfermeros

BIBLIOGRAFÍA

1. Susana Rosales, E. R. (2008). Fundamentos de Enfermería (3ra ed.). México, DF: Manual Moderno.
2. Secretaría de Salud. (10 de Junio de 2006). Obtenido de http://www.amis.org.mx/InformaWeb/Documentos/Archivos/Dra._Odet_Sarabia_Seguridad_del_Paciente.pdf
3. Joint Commission International. (29 de Mayo de 2012). Obtenido de enfermería y seguridad del paciente.blogspot.com/.metas-internacionales
4. R., G. (Abril- Junio de 2008). Seguridad del Paciente. CONAMED, 13.
5. ManfrediMaricel "Las reformas del sector salud y la educación y práctica de Enfermería" Conferencia presentada en el encuentro 90 años de Enfermería Universitaria. Legados y tendencias ENEO UNAM México. Noviembre 1997.
6. Desarrollo Científico de Enfermería. Modelo administrativo para lograr la excelencia en enfermería. Vol. 5. No.10. Noviembre- diciembre 1997.
7. Pallares. Luis. "requisitos Previos para el inicio de un programa de Evaluación. Organización y Cultura Institucionales". en Guía Práctica para la Evaluación de Calidad de la Atención de Enfermaría. Madrid. Olalla Ediciones, Madrid. 1996.
8. Perrow, Charles, "Estándares de Enfermería, en Guilles, Ann, Gestión de Enfermería, Una Aproximación a los Sistemas, Barcelona, Masson- Salvat Enfermería 1994.
9. Varo, Jaime. Dimensiones de la calidad de Atención Médica. en: Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid, España. 1994.
10. Varo, J. (1994). Dimensiones de la Calidad de la Atención Médica. México: Días de Santos.
11. Marie Phaneuf, Garantía de Calidad. En. Gestión de Enfermería una aproximación a los sistemas. MassonSalvart.

12. Comisión permanente de enfermería. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. 3 Indicadores
http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/solicitudes.php
13. Programa de Acción: CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/cnalsalud.pdf>
14. Comisión permanente de enfermería. Tres nuevos indicadores para la prevención de infecciones y seguridad del paciente. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería.
http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/solicitudes.php
15. Cruz Roja Mexicana historia. <http://www.planetaj.cruzrojamexicana.org.mx/>
16. Hessen; Teoría del conocimiento; Editorial Esfinge.
17. Gallardo, L. E.-E. (1 de Agosto de 2012). Calidad de la Atención Médica La diferencia entre la vida y la muerte. Revista Digital Universitaria, 13.
18. Vázquez, J. A. (2013). Herramientas que Apoyan la Seguridad del Paciente. México: 1 Alfil.
19. Vázquez, J. A. (2013). Seguridad del paciente: Una prioridad Nacional. México: 1 Alfil.
20. (Vázquez, Herramientas que Apoyan la Seguridad del Paciente, 2013)
21. Norma Oficial Mexicana NOM-72- SSA1-1993 Etiquetado de Medicamentos. (10 de Abril de 2000). Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/072ssa13.html>
22. La Enciclopedia de Artículos y respuestas de Salud, dietética y psicología. (s.f.). Obtenido de <http://www.encyclopediasalud.com/categorias/cuerpo-humano/articulos/electrolitos-en-el-cuerpo-humano>.
23. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente de la Cédula de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. 2012. [Acceso 2014-nov-10] Disponible en: http://edumed.imss.gob.mx/pediatricresidentes/guia_metas_internacionales.pdf.

24. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009.(16) CONAMED. Profesionales Médicos de Todo el Mundo Aprueban la Lista de Verificación de la OMS para Reducir los Riesgos de la Cirugía. Comunicado de Prensa.26 Junio 2008. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prensa/2008/aprob_oms_riesgos.php
25. Dirección General Adjunta de Calidad en Salud. Instrucción 201/2009. Campaña Sectorial “Cirugía Segura Salva Vidas”. 28 Dic. 2009.
26. Organización Mundial de la Salud. La OMS lanza” Nueve soluciones para la seguridad del paciente” a fin de salvar vidas y evitar daños. [Acceso 2014-nov-10] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>
27. Cartel de difusión Higiene de Manos en Atención Ambulatoria. Campaña está en tus manos. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. [Acceso 2015-mar-16] Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_00H.pdf.
28. NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. México: Diario Oficial.
29. Organización Mundial de la Salud. La higiene de las manos en la asistencia ambulatoria y domiciliaria y en los cuidados de larga duración. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos y del modelo “Los cinco momentos para la higiene de las manos”. 2013
30. NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA3-2005, PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES: Diario Oficial de la Federación 20-11-2009. Disponible en: <http://dof.gob.mx/>
31. González., L. C. (2008). por una sexualidad y salud reproductiva con responsabilidad (Veronica Jaramillo ed.). México, D, F.

**6. REDUCIR EL RIESGO DE
DAÑO AL PACIENTE A
CAUSA DE CAÍDAS**



OBJETIVO: Prevenir lesiones con clasificación de riesgo por traumatismos intrahospitalarios totalmente prevenibles.

LO PEOR NO ES COMETER UN ERROR, SINO TRATAR DE JUSTIFICARLO, EN VEZ DE APROVECHARLO COMO AVISO PROVIDENCIAL DE NUESTRA LIGEREZA O IGNORANCIA.

SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL



**CRUZ ROJA
MEXICANA**



**INSTITUTO MARILLAC. I.A.P
INCORPORADO A LA UNAM**

***METAS
INTERNACIONALES
DE SEGURIDAD
DEL PACIENTE***

PRESENTA

**DOMINGUEZ SALGADO MARIA
CELIA**

**MARTÍNEZ GONZÁLEZ MARTHA
GUADALUPE**

METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimiento.

1. IDENTIFICAR CORRECTAMENTE AL PACIENTE



OBJETIVO: Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir eventos adversos y errores que involucran al paciente equivocado.

2. MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA



OBJETIVO: Prevenir errores de comunicación por órdenes verbales y telefónicas.

3. MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS



OBJETIVO: Evitar, prevenir errores con la administración de los medicamentos de alto riesgo como electrolitos, heparinas, insulinas.

4. REALIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PACIENTE CORRECTO Y CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO



OBJETIVO: Prevenir errores en las cirugías como lugar incorrecto, procedimiento incorrecto, paciente incorrecto.

5. REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN MÉDICA



OBJETIVO: Mejorar el pronóstico del paciente mediante acciones higiénicas al alcance de todo el personal de salud que disminuyan los daños prevenibles.



**META 1 IDENTIFICACIÓN
DEL PACIENTE.**



**META 2 .MEJORAR LA
COMUNICACIÓN EFECTIVA.**



**META 3.MEJORAR LA
SEGURIDAD DE LOS
MEDICAMENTOS DE ALTO
RIESGO.**



**META 4 GARANTIZAR
CIRUGÍAS EN EL LUGAR
CORRECTO, PROCEDIMIENTO
CORRECTO, Y PACIENTE
CORRECTO.**



**META 5 REDUCIR EL RIESGO
DE INFECCIONES ASOCIADAS
CON LA ATENCIÓN MÉDICA.**



**META 6 REDUCIR EL RIESGO
DE DAÑO AL PACIENTE A
CAUSA DE CAÍDA**