



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**



**“MEDIDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE
APLICA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
UNA INSTITUCIÓN DE SALUD AL SUR DE LA
CIUDAD DE MÉXICO”**

**TESIS GRUPAL QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA PRESENTAN:**

GUADALUPE TORRES RIVERA	Núm. cta. 088509864
LUZ MARÍA VILLASEÑOR GASCA	Núm. cta. 098709449
PRICILA DURÁN SANTIAGO	Núm. cta. 099701855

**DIRECTOR ACADEMICO:
MTRO. FEDERICO SACRISTAN RUÍZ**

MÉXICO, D. F., NOVIEMBRE DE 2009



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.

AGRADECIMIENTOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

Pertenecer a la máxima casa de estudios es un privilegio y honor porque nos ha permitido formarnos y crecer como profesionales de Enfermería dentro de la rama de la salud

Ejerciendo la profesión de enfermería con enfoque humanístico en los diferentes ámbitos sociales.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por la vida, por guiar mi camino, por las pruebas que me fortalecen. Gracias por permitirme llegar a este momento tan importante en mi vida.

A MI FAMILIA:

Por su amor y apoyo, por lo que representan en mi vida, por su paciencia y comprensión, pero sobre todo por el tiempo que dejé de dedicarles. Gracias por ser un motivo más, para mi crecimiento personal y profesional.

A LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA:

Por permitirme el honor de pertenecer a esta gran Institución, ya que es un privilegio que pocos tenemos, Gracias por haberme cobijado en sus aulas durante todo mi ciclo escolar en la búsqueda del conocimiento para mi formación profesional.

A MI ASESOR:

Maestro Federico Sacristán Ruiz, con respeto y admiración por su paciencia, dedicación, por su tiempo y ayuda que recibí para la elaboración del presente trabajo de investigación.

A MIS AMIGAS Y AMIGOS.

A LUPITA Y PRICILA:

Por compartir conmigo todo este esfuerzo para alcanzar ésta meta, gracias por creer en mí y compartir momentos de tristeza, de alegría, por las palabras de aliento en los momentos difíciles, por estar conmigo cuando más lo necesitaba, por su apoyo incondicional, por todo lo que hemos pasado juntos.

Luz María Villaseñor Gasca

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por haberme brindado la fortaleza suficiente para seguir adelante y cumplir todo lo que me he propuesto, también por no dejarme caer en los momentos difíciles.

A MIS PADRES Y HERMANO:

Por estar conmigo incondicionalmente durante toda mi vida, así como haber tenido la paciencia suficiente durante todo este tiempo, gracias por apoyarme en la toma de mis decisiones y al mismo tiempo en mis triunfos y fracasos.

A MIS AMIGOS MARINA Y DANIEL:

Por haber compartido conmigo cada una de mis alegrías, tristezas, triunfos y fracasos; así como también por haberme brindado la mano para levantarme en los momentos difíciles y disfrutar juntos aquellos llenos de alegría. Gracias por que llegaron a mi vida en el momento indicado y por seguir compartiendo todo esto conmigo.

A LUPITA Y LUZMA:

Por haber compartido juntas este proyecto, así como porque de cada una de ustedes aprendí algo nuevo (conocimiento, experiencia, etc.); por otro lado esos momentos de alegría y estrés que compartimos nos dio la oportunidad de conocernos más.

Pricila Durán Santiago

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Agradezco al creador que me ha permitido tener fortaleza, salud y entereza para continuar cada día y poder concluir este reto satisfactoriamente.

A MI MADRE:

Por brindarme su amor, paciencia y apoyo en todo momento, dándome fortaleza para continuar en el sinuoso camino.

A MI HIJO:

Que es el motor para realizar todo lo imaginable y fuente de toda posibilidad para alcanzar mis metas, por tu apoyo, cariño, sin ti nada sería posible.

A MIS HERMANOS:

Por su apoyo y aliento en los triunfos y fracasos.

A Pris y Luzma solo me resta agradecerles la oportunidad de haberlas conocido y por todo lo que aportaron a mi vida personal y profesional y no morir en el intento.

Con amor y cariño Guadalupe Torres

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	
JUSTIFICACIÓN	
OBJETIVO GENERAL	
1. MARCO TEÓRICO.....	05
1.1 ANTECEDENTES.....	05
1.2 ESTRATEGIAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	08
1.3 CONCEPTOS BÁSICOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE...	13
1.3.1 PREVENCIÓN DE RIESGOS.....	15
1.3.2 SÍNDROME DE CAÍDAS A NIVEL HOSPITALARIO.....	15
1.4 MÉXICO DENTRO DEL MARCO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	17
1.4.1 IMPACTO FINANCIERO Y SOCIAL DE LOS EVENTOS ADVERSOS.....	27
1.4.2 DÓNDE Y POR QUÉ SE PRODUCEN EVENTOS ADVERSOS.....	29
1.5 EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	32
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	42
3. OBJETIVO.....	42
4. MATERIAL Y MÉTODO.....	43
4.1 DISEÑO.....	43
4.2 UNIVERSO DE ESTUDIO.....	43
4.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	43
4.4 CRÍTERIOS DE INCLUSIÓN.....	43
4.5 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	43
4.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	44

5. INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	47
6. ANALISIS DE RESULTADOS.....	86
CONCLUSIONES.....	91
SUGERENCIAS.....	92
BIBLIOGRAFÍA.....	94
ANEXOS.....	96

**“Puede resultar sorprendente que lo primero
que haya que pedirle a un hospital es que
no cause ningún daño”**

Florence Nightingale, notes on hospitals, 1863

INTRODUCCIÓN

En la actualidad hay una gran diversidad de actividades que pueden considerarse como de alto riesgo. La Organización Mundial de la Salud estima que, cada año, a escala global, decenas de millones de pacientes son víctimas de lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia por prácticas médicas.¹

Uno de cada 10 pacientes hospitalizados ha resultado ser víctima de alguna forma de daño prevenible. Sin embargo, se necesitan más investigaciones con el fin de conocer más a fondo el impacto total de la escasa seguridad del paciente.

Por ejemplo, la aviación o una planta nuclear, cuentan con antecedentes de seguridad que resulta superior al de otras disciplinas.

Al igual que el protocolo de atención médica, éste satisface las necesidades básicas del personal y los usuarios. A diferencia que la probabilidad de que un pasajero sufra algún daño en un avión, es de 1 en 1000 000 versus la probabilidad de que un paciente sufra mermas como resultado de un procedimiento médico, es de 1 en 300.²

La presente investigación fue realizada en una Unidad Hospitalaria al sur de la Ciudad de México con el único propósito de evaluar los principales factores que predisponen al personal de enfermería a llevar a cabo un procedimiento

¹ Organización Mundial de la Salud. "Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría". En: <http://www.who.int/gb/ebwha> Consultado agosto 2009.

² Rúelas Barajas E. "Seguridad en aviación y seguridad en el paciente, ayer hoy y mañana",p:20-37

erróneo, así como las medidas de bioseguridad en función del conocimiento para evitar daños a terceros.

El resultado de los estudios aplicados revela que la mayoría del personal de salud encuestado a pesar de contar con los elementos necesarios e información actualizada, no lleva a cabo las técnicas y procedimientos adecuados.

Las causas de raíz de un incidente de estas características se encuentran en una amplia mezcla de factores interconectados dentro de un sistema en donde evidentemente la capacidad humana se ha visto afectada por hábitos rutinarios y equivocados.

Hablar de seguridad del paciente, más que hablar de un concepto es hablar de un movimiento que surge a nivel internacional³ como una reflexión sobre el tipo de cuidados de enfermería que se brindan al paciente.

El profesional de enfermería debe estar cada vez más comprometido con la seguridad del paciente, dado que su campo de acción implica contacto directo y continuo con el paciente.

Esto exige nuevas investigaciones como recurso esencial para mejorar las intervenciones de enfermería dentro del marco legal, de salud y seguridad del paciente.

³ Agency for Health Care an Receich de los EE.UU. En: <http://www.seguridaddelpaciente/formacion/tutorial/msc> Consultado en agosto 2009

JUSTIFICACIÓN

El compromiso profesional de enfermería es brindar cuidados especializados al individuo, por ello, la responsabilidad del gremio es actualizar conocimientos que conlleven a la resolución de los problemas sanitarios aplicando procedimientos y técnicas seguras y sin riesgos para prevenir la ocurrencia de daño a los pacientes. Las medidas básicas de seguridad, por lo tanto, deben considerarse una parte importante dentro del quehacer de la enfermería; sin embargo, éstas no se conocen en su totalidad o se aplican parcialmente exponiendo a los pacientes a riesgos substanciales, muchos de ellos potencialmente mortales y que además pueden ser evitables o prevenibles.

La prevención de eventos adversos dentro del hospital debe ser considerada una prioridad para el profesional de enfermería, por ello pretendemos que nuestra investigación sirva como referencia al actual dominio de normas y estatutos preventivos del personal de enfermería dentro de la unidad hospitalaria, generando un impacto económico y político que concierne a la institución y por supuesto un impacto en el aspecto laboral y social.

OBJETIVO GENERAL

Conocer qué medidas de seguridad del paciente aplica el profesional de enfermería a través de una tesis grupal. Y a partir de lo encontrado proponer alternativas de solución que fomenten practicas más seguras que contribuyan a mejorar la calidad de atención y seguridad del paciente.

OBJETIVO PARTICULAR

Demostrar deficiencias laborales a través de un análisis particular sobre seguridad del paciente con la finalidad de mejorar el arte del cuidado y gozar los beneficios desde el punto de vista de la seguridad tanto del paciente como del personal y la institución.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES

La seguridad del paciente es considerada como un 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.³ Sin embargo, esta problemática no es nueva dentro del Sistema de Salud, pero sí tiene poco tiempo que se ha analizado.

Durante las décadas de 1950 y 1960 se escribieron los primeros trabajos sobre el tema, donde reportaban la presencia de eventos adversos, siendo este el resultado de una atención en salud que de manera no intencionada produjo daño, a través de estudios toxicológicos en animales.

Pero no fue sino hasta el año de 1990 cuando se empieza a tomar conciencia de la importancia de este tema, con la publicación de los resultados del Harvard Medical Practice Study en 1991. Sin embargo en 1999 el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América publica el artículo *“To err is human: building a safer health system”*, el cual aporta más información y coloca el problema en el centro del mundo, así como en los programas políticos y sociales de diversos países como el Canadá, Dinamarca, los países bajos, Suecia y mas países miembros de la OCDE estudian seriamente el problema. Nueva Zelandia ha hecho

un estudio de viabilidad sobre la investigación de los eventos adversos en los hospitales públicos.

Varios estudios han investigado la magnitud de los eventos adversos. El estudio de Harvard concluyó que un 4% de los pacientes sufre algún tipo de daño en el hospital; el 70% de los eventos adversos provoca una incapacidad temporal, pero el 14% de los incidentes son mortales. El informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos estimó que los “errores médicos” causan entre 44 000 y 98 000 muertes anuales como resultado de errores médicos, ubicando este problema como octavo lugar en la lista de causas de muerte, situando a los errores médicos por arriba de los accidentes automovilísticos, cáncer de mama y VIH/SIDA.⁴

Así mismo, el departamento de Salud de Reino Unido en su informe en el 2002, “An organization with a memory”, estimó que se producen eventos adversos en aproximadamente el 10% de las hospitalizaciones, lo que representa alrededor de 850 000 eventos adversos al año. El “Quality in Australian Health Care Study” publicado en 1995 reportó una tasa de eventos adversos del 16.6% en pacientes hospitalizados. El grupo de trabajo sobre Calidad de la Atención Hospitalaria de Hospitales para Europa en 2002, estimó que el 10% de los pacientes que requieren hospitalización, sufren daños que se pueden evitar y efectos adversos por la atención médica recibida.⁵

⁴ Organización Mundial de la Salud. OPcit,; p:1

⁵ Gutiérrez Vega R. “Seguridad del paciente: conceptos y antecedentes”. p:4-7

NÚMERO DE CASOS EN DIVERSOS PAÍSES

País/estudio/daño	Egresos	Eventos adversos	%
Nueva York Harvard Medical Practice Study (USA 1984)	30 195	1 133	3.8
Utah-Colorado Study (USA 1992)	14 565	465	3.2
Utah-Colorado Study (USA 1992) [†]	14 565	787	5.4
Australia (QAHCS-1992)	14 179	2 353	16.6
Australia (QAHCS-1992)**	14 179	1 499	10.6
Reino Unido (1999-200)	1 014	119	11.7
Dinamarca (1998)	1 097	176	9.0
Nueva Zelanda (1998)	6 579	849	12.9
Canadá (2001)	3 720	279	7.5

FUENTE: World Alliance for Patient Safety, WHO 2004

Basándose en este análisis la OMS, adopto en su 55^a Asamblea Mundial de la Salud en el año 2002 la resolución que invitaba a los países miembros a tomar medidas encaminadas a mejorar la seguridad de los pacientes, así como a fortalecer los sistemas de registro y monitoreo de los eventos adversos en las instituciones de salud⁶. Esta resolución se concreto el 27 de Octubre del 2004 con el establecimiento de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente la cual definió cinco dominios de acción:

- a) **Servicios limpios son servicios más seguros**, que se orienta al estudio y control de las infecciones adquiridas en el hospital.
- b) **Pacientes por la seguridad de los pacientes**, que estimula movilización y apropiación de la seguridad de los mismos pacientes.
- c) **Taxonomía de la seguridad del paciente**, relacionado con la estandarización de los conceptos empleados.

⁶ Zarza Arizmendi MD, Alba Leonel A, Salcedo Álvarez RA. "El curriculum de enfermería y la seguridad del paciente".p:33-37

d) Investigación.

e) Informando y aprendiendo, que apuntan al aprovechamiento de las lecciones aprendidas.

1.2 ESTRATEGIAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La instalación de políticas y estrategias para la seguridad del paciente en la red requieren de un diseño con orientaciones claras y precisas que permitan a los sistemas sanitarios la correspondiente identificación, análisis y evaluación e implementación de acciones que operacionalicen las estrategias más costo-efectivas.⁷

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud establece la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente donde resalta la importancia de la cuestión de la seguridad del paciente a nivel mundial. Esta Alianza ha señalado seis esferas de actividad prioritarias que incluyen:

1. La iniciativa “reto Mundial por la seguridad del paciente”, seleccionando un tema completo relativo a la seguridad del paciente a fin de establecer un programa de acción bienal para abordar una esfera de riesgo que reviste importancia para todos los países. El primer reto mundial que se eligió fueron las infecciones asociadas a la atención de salud, y en 2005 y 2006 la labor se orientó por el lema “Una atención limpia es una atención más segura”.
2. La iniciativa “pacientes por su propia seguridad”, que tiene por objeto establecer una red mundial de pacientes y organizaciones de pacientes dirigidas por ellos mismos para defender su seguridad a escala regional y nacional.

⁷ Ramírez Larraguibel M. “Orientaciones para la seguridad del paciente”.

3. El primer taller organizado en el marco de la iniciativa “pacientes por su propia seguridad”, fue realizado en Londres en noviembre del 2005. También en el 2007 se organizaron talleres de seguimiento en todas las regiones de la OMS.
4. Con el propósito de establecer una taxonomía de la seguridad del paciente, un grupo de redacción técnica ha creado un marco para clasificar la información pertinente con miras a mejorar los análisis y facilitar el aprendizaje. En el segundo semestre del 2006 se celebraron consultas en la que se invitaron a los estados miembros a formular observaciones sobre el proyecto, con objeto de cerciorarse de que sea aceptable a nivel internacional.
5. Con el propósito de promover la investigación en el campo de la seguridad del paciente, se elaboro un programa acordado internacionalmente basándose en la información aportada en una consulta internacional sobre las prioridades en materia de la investigación, realizada en noviembre del 2005.
6. Fomentar las soluciones disponibles y la coordinación de actividades internacionales encaminadas a idear nuevas soluciones. El aspecto más importante de los conocimientos sobre la seguridad del paciente es la prevención del daño. Para emprender iniciativas de seguridad bien orientadas es fundamental comprender mejor el tipo de problemas que se plantean y los factores que contribuyen a crearlo. Por lo que la notificación y el aprendizaje para mejorar la seguridad del paciente tiene como objetivo apoyar a los estados miembros para que establezcan y perfeccionen sus sistemas.

Por otro lado, en mayo del 2007 la OMS lanza “Nueve soluciones para la seguridad del paciente” con el fin de ayudar a reducir el tributo de daños relacionados con la atención sanitaria que pagan millones de pacientes en todo el mundo.⁸ Estas soluciones han sido formuladas por el Centro Colaborador de la OMS y se centran en los siguientes aspectos:

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

En la misma línea, el Comité Europeo de Sanidad en su 56.^a Reunión celebrada en 2004 recomendó a los gobiernos de los Estados Miembros⁹:

- Asegurar que la seguridad del paciente se sitúe en el centro de todas las políticas sanitarias pertinentes.
- Elaborar un marco político en materia de seguridad de paciente.
- Elaborar un sistema para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.
- Examinar la función de otras fuentes de datos existentes, como fuentes complementarias de información sobre la seguridad del paciente.

⁸ Organización Mundial de la Salud. “La OMS lanza Nueve soluciones para la seguridad del paciente a fin de salvar vidas y evitar daños”. p:2

⁹ Ministerio de Sanidad y Consumo. “Estrategia en seguridad del paciente”. p:9-10

- Elaborar programas de educación para todo el personal de atención sanitaria afectado, incluidos los gestores, con el fin de mejorar la comprensión de los procesos de toma de decisiones clínicas y de gestión del riesgo, así como el modo adecuado de enfocar los incidentes de seguridad del paciente.
- Cooperar en el plano internacional para construir una plataforma de intercambio recíproco de experiencias y aprendizaje en todos los aspectos de la seguridad de la atención sanitaria.
- Promover la investigación sobre seguridad del paciente.
- Confeccionar informes periódicos sobre las medidas tomadas en el país para mejorar la seguridad del paciente.
- Tomar para tal fin, siempre que sea viable, las medidas presentadas en el informe Rec (2004) del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria.

El Comité Europeo de Sanidad reconoce distintos elementos dentro de un enfoque sistémico de la prevención de riesgos en la asistencia sanitaria

- Organización.
- Cultura de la seguridad.
- Evaluación de la seguridad.
- Fuentes de datos y sistemas de comunicación de incidentes.
- Factores humanos.
- Facultades de pacientes y participación de ciudadanos.
- Educación para la seguridad del paciente.
- Programa de investigación.
- Marco jurídico.
- Aplicación de la política de seguridad del paciente

En julio del 2001 en Argentina se creó el comité de error de la Academia Nacional de Medicina. El Instituto de Investigaciones Epidemiológicas hizo el diseño de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención de los pacientes. Con subsidio del Ministerio de Salud de la Nación se implemento en cuatro instituciones del país¹⁰.

Este programa implemento una investigación operativa, multifacética, con una modalidad multi, inter y transdisciplinaria que promueve un mayor involucramiento del equipo de salud al tiempo que identifica los problemas y favorece la practicas más seguras para mitigarlo.

El programa incluye cuatro componentes:

- a) Cultura organizacional.
- b) Sistemas de información para la vigilancia del error.
- c) Mejoramiento continuo de la seguridad del paciente.
- d) Gestión de conocimiento.

Se abordan aspectos claves de la tipología del error y la cultura prevaleciente en nuestro medio. Se describe el rol de los sistemas de información en la mitigación de los errores y sus distintos tipos y se identifican herramientas para la detección y análisis de los eventos adversos.

1.3 CONCEPTOS CLAVES PARA ENTENDER LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Para entender este conocimiento sobre la seguridad del paciente se incluyen una serie de definiciones fundamentales.¹¹

¹⁰ Ministerio de Salud de la Nación. "Implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención medica de pacientes".

¹¹ Sarabia González O. "Conceptos básicos en seguridad del paciente". p:14-19

Accidente: Evento que involucra daño a un sistema definido, que rompe el seguimiento o futuro resultado de dicho sistema (*Institute of Medicine de los EEUU*).

Evento adverso: Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la presentación de atención (*National Center for Patient Safety de EEUU*).

Evento centinela: Hallazgo que involucra la presencia de la muerte inesperada, herida física, patológica grave, o el riesgo potencial de que esto ocurra. (*Joint Commission on Accreditation of Health Care de EEUU*).

Para evitar confusión cabe mencionar que un efecto adverso solo en ocasiones es un evento centinela; en cambio, todo evento centinela es un evento adverso. El evento centinela es un subconjunto del universo de eventos adversos. Su gran importancia radica en la oportunidad que ofrece para detectar fallas en los sistemas de atención al paciente, y corregirlos de inmediato, aunque el daño provocado por el evento centinela haya sido reversible en esa ocasión.

Quasi falla: El acontecimiento o la situación que podría haber tenido como resultado de un accidente, herida o enfermedad, pero no lo tuvo por casualidad o por una intervención oportuna. (*National Center for Patient Safety de EEUU*).

Cabe reflexionar el concepto de quasi falla en donde al momento de dar la atención médica pudimos haber ocasionado daño al paciente. Sin embargo, se detectó oportunamente la falla o error, evitando el daño. Percibir las quasi fallas es por demás valioso, ya que aprendemos sin pagar el costo que en este caso puede ser el daño a la salud o la muerte del paciente. De igual forma, esto nos enseña a ver los riesgos que están acechando constantemente nuestro quehacer diario.

Error por omisión: Es el que ocurre como resultado de una acción no tomada. Ejemplo: retraso en realizar una cesárea que está indicada, con el resultado de la muerte fetal. Los errores por omisión pueden o no terminar en un resultado adverso.

Error por acción: Es el que ocurre como resultado de una acción tomada. Por ejemplo: la ministración de un medicamento a la hora equivocada, en la dosis equivocada, o usando una vía equivocada.

Error activo: Es aquel que ocurre en el nivel de la primera línea del operador (en contacto directo con el paciente), y sus efectos pueden sentirse inmediatamente.

Error latente: Es aquel que suele estar removido del control directo del operador, e incluye un diseño deficiente, instalaciones incorrectas, falta de mantenimiento, mala toma de decisiones, y organizaciones insuficientemente estructuradas.

1.3.1. PREVENCIÓN DE RIESGOS

El paciente que ingresa a la unidad hospitalaria se enfrenta a una serie de riesgos que no se limitan a las infecciones nosocomiales, por ello, el personal de enfermería debe aprender a ver, resaltar y contener los riesgos para brindar una atención de salud segura y de calidad.

El profesional de enfermería como principal integrante del grupo multidisciplinario es el que realiza la oportuna identificación del riesgo para prevenir daños, disminuir la morbilidad y bajar los costos hospitalarios.

Una vez identificados los principales problemas, el paso siguiente consiste en entender las principales causas que favorezcan los eventos adversos que han

perjudicado a los pacientes. Por consiguiente, es necesario investigar para determinar los principales factores prevenibles en la cadena causal.¹²

1.3.2 SÍNDROME DE CAÍDAS A NIVEL HOSPITALARIO.

CONCEPTO

Se define como la precipitación a un plano inferior, de manera repentina, involuntaria e insospechada, con o sin lesiones secundarias, confirmada por el paciente o un testigo.¹³

La etiología de las caídas es multifactorial y existen diferentes factores que pueden desencadenarla; también por su elevada frecuencia y sus múltiples complicaciones constituyen un importante problema en el área hospitalaria.

FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECOS

Son aquellos que están relacionados con el propio paciente

- Edad
- Factores fisiológicos del envejecimiento.
- Enfermedades que favorecen las caídas:
- Neurológicas.
- Músculo-esqueléticas
- Cardiovasculares.
- Otras causas.
- Consumo de fármacos.

¹² Organización Mundial de la Salud. "La Investigación en Seguridad del paciente". p:5

¹³ Carlos D'Hyver de las Deses. Geriatría. p:52, 459

FACTORES EXTRÍNSECOS

Son aquellos que están relacionados con el entorno del paciente.

- Ambientales
- Arquitectónicas de la unidad hospitalaria.
- Del equipo y mobiliario.
- De elementos de uso personal.
- De proceso.

En el ámbito hospitalario son los factores intrínsecos los que influyen con mayor frecuencia en las caídas de pacientes, por lo que es necesario que la enfermera aprenda a valorar dichos factores para reducir estos eventos¹⁴. Algunos autores han elaborado un modelo de valoración de factores de riesgo para prevenir las caídas teniendo en cuenta como base el entorno, entendiéndose como el medio externo que rodea a una persona.

VALORACIÓN

El personal de salud puede realizar la valoración de un riesgo de caídas en el paciente mediante instrumentos que determinan la vulnerabilidad del paciente; por ejemplo:

- Escala de riesgo de caídas múltiples (de A.M. Tromp y colaboradores), Ver Anexos, tabla 1
- Escala de riesgo de caídas (JH Downton), ver anexos tabla 2
- Escala funcional de Crichton, ver anexos tabla 3

¹⁴ Tapia Villanueva M. "Prevención de caídas. Indicador de calidad del cuidado enfermero". p:51-57

1.4 MÉXICO DENTRO DEL MARCO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

México también ha iniciado diversas acciones, que incluyen: la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios Médicos, la certificación de unidades médicas por el Consejo de Salubridad General, el establecimiento de sistemas de gestión de calidad en diversas unidades medicas, la aplicación, evaluación y seguimiento de indicadores de calidad, entre otras acciones.

De esta manera el tema de la Seguridad del paciente se coloca dentro del corazón de la Cruzada Nacional por la Calidad de los servicios de salud. En esta Cruzada se toma en cuenta lo aportado por el Dr. Avedis Donabedian, uno de los principales expertos en la materia, quien propuso dos vertientes conceptuales que permiten categorizar la calidad de la atención médica y en general a la calidad de los servicios de salud.

Una de estas vertientes es la dimensión técnica, referida esta a la aplicación del conocimiento de cada una de las disciplinas que coadyuvan a la resolución de los problemas de salud. La otra, la dimensión interpersonal se refiere a la interacción que se da entre el profesional de la salud y el paciente al momento de proporcionar la atención.¹⁵ Ambas dimensiones son inseparables y ocurren de manera simultánea cada vez que una persona entra en contacto con los servicios de salud.

Al mismo tiempo la Cruzada ha enfocado su atención en los nueve conceptos fundamentales que se expresan a través de la palabra SONRIE en la que cada letra de la palabra es la inicial de cada concepto¹⁶:

¹⁵ Colegio Interinstitucional de Enfermería. “Actualizaciones A1. Indicadores de enfermería para la seguridad del paciente”. p: 180-190

¹⁶ Rúelas Barajas E. “La Cruzada Nacional por la Calidad de los servicios de salud y la seguridad del paciente”. p: 8-13

S seguridad para los pacientes

O oportunidad en la atención

N necesidad y expectativas de los pacientes satisfechas

Y luego en la dimensión técnica:

R resultados clínicos que puedan ser constatados con

I indicadores que conduzcan hacia

E efectividad de la atención

A la combinación de estos tres conceptos se les denomina “medicina basada en evidencias”. Pero, simultáneamente, las mismas tres últimas letras de la palabra SONRIE significan también, ahora en la dimensión interpersonal de la calidad.

R respeto a la dignidad del paciente

I información clara y precisa que pueda entender el paciente sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento y

E empatía

Dentro del marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los servicios de salud y en conjunto con la Subsecretaría de Innovación y calidad, la seguridad del paciente es un tema de particular interés para lograr obtener hospitales más seguros.

Referente a ello, hasta este momento se han sensibilizado y capacitado 198 hospitales de la República Mexicana dentro de los cuales se encuentran

instituciones como ISSSTE, SEDENA, MARINA, PEMEX, 2 Hospitales Federales de referencia y 1 Instituto Nacional.¹⁷

Concerniente a esta capacitación y familiarizados con la terminología de seguridad del paciente es posible abordar las 10 acciones básicas para mejorar la seguridad del paciente que ha empleado la Subsecretaría de Innovación y Calidad^{18, 19}.

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

En cuanto a la identificación del paciente una causa importante de la generación de incidentes es la tendencia a resumir ubicaciones, nombres completos y características de los pacientes vgr. “El niño de la 21” “La diabética que ingreso hace un rato”, olvidemos esas costumbre.

Al iniciar la atención médica el primer punto debe ser la identificación correcta del paciente. Se debe eliminar cualquier punto que vulnere dicha identificación, es decir, que de pie a confusión. Una forma sencilla es elegir como política del hospital dos datos diferentes relacionados con el paciente. Por ejemplo, nombre completo y fecha de nacimiento, o CURP o RFC. Lo que nunca deberá utilizarse es el número de cama ni el horario de atención al paciente.

¹⁷ Subsecretaría de Innovación y Calidad. “III Conferencia Internacional Seguridad del paciente”. En: http://www.msc.es/.../seguridaddelpaciente/.../seguridadpaciente_mexico.pdf Consultado septiembre 2009

¹⁸ Subsecretaría de Innovación y Calidad. “Seguridad del paciente: 10 acciones para seguridad del paciente”. p:4-6

¹⁹ *Ibidem.*; p: 2-6

2. MANEJO DE MEDICAMENTOS

El manejo de medicamentos conlleva riesgos que pueden dar lugar a graves fallas en la atención médica, ¿Quién no ha sabido de algún caso de equivocación en la ministración de insulina?

La mejor manera de resumir este punto es mediante el muy conocido método de mnemotécnico de los 5 Correctos.

Esto quiere decir:

- Paciente correcto
- Medicamento correcto
- Vía correcta
- Dosis correcta
- Rapidez correcta

Uno de los principales retos que se enfrenta el profesional de enfermería, se encuentra en el manejo de medicamentos, ya que un error en la ministración de los mismos puede traducirse en daño grave. Sin embargo, algo tan sencillo como repasar a manera de lista, de cotejo o letanía los 5 puntos resumidos en las “5C” podrá contener riesgos y evitar daños.

Para cerciorarnos de que se trata del paciente correcto debemos hacer una identificación del enfermo, como se describió en el párrafo anterior.

3. COMUNICACIÓN CLARA

Las fallas de comunicación son un factor muy recurrente en la gestación de eventos adversos en toda actividad humana, la gama de posibilidades de error es basta, por lo mismo nos enfocaremos a los casos más vinculados a los procesos de atención a la salud.

Esto depende de identificar claramente a la persona a quien se dirige la comunicación. Si es un médico se podrá hablar de cierta manera y con ciertos términos; si es enfermera, con otros; y si es paciente aun con otros.

- En primer término hable correctamente
- En lo posible, use terminología estandarizada
- Se conciso, claro, específico y oportuno.
- No utilice abreviaturas, acrónimos o símbolos, al menos que su organización cuente con estandarización de los mismos.
- Cerciórese de que se ha dado a entender (Que quién recibe la orden la repita)
- Si el tiempo es un factor importante, especifique el momento en que requiere que se efectúe la acción
- En caso de órdenes verbales o resultados críticos de exámenes es recomendable implementar un proceso de verificación, es decir, un sistema redúndate para evitar malas interpretaciones, errores y posible daño.

4. USO DE PROTOCOLO Y/O GUÍAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPEUTICAS

El no apegarse a protocolos y guías diagnosticas y terapéuticas es fácilmente origen de un incidente, de la misma manera, la ausencia de un protocolo o lineamiento apropiado puede dar lugar a efectuar un procedimiento idóneo.

Es preciso en tal caso que se desarrolle un protocolo específico adecuado. Siempre será más seguro seguir protocolos y/o guías diagnósticas terapéuticas de acuerdo con los signos y síntomas.

Afortunadamente se cuenta con protocolos de atención, guías diagnósticas y terapéuticas mismas que ayudan a homogenizar la atención médica. Sin embargo, cabe resaltar que la constante revisión y actualización por expertos en la rama deberá fomentarse para poder brindar la atención mas actualizada.

5. EN CIRUGIAS Y PROCEDIMIENTOS, LAS “C” SON SÓLO 4

El llegar a un procedimiento quirúrgico sin contar con toda la información necesaria puede causar un incidente, por ello se debe verificar una serie de datos.

Aquí será suficiente cerciorarse de que se trata de:

- El paciente correcto
- Cirugía o procedimiento correcto
- Sitio quirúrgico correcto
- Momento correcto (oportuno)

Antes de iniciar una cirugía o un procedimiento el equipo debe tomar un breve “tiempo fuera” para poder repasar, a manera de lista de cotejo los 4 puntos enumerados. El tiempo fuera invertido es un tiempo de sistema redundante empleado para contener riesgos y evitar causar daño, el cual puede ser grave e incluso irreversible. Para evitar errores en sitio quirúrgico es útil marcar el área que

se va a operar en presencia del enfermo mientras que este se encuentre todavía consiente.

6. CAIDA DE PACIENTES

El descuido, el no utilizar las medidas de protección ya sea por olvido o por no contar con ellas, pueden dar lugar a una caída del paciente, del mismo modo un estado alterado del paciente puede hacer necesaria una toma de medidas adicionales para contener esta posibilidad.

Como primera medida, será preciso que los miembros del equipo identifiquen pacientes con alto riesgo de caerse y luego discutan brevemente las situaciones en que hay mayor posibilidad que esto suceda. Si el paciente está en cama, habrá que dejar los barandales de la cama arriba. También conviene informarles al enfermo y a los familiares de las medidas de seguridad tomadas y la razón de la misma para evitar que alguno de ellos pueda interferirla o cancelarlas.

La caída de pacientes es un acontecimiento que se puede evitar con algunas medidas sencillas. Los pacientes geriátricos, los que tengan algún tipo de encefalopatía o neurológico, los niños con problemas psiquiátricos. En muchas ocasiones los barandales de la cama se encuentran abajo y por inercia así los dejamos. Es importante evitar eso y comunicar a los familiares y al paciente qué medidas tomar para evitar que el enfermo sufra una caída.

7. INFECCIONES NOSOCOMIALES

Existe un amplio conocimiento de lo frecuente que son las infecciones nosocomiales si bien son un riesgo implícito en un medio en donde se encuentran

enfermedades y tratamientos para su cura no tienen por qué ser inevitable muchas de ellas, es decir, se puede reducir su incidencia.

Todo miembro del equipo de salud debe lavarse las manos antes y después de revisar a cada paciente. Igualmente es preciso identificar a los pacientes, por sus condiciones, tienen mayor riesgo de contraer este tipo de infecciones.

Sin duda, lavarse las manos salva vidas. Un adecuado aseo de manos, así como otras medidas sencillas específicas para evitar transmisión de infecciones nosocomiales constituyen rutinas fundamentales cuya omisión puede acarrear una pesada carga de responsabilidad.

8. FACTORES HUMANOS

El factor humano es un componente que, por lo general está presente en los incidentes y eventos adversos, se debe conocer y admitir los límites y carencias para no afectar el funcionamiento de los sistemas de salud.

El cansancio, la prisa y otros factores humanos no son por si mismo causa obligada de accidentes, pero él no tomarlos en cuenta si lo es, es necesario contener riesgos y para ello es preciso identificar los factores humanos y tomar medidas preventivas consecuentes. Si un miembro del equipo no se encuentra en el ciento por ciento de sus facultades y capacidades (por cansancio, prisa o algún otro problema) debe externarlo y pedir ayuda.

9. HAGA CO-RESPONSABLE AL PACIENTE DE SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO

El paciente, así como el objetivo de nuestra atención, también juega un papel activo muchas veces en esta, el puede determinar el éxito o el fracaso de un tratamiento en principio adecuado, por tanto es necesario considerarlo a él y/o a su familia parte del sistema de atención a la salud.

La participación del paciente y sus familiares en el proceso de atención a la salud es fundamental.

El invitarlo a expresar sus dudas ante su enfermedad y tratamiento y el resolverlas, ahorrara tiempo, fortalecerá el rapport, es decir, el vinculo con el paciente y favorecerá la imagen tanto del personal de la atención medica como la institución misma.

- Sea paciente con su paciente
- Comuníquese con su paciente de acuerdo a su nivel sociocultural
- Pregunte si tiene alguna duda sobre su padecimiento y su tratamiento.
- Verifique que fue comprendido
- Invite al paciente a que sea acompañado de un familiar
- Sugiera que anote todas sus dudas con la finalidad de que en el momento de tener contacto con usted resuelva la mayor cantidad de estas.
- Siempre pregunte y rectifique todos los medicamentos y tratamientos que su paciente este utilizando inclusive los que no requieren receta médica u otro tipo de tratamientos alternativos
- Cerciórese de actualizar este listado
- Siempre incluya esta información en el enlace con los demás servicios involucrados con su paciente.

10. CLIMA DE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE

La causa principal de que las medidas para la mejora de la seguridad del paciente no se implementen con suficiente celeridad o no den el resultado esperado, es la renuencia a efectuar cambios por algunos elementos del personal involucrado. Esto produce falta de camaradería y de la adecuada integración de un equipo de trabajo, a su vez esta situación y la carencia de empatía impiden la existencia de un clima de seguridad para el paciente.

Todas las medidas anteriores implican un grado de esfuerzo personal. Habrá quién invierta ese esfuerzo sin ninguna reserva en función de que es por una buena causa. Otros serán más reservados, apuntando que no todos “jalan parejo”, o por alguna de las múltiples justificaciones que suelen esgrimir para no cambiar. Sin embargo, lo más importantes a subrayar en este punto es el valor del ejemplo, un miembro del equipo que de ejemplo de conciencia y cuidado frente a las acciones de seguridad tendrá por lo menos un seguidor. Estos dos empezaran a constituir un clima de seguridad que, con el tiempo, será muy difícil de negar.

Este clima, a su vez, constituye una condición fundamental que propicia la tranquilidad y por lo tanto una mejor condición para la recuperación del paciente.

El practicar estas acciones facilita realizar el trabajo cotidiano, conteniendo riesgos, alineando esfuerzos y potenciando el brindar una atención con calidad.

Al mismo tiempo, se crea el logotipo de Seguridad del paciente, y se realiza a imagen y semejanza de los señalamientos que se encuentran en zonas de radioactividad y que se puede colocar en lugares con mayor riesgo para los pacientes²⁰.

²⁰ Saturno Pedro. “Seguridad del paciente: enfoques y métodos para su control y mejora”. p:24-34

En lo que al logotipo se refiere, la silueta negra corresponde a un seguro (de los que se usa en la ropa), pero lo que queda por dentro en amarillo se puede vislumbrar una cabeza, un cuello y tórax, si la figura se observa desde arriba se puede apreciar otra cabeza de alguien que está protegiendo a la persona que se encuentra dentro del seguro.

Así mismo, dentro del Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2007-2012, la Secretaría de Salud incorporó el tema de Seguridad del paciente como parte de sus objetivos y líneas estratégicas. En septiembre del 2009 el Secretario de Salud de México y Ministros de Salud de siete países de América Latina (Cuba, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá), firmaron una Declaración Conjunta en apoyo a la iniciativa del Primer reto mundial por la Seguridad del paciente: “Una atención limpia es una atención segura”, de la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente, de la OMS, y acordaron llevar a cabo intervenciones clave para la lucha contra la propagación de infecciones asociadas al cuidado de la salud. Estos se comprometieron a realizar campañas de higiene de manos dirigidas a trabajadores de la salud basadas en las directrices de la OMS.²¹

1.4.1 IMPACTO FINANCIERO Y SOCIAL DE LOS EVENTOS ADVERSOS

Los eventos adversos se cobran además un alto tributo en concepto de pérdidas financieras. En el Reino Unido e Irlanda del Norte, las estancias hospitalarias que provocan cuestan por si solas cerca de 2 000 millones de libras al año y el pago de indemnizaciones cuesta al servicio nacional de salud entorno a los 400 millones de libras al año, además de una posible responsabilidad profesional estimada en 2 400 millones de libras correspondiente a reclamaciones presentadas o previstas; finalmente se estiman que las infecciones nosocomiales

²¹ Galindo Becerra ME. “Seguridad del paciente y el lavado de manos”. p: 36-39

condicionan gastos por 100 millones de libras, de las cuales 15% son evitables. El costo total de los eventos adversos evitables en los estados Unidos de América se estiman entre 17 000 y 29 000 millones de dólares anuales, incluyendo la pérdida de ingresos, las discapacidades y el tratamiento médico. A estos costos financieros, hay que agregar la pérdida de la confianza, de la seguridad y de la satisfacción de los usuarios y de los proveedores de la atención sanitaria, lo que implica costos más amplios por la grave afectación en la relación médico-paciente y en las repercusiones que se presentan en los prestadores de los servicios.²²

La situación en la mayoría de los países en desarrollo y en los países con economías en transición es particularmente preocupante. El mal estado de las infraestructuras y del equipo, la irregularidad del suministro y de la calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión de desechos y en la lucha de las infecciones hospitalarias, un desempeño deficiente del personal (por falta de motivación y compromiso o por deficiencias en sus conocimientos técnicos y académicos) y la grave escases de recursos para financiar los costos que se requieren para un adecuado funcionamiento de los servicios de salud, hacen que la probabilidad de que se produzca eventos adversos sea mucho más elevada que en las naciones desarrolladas.

Los informes de la Organización Mundial de la Salud, indican que cerca del 77% de todos los casos notificados de falsificación de medicamentos o de calidad inferior a la norma se presentan en países en desarrollo. Así mismo, se identifico que en la mayoría de estos países, a lo menos el 50% de todo el equipo médico esta inutilizable o solo se puede utilizar parcialmente, lo que provoca que se incremente el riesgo de causarles daño a los usuarios y al personal en salud.²³

²² Organización Mundial de la Salud. *Op cit.*; p: 2

²³ Gutiérrez Vega R. *OPcit.*; p:4

Diversos estudios han demostrado que las hospitalizaciones adicionales, las demandas judiciales, las infecciones intrahospitalarias, la pérdida de ingresos, las discapacidades y los gastos médicos representan costos muy elevados; sin embargo, la realidad es que los errores médicos y otros efectos adversos sobre la salud son factores que inciden de forma importante en la carga mundial de enfermedad y muerte.²⁴

1.4.2 DÓNDE Y POR QUÉ SE PRODUCEN EVENTOS ADVERSOS

La mayoría de las pruebas disponibles sobre los eventos adversos proceden de los hospitales, por que los riesgos asociados con la atención hospitalaria son altos y las estrategias de mejora están mejor documentadas y por la enorme importancia que tiene la confianza del paciente. Pero muchos eventos adversos se producen en otros servicios de atención de salud, como las consultas de los médicos, las clínicas privadas, las farmacias y los hogares de los pacientes. En publicaciones recientes se destacan también los problemas relacionados con los pacientes ambulatorios, pero los datos sobre la magnitud del problema, fuera del ámbito hospitalario son muy escasos.

Cada etapa del proceso de atención sanitaria presenta cierto grado de inseguridad intrínseca: los efectos secundarios de los medicamentos o de las combinaciones de medicamentos, el riesgo asociado a un determinado instrumento médico, la presencia en el servicio de salud de productos no acordes a las normas o defectuosos, los fallos humanos o las deficiencias (latentes) del sistema. En consecuencia, los eventos adversos pueden deberse a problemas en las prácticas, los productos, los procedimientos o los sistemas.

Otra clasificación que resume algunas de las causas; causas humanas, causas estructurales, mala comunicación, fatiga, prisa, falta de entrenamiento y

²⁴ García Barbero M. "Alianza Mundial para la seguridad del paciente." p: 209-210

capacitación, exceso de confianza, falta de conciencia de los riesgos, falta de aceptación de limitaciones propias, falta de alerta ante la rutina, etc. Por otro lado, la causa estructural se debe a un diseño organizacional defectuoso; esto es, falta de estandarización de procesos, no verificación de los procesos por el personal involucrado, falta de supervisión.²⁵

Por otro lado, en México la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) emite un análisis sistemático de las causas de los eventos adversos. En atención a sus causas estos pueden ser: prevenibles y evitables, o bien inevitables cuando sus causas no se ubican en el proceso de atención médica, no son conocidas y pueden ser consecuencia de un error o en ausencia de él.²⁶

Dentro de las fallas en la estructura se encuentran

- Deficiencias en el entorno: factores ambientales.
- Deficiencias en los sistemas
- Fallas en el equipo
- Calidad deficiente de los medicamentos o material de curación
- Personal insuficiente
- Insuficiente capacidad profesional
- Capacitación deficiente de el personal

Como fallas en el proceso se pueden citar

- Deficiencias en los criterios: error médico
- Deficiencias en la organización
- Medidas de seguridad insuficientes

²⁵ Ruelas Barajas E. "La seguridad de los pacientes". p: 27-34

²⁶ Aguirre Gas H. "El error medico: eventos adversos." p:36-41

- Identificación deficiente del paciente
- Carencia de sistemas de alarma
- Relación médico-paciente deficiente
- Registros deficientes en el expediente clínico
- Disponibilidad de información insuficiente
- Deficiencias en la coordinación y comunicación entre el personal
- Deficiente comunicación: no escuchar a la familia
- Deficiente comunicación: no escuchar al paciente
- Cultura de la organización
- Seguridad del procedimiento
- Factores inherentes al paciente:
 - Falta de información
 - Desconocimiento de sus problemas
 - Participación insuficiente del paciente y su familia
 - Intolerancia a medicamentos o material de curación
 - Alergia no conocida a medicamentos
 - Idiosincrasia a medicamentos

1.5 EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

En la actualidad, la seguridad en la atención de los pacientes es uno de los aspectos más importantes que requieren revisarse y desarrollarse para establecer un proceso efectivo de garantía de calidad en la atención de enfermería. Para que la seguridad pueda establecerse como un valor necesario en el cuidado de enfermería, se requiere conocer cuáles son las situaciones adversas que pueden presentarse cuando se realiza algún procedimiento de cuidado enfermero con el

fin de evitar o controlar los factores que predisponen a los errores y que atentan contra la seguridad de los pacientes.²⁷

La seguridad del paciente es entonces entendida como los procesos destinados a la prevención, la mitigación y la corrección de las consecuencias de los errores que ocurren en el propio proceso de atención. Dentro de este contexto, se puede decir que todo ello, es una responsabilidad que involucra las intervenciones del personal de salud, médicas y del personal de enfermería. Esta última, y dado que el objeto de estudio de enfermería es el cuidado, y a nivel internacional se ha creado una corriente de nuevas estrategias que permitan garantizar esta seguridad al paciente.²⁸

En la Séptima Reunión Anual del Foro Europeo de las Asociaciones de Enfermería y la Organización Mundial de la Salud, se enfatizaron puntos importantes en relación a la seguridad de los paciente; así mismo, se dio a conocer una estrategia para realizar estas acciones la cual es crear una base de registros de incidencias en la atención de enfermería que permita conocer la prevalencia de los eventos adversos (EA) como una fuente de información continua y eficiente. Que dirija la detección, el análisis y el control de focos rojos como una estrategia de garantía de calidad de los cuidados de enfermería y como premisa del planeamiento de actividades de mejora continúa en beneficio de los usuarios externos e internos. Esto implica generar una cultura donde las enfermeras puedan informar sobre problemas y errores con el fin de que en sus centros interinstitucionales puedan adoptar políticas y procedimientos con el propósito de reducir la incidencia de riesgos y sus consecuencias.

²⁷ Hernández CAR y cols. “Eventos adversos en el cuidado de enfermería”. p:70-74

²⁸ Zarza Arismendi MD. OPcit,;33

Esta cultura involucra un cambio de paradigma, el cual consiste en adoptar una actitud más activa dentro del área hospitalaria, colaborando con el resto de las disciplinas sanitarias en el desarrollo de iniciativas dirigidas a la prevención de errores.

Por otro lado, el acto en sí de cuidar, es en lo que el profesional de enfermería centra principalmente su atención, y a diferencia del profesional médico; la enfermera (o) realiza técnicas y/o procedimientos con las cuales se ejecutan acciones bajo indicaciones medicas o intervenciones independientes. Al llevar a cabo estos procesos en ocasiones se presentan errores en la atención de enfermería y es aquí donde se debe encaminar la práctica hacia un cuidado seguro.

Referente a esto, en el 2002 el Instituto Nacional de Cardiología realizó un estudio donde registro 144 errores de los cuales 106 (74%) corresponden a técnicas y procedimientos de enfermería, el 23% a caídas y el resto es de malos tratos. Dentro de las técnicas se engloban ministración de medicamentos, transfusión de hemoderivados y algunas otras.²⁹

Otro estudio realizado en el Instituto Nacional de Cardiología titulado “Medidas para la seguridad física de los pacientes aplicadas en la terapia postquirúrgica”, tuvo como objetivo determinar el índice de eficiencia con el que el personal de enfermería aplica las medidas de seguridad física del paciente, así como conocer la percepción del paciente en lo referente a su seguridad física durante su estancia hospitalaria.

²⁹ Ortega Vargas C. “Seguridad del paciente en enfermería”. p: 67,71.

Por otro lado, es necesario considerar otros factores que intervienen para garantizar la seguridad del paciente como son: la capacidad instalada en las instituciones, la provisión de recursos, la cualificación de sus recursos humanos; así como factores subjetivos y poco estudiados que influyen en los momentos críticos tales como: fatiga, insatisfacción, saturación, falta de protocolos y procedimientos entre otros; varios de estos factores están implícitos en el trabajo cotidiano del personal de enfermería al proporcionar un ambiente seguro en el cual las personas pueden desenvolverse sin sufrir daños y que tenga una sensación de seguridad.

La Comisión Internacional de Enfermería (CIE) en su carácter rector a nivel nacional conformada por representantes de diferentes instituciones educativas y de salud define como prioridad el mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de enfermería con el desarrollo de un proyecto de “Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería”, con el propósito de identificar vacíos en cuanto a normatividad respecto a prácticas de carácter preventivo para que con base en esta identificación se trabajen las guías o protocolos que aseguren prácticas seguras que eviten la ocurrencia de daños al paciente.³⁰

Con base en lo anterior se inicio con la medición de indicadores de calidad de los servicios de salud que permiten además de identificar las áreas de oportunidad de mejora, garantizar las condiciones necesarias 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 de Salud. Cada uno de los criterios que integran estos indicadores implica la verificación del cumplimiento de medidas de seguridad que el personal de enfermería debe cumplir a fin de reducir la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos.

³⁰ Comisión Interinstitucional de Enfermería. “Seguridad del paciente, prioridad en la calidad de los servicios de enfermería”. p:4-6

Referente a esto, se diseñaron lineamientos donde se tomaron en cuenta los problemas prioritarios de seguridad, propuestos por la Alianza Mundial para la Seguridad de los pacientes que incluyen: medicamentos de aspectos o nombres parecidos, identificación correcta y comunicación durante la entrega de pacientes, realización correcta de procedimiento correcto en la persona y lugar del cuerpo correctos, control de soluciones concentradas de electrolitos, asegurar la precisión de la medicación durante las transiciones asistenciales, evitar los errores de conexión de caracteres y tubos, usar una sola vez los dispositivos de inyección y mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención a la salud.³¹

Estos lineamientos tienen como propósito informar a los actores que intervienen en la atención del paciente y a los responsables de la aplicación de las medidas de seguridad, sobre las actividades que deben cumplir, para llevarlo a buen fin.

Dentro de los procedimientos para garantizar la seguridad del paciente en las Unidades Medicas Hospitalarias, existen funciones bien identificadas que deben ser cumplidas en las diferentes actividades del proceso de atención médica, quirúrgica o la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

FUNCIÓN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

1. La enfermera encargada de recibir al paciente se presenta con él por nombre y apellidos y le informa la atención que se le otorgara. En caso de gravedad, llama de inmediato al médico.
2. Le pregunta su nombre y verifica su congruencia con el documento para registrar la atención o expediente clínico y pulsera de identificación.

³¹ Comisión Nacional de Arbitraje Médico. “Recomendaciones. Lineamientos generales para la seguridad del paciente hospitalizado”. p: 7-33

3. Aplica las medidas de seguridad del paciente.
4. Se lava las manos antes de otorgar la atención.
5. Otorga la atención de enfermería requerida, hace los registros correspondientes e informa al médico de la presencia del paciente.

FUNCIÓN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN

La enfermera del área de hospitalización recibe al paciente procedente del servicio de Urgencias, del Quirófano o del Área de Admisión Hospitalaria:

1. Acude a recibir al paciente, se presenta con él por nombre y apellidos y le informa que es la enfermera que estará a cargo de él. En caso de urgencia avisa de inmediato al médico.
2. Le pregunta su nombre y verifica que corresponda con el de su pulsera de identificación, con el expediente clínico y, en caso de pacientes previamente hospitalizados, con la tarjeta de identificación de la cabecera de la cama.
3. Aplica las medidas de seguridad del paciente.
4. Se lava las manos antes de otorgar la atención.
5. Otorga la atención de enfermería para evaluar las condiciones en que llega el paciente.
6. Revisa las indicaciones médicas de ingreso y procede a cumplirlas.
7. Otorga la atención de enfermería requerida, hace los registros correspondientes en el expediente clínico.
8. Informa al médico la llegada del paciente.

FUNCIÓN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE HOSPITALIZADO

La enfermera encargada del paciente, realiza los procedimientos de enfermería conforme a la normatividad vigente:

1. Revisa las órdenes médicas y en caso de dudas, las aclara con el médico.
2. Se presenta con el paciente y lo saluda en la forma que a este le agrada que se dirijan a él.
3. Se lava las manos antes de otorgar la atención.
4. Realiza los cuidados de enfermería indicados.
5. Prepara medicamentos conforme a la normatividad vigente, verificando el nombre del paciente, con las órdenes medicas y con el expediente clínico.
6. Antes de ministrar los medicamentos, pregunta su nombre y verifica que corresponda con las órdenes médicas, con la pulsera de identificación y con la tarjeta a la cabecera de la cama.
7. Verificar antes de la ministración, que en la tarjeta de la cabecera de la cama no esté indicada alergia al medicamento que va a administrar y le informa al paciente cual medicamento le va a administrar y le pregunta si no es alérgico.
8. Administra medicamentos conforme a la normatividad vigente.
9. Evalúa la aceptación del paciente a los medicamentos y posibles manifestaciones de intolerancia, toxicidad o alergias de los medicamentos administrados.
10. Aplica las medidas de seguridad para el paciente
 - a) Coloca barandales y verifica que la piecera y la cabecera estén correctamente instaladas.
 - b) Aplica los procedimientos de enfermería para la prevención de úlceras por presión.
 - c) Auxilia al paciente para subir y descender de la cama.
 - d) Acompaña al paciente al retrete y para tomar su baño, cuando lo requiera y lo auxilia para prevenir las caídas.

- e) Cuando va a administrar sangre o sus productos, verifica que esta haya sido tipificada específicamente para el paciente, que tenga su nombre en la tarjeta que indica el nombre del paciente a quien se de de administrar y verificar su congruencia: con el nombre que el paciente manifiesta como suyo, con la pulsera de identificación, con la tarjeta a la cabecera de la cama, con las órdenes médicas y con el expediente clínico.
 - f) Cumple con los procedimientos específicos normados para la instalación de venoclisis, catéteres endovenosos, catéteres vesicales y aspiración de secreciones endotraqueales o de traqueostomía.
 - g) Cumple y verifica que se cumplan los procedimientos normados para la “asepsia” de heridas quirúrgicas y aspiración de secreciones orotraqueales.
 - h) Realiza aseo de la cavidad oral para prevenir procesos infecciosos de las vías respiratorias altas.
11. Realiza los registros de su competencia en el expediente clínico, conforme a la normatividad vigente.
 12. Conforme a las órdenes medicas, solicita el traslado del paciente para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
 13. En la entrega de turno, presenta a las enfermeras del siguiente turno por nombre y apellido y le informa sobre el paciente, empezando por su nombre y apellido, haciendo énfasis en la congruencia con la pulsera de identificación, la tarjeta a la cabecera de la cama y las ordenes médicas.
 14. La enfermera del siguiente turno se presenta con el paciente por nombre y apellido, se dirige a él en la forma que a éste le agrada y le informa que estará a su cargo.

FUNCIÓN DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA Y ANESTESICA

En los casos en que como resultado del proceso de atención médica, se determine la necesidad de una intervención quirúrgica, las funciones del personal de enfermería de la sala de operaciones serán:³²

1. Acude a recibir al paciente y se presenta con él por nombre y apellidos y le informa que es la enfermera que estará a cargo de él en la sala de operaciones.
2. Le pregunta su nombre y verifica que corresponda con el registro en el expediente clínico, en la pulsera de identificación y en el programa de cirugía de la sala de operaciones.
3. Aplica las medidas de seguridad del paciente.
4. Se lava las manos antes de iniciar los procedimientos de enfermería para la atención del paciente.
5. Verifica que la cirugía registrada en el programa, corresponda con la que se indica en el expediente clínico, así como con el cirujano que esta registrado para llevarlo a cabo.
6. Verifica que se cuente con el instrumental y con el material requerido para la cirugía y que estos se encuentren debidamente esterilizados. Se cerciora de que los testigos de esterilización estén presentes y acrediten la esterilidad del material e instrumental.
7. Es responsable de verificar que se haya cumplido con los procedimientos para garantizar la esterilidad de la sala de operaciones y del aire que se inyecta al quirófano, en cuanto a la realización de cultivos periódicos y cambio de filtros absolutos de los ductos de aire acondicionado.
8. Es responsable de verificar que no se encuentren frascos de medicamentos abiertos previamente, para ser utilizados.
9. Informa al cirujano y al anestesiólogo de la presencia del paciente y que todo esta correctamente dispuesto para iniciar la cirugía.

³² Fajardo Dolci G. "Lineamientos generales para el cuidado de la seguridad del paciente". p: 38-46

10. En caso de haber determinado el egreso del paciente, elabora la nota de egreso, indica citas en consulta externa, prescribe recetas y le informa al paciente sobre los medicamentos y cuidados que debe tener.
11. Entrega la hoja de ordenes médicas a la enfermera del paciente.

FUNCION DE RECUPERACION

1. La enfermera de recuperación recibe del anesthesiologo al paciente procedente de la sala de operaciones:
 - a) Acude a recibir al paciente procedente de la sala de operaciones, se presenta con él por nombre y apellido y le informa que es la enfermera que se encargara de sus cuidados en recuperación.
 - b) Le pregunta al paciente su nombre, debiendo estar suficientemente consiente para decirlo correctamente.
 - c) Verificar que el nombre del paciente corresponda con el de la pulsera de identificación, con el expediente clínico y con el programa de cirugía.
 - d) Aplicar las medidas de seguridad del paciente.
 - e) Se lava las manos antes de otorgar la atención.
 - f) Verifica el nivel de conciencia y signos vitales al recibir al paciente.
 - g) En caso de anormalidades, lo comunica al anesthesiologo y le solicita que no se ausente hasta que el paciente este estable o seguro.
 - h) Revisa las indicaciones del cirujano y del anesthesiologo en el expediente clínico y les da cumplimiento.
 - i) Conforme a la normatividad vigente, solicita al anesthesiologo el alta del paciente para ser trasladado a su cama de hospitalización o cuidados intensivos, según sea el caso.

- j) Solicitar el traslado del paciente y lo entrega para su traslado, conforme a la normatividad vigente.

Finalmente, en este quehacer por la seguridad del paciente la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) a través del trabajo “Análisis crítico de las quejas” identifica causas de raíz que provocan la inseguridad del paciente tales como son: falta de seguridad en el traslado de pacientes, omisión del lavado de manos, omisión de la identificación correcta del paciente, omisión de los procedimientos normados para la atención segura, integración deficiente u omisión en la integración del expediente clínico, información insuficiente al enfermo y sus familiares, quienes suelen desconocer la identidad del médico tratante y el reglamento del hospital, falta de información al médico sobre las alergias o reacciones adversas por medicamentos o transfusiones y falta de un sitio en el hospital, donde recibir información , en caso de dudas o inconformidades.³³

³³ Comisión Nacional de Arbitraje Médico. OPcit,; p:5

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante la formación académica de la Carrera de la Licenciatura en Enfermería y obstetricia, como parte de la materia de gerencia conocimos lo referente a la “seguridad del paciente”. A partir de ese contacto determinamos la importancia y la trascendencia que tiene conocer las 10 medidas de seguridad del paciente.

En este sentido, durante las prácticas hospitalarias realizadas en una Institución de Salud al Sur de la Ciudad de México no se encuentran carteles ubicados en forma estratégica que contengan las 10 medidas básicas en seguridad del paciente.

Por otro lado, el profesional de enfermería con el cual colaboramos solo relaciona la seguridad del paciente con prevención de caídas.

Es por ello la importancia de resaltar las 10 medidas básicas para mantener la seguridad del paciente, a través del siguiente cuestionamiento:

¿El profesional de enfermería de una Institución de Salud al sur de la Ciudad de México conoce y aplica las 10 medidas de seguridad del paciente?

3. OBJETIVO

Describir las medidas de seguridad del paciente que aplica el profesional de enfermería que labora en una Institución de Salud al sur de la Ciudad de México.

4. MATERIAL Y METODO

4.1 DISEÑO

Descriptivo, observacional, transversal.

4.2 UNIVERSO DE ESTUDIO

Licenciadas en enfermería y enfermeras generales de los diferentes turnos y áreas de hospitalización: áreas críticas, quirúrgicas y pediátricas.

4.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se seleccionaron 120 enfermeras (os) aleatoriamente, siendo 12 del sexo masculino y 108 del sexo femenino.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Enfermeras tituladas nivel técnico y/o licenciatura.
- Enfermeras con relación laboral de base y de contrato
- Disponibilidad al momento de la encuesta

4.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Enfermeras que al momento de la encuesta ya hayan contestado la misma en otro turno y/o servicio.
- Pasantes de enfermería.
- Estudiantes de enfermería.

4.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA EL 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.

VARIABLE INDEPENDIENTE

MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA EL 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.

PROFESIONAL DE ENFERMERIA. Enfermera (o) que cuenta con un título y cedula profesional y que ejerce la enfermería con un cuerpo de conocimientos científicos propios, desarrollados dentro de un marco conceptual destinados a promover la adquisición, mantenimiento o restauración de un estado de salud óptimo a través de la gestión del cuidado.

IDENTIFICACION DEL PACIENTE. Proceso por el cual el personal de salud identificará a un paciente mediante ciertas características como edad, sexo, estado civil, etc.

MANEJO DE MEDICAMENTOS. Procedimiento por medio del cual se introducen sustancias al organismo por diferentes vías mediante el muy conocido método de la regla de oro, esto quiere decir: paciente correcto, medicamento correcto, vía correcta, dosis correcta, rapidez correcta u horario correcto.

COMUNICACIÓN CLARA. Capacidad física e intelectual que tiene el hombre para expresar sus ideas, pensamientos, sentimientos y toda clase de emociones; así como, la interacción que permite a los individuos, establecer, mantener y mejorar sus relaciones con los demás y el mundo que los rodea utilizando una misma simbología para poder ser codificada por el receptor.

PROTOCOLOS Y/O GUIAS DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS. Son documentos editados habitualmente por sociedades científicas, desarrolladas por consenso, apoyados en meta análisis y ensayos clínicos sobre la patología o proceso en cuestión, y avalados por la mayor evidencia científica posible.

EN CIRUGIAS Y PROCEDIMIENTOS, LAS “C” SON SOLO 4. Es la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo con los estándares competentes y responsables con el propósito de lograr la satisfacción del paciente en la cirugía y procedimiento a realizar.

CAIDA DE PACIENTES. Cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad.

INFECCIONES NOSOCOMIALES. Es la multiplicación de un organismo parasitario dentro del cuerpo y que puede o no dar sintomatología y que fue adquirido durante la hospitalización de un paciente.

FACTORES HUMANOS. Componente que está presente en los incidentes y eventos adversos, donde se encuentra implícito el cansancio, la prisa y otros factores.

HAGA CO-RESPONSABLE AL PACIENTE Y DE SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO. El paciente juega un papel activo en su tratamiento y es quien determina el fracaso o el éxito del mismo, por lo tanto debe considerársele como parte del sistema de atención a la salud.

CLIMA DE SEGURIDAD. Conjunto de condiciones físicas y humanas que comprenden la interacción del personal de salud con el paciente y familiares, comienza desde su ingreso hospitalario hasta su tratamiento, logrando un máximo de eficacia y eficiencia en su atención; también constituye una condición fundamental que propicia la tranquilidad y por lo tanto una mejor condición para la recuperación del paciente.

5. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 EDAD

CUADRO 1

Distribución del personal de enfermería por grupos de edad en una Institución de Salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

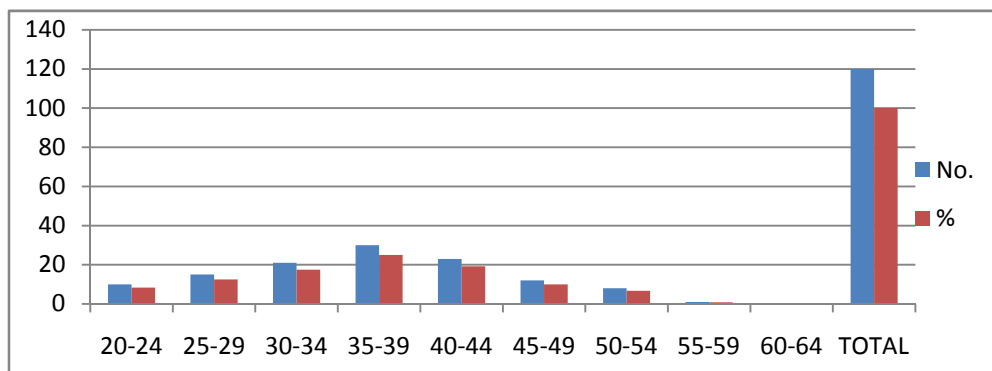
EDAD	No.	%
20-24	10	8.3
25-29	15	12.5
30-34	21	17.5
35-39	30	25
40-44	23	19.1
45-49	12	10
50-54	8	6.6
55-59	1	0.8
60-64	0	0
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de Salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que el mayor porcentaje oscila entre los 30 y 35 años de edad, así como el 19% de usuarios entre 40 y 44 años predominan en la unidad, siendo sólo el 8% personal de 20 a 24 de edad.

GRAFICA 1

Distribución del personal de enfermería por grupos de edad en una Institución de Salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 1

5.2 SEXO

CUADRO 2

Distribución del personal de enfermería por sexo en una Institución de Salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

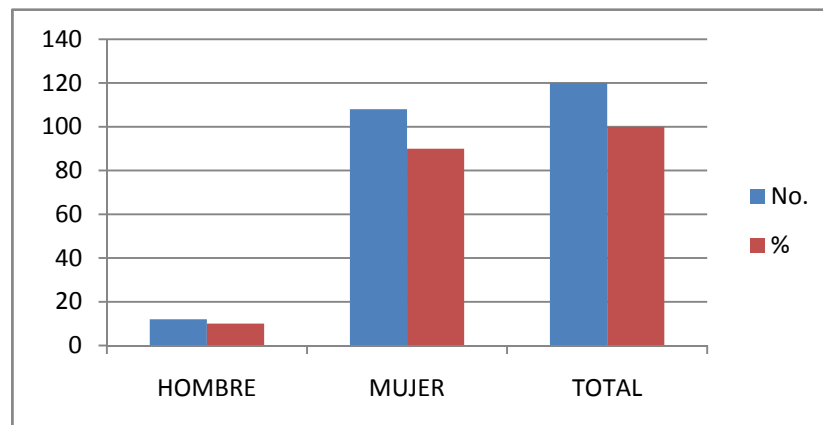
SEXO	No.	%
HOMBRES	12	10
MUJERES	108	90
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que del total de la muestra, el 10% son del sexo masculino y el 90% del sexo femenino.

GRAFICA 2

Distribución del personal de enfermería por sexo en una Institución de Salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 2

5.3 SERVICIOS EN LA UNIDAD

CUADRO 3

Distribución del personal de enfermería por servicio en una Institución de Salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

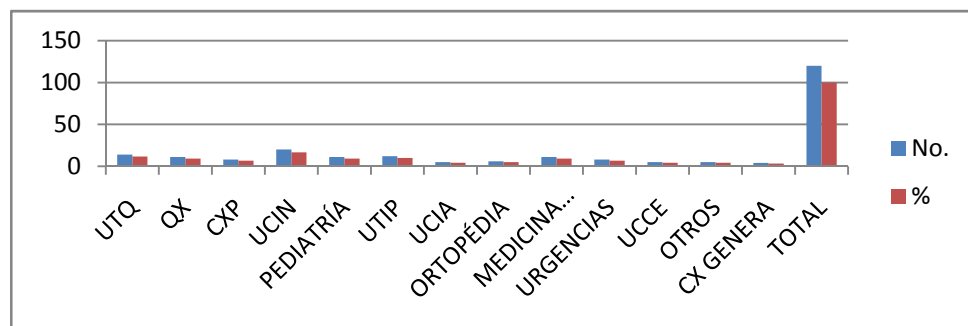
SERVICIOS	No.	%
UTQ	14	11.6
QX	11	9.1
CXP	8	6.6
UCIN	20	16.6
PEDIATRÍA	11	9.1
UTIP	12	10
UCIA	5	4.1
ORTOPÉDIA	6	5
MEDICINA INTERNA	11	9.1
URGENCIAS	8	6.6
UCCE	5	4.1
OTROS	5	4.1
CX GENERA	4	3.3
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de Salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela la distribución del personal de acuerdo al servicio asignado, siendo la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) quien tuvo mayor participación en la encuesta porque tiene asignado en su plantilla orgánica mayor número de personal.

GRAFICA 3

Distribución del personal de enfermería por servicio en una Institución de Salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 3

5.4 ESTADO CIVIL

CUADRO 4

Estado civil del personal de enfermería de una Institución de Salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

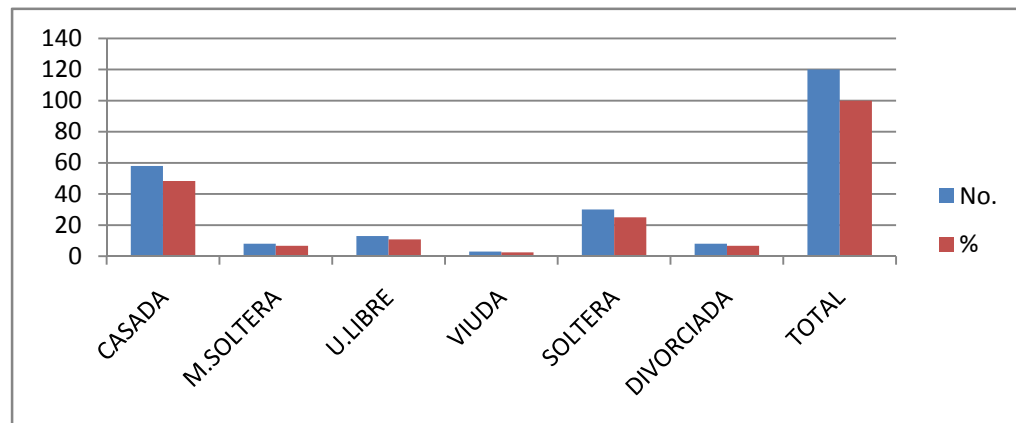
ESTADO CIVIL	No.	%
CASADA	58	48.3
M.SOLTERA	8	6.6
U.LIBRE	13	10.8
VIUDA	3	2.5
SOLTERA	30	25
DIVORCIADA	8	6.6
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de Salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela la distribución del personal de acuerdo a su estado civil donde el 48% del total actualmente se encuentra casado y el 25% es soltero. El resto ocupa otra situación civil.

GRAFICA 4

Estado civil del personal de enfermería de una Institución de Salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 4

5. 5 TURNO FIJO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN

CUADRO 5

Distribución del personal de enfermería por turno que se encontró en una Institución de Salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

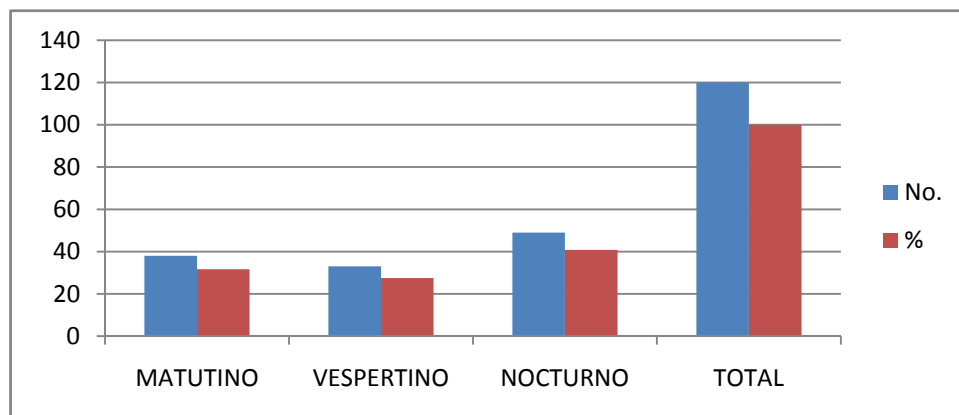
TURNO FIJO	No.	%
MATUTINO	38	31.6
VESPERTINO	33	27.5
NOCTURNO	49	40.8
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de Salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela la distribución del personal de acuerdo al turno en que labora, predomina el turno nocturno con el 40% seguido del 31% del turno matutino.

GRAFICA 5

Distribución del personal de enfermería por turno que se encontró en una Institución de Salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 5

5.6 ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO

CUADRO 6

Antigüedad en el servicio del personal de enfermería una Institución de Salud al sur de la Ciudad de México. 2009.

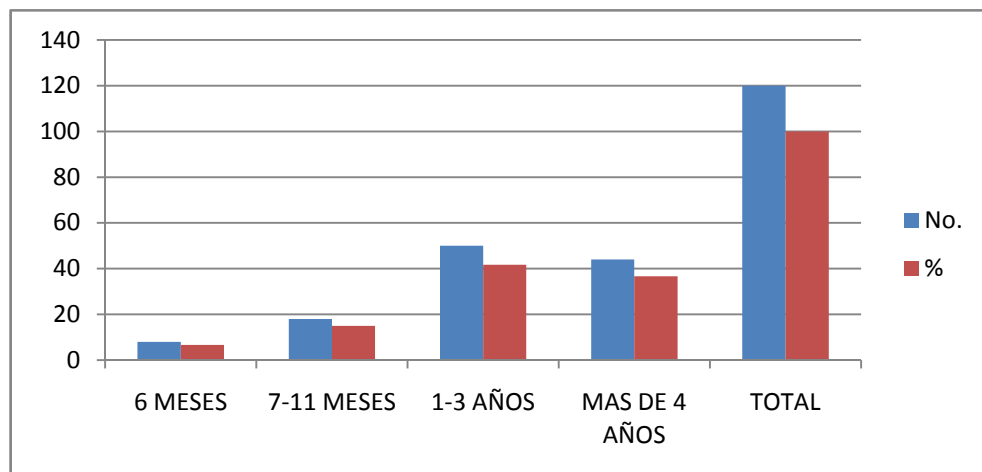
ANTIGÜEDAD EN SERVICIO	No.	%
6 MESES	8	6.6
7-11 MESES	18	15
1-3 AÑOS	50	41.6
MAS DE 4 AÑOS	44	36.6
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de Salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela la distribución del personal por antigüedad en el servicio, siendo el 36% mayor a los 4 años de estancia en un solo servicio.

GRAFICA 6

Antigüedad en el servicio del personal de enfermería una Institución de Salud al sur de la Ciudad de México. 2009.



FUENTE: Cuadro número 6

5.7 ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCIÓN

CUADRO 7

Antigüedad del personal de enfermería en una Institución de Salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

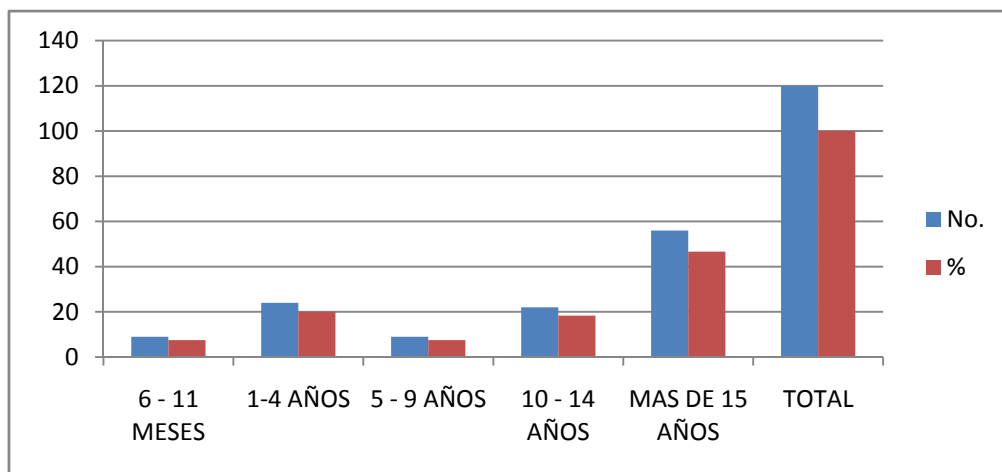
ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCION	No.	%
6 - 11 MESES	9	7.5
1-4 AÑOS	24	20
5 - 9 AÑOS	9	7.5
10 - 14 AÑOS	22	18.3
MAS DE 15 AÑOS	56	46.6
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de Salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela la distribución del personal por antigüedad en la institución, siendo el 46% mayor a los 15 años y el 18% entre 10 y 14 años de estancia en la institución.

GRAFICA 7

Antigüedad del personal de enfermería en una Institución de Salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 7

1.8 TIPO DE CONTRATO

CUADRO 8

Tipo de contrato del personal de enfermería en una Institución de Salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

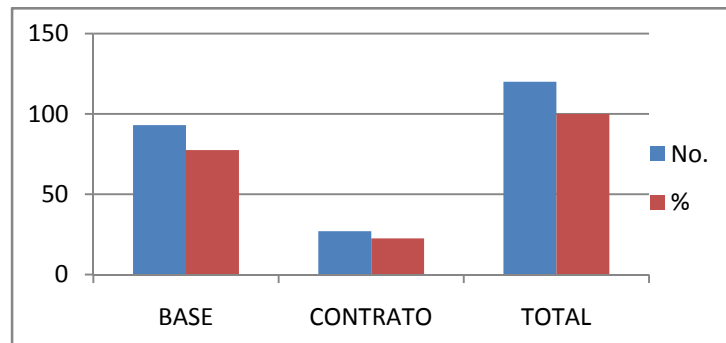
TIPO DE CONTRATO	No.	%
BASE	93	77.5
CONTRATO	27	22.5
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de Salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que el personal en un 77% ya es de base, mientras que el 23% restante sólo está por contrato.

GRAFICA 8

Tipo de contrato del personal de enfermería en una Institución de Salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 8

5.9 EMPLEO ADICIONAL DENTRO DE LA INSTITUCIÓN Y FUERA DE LA INSTITUCIÓN.

CUADRO 9

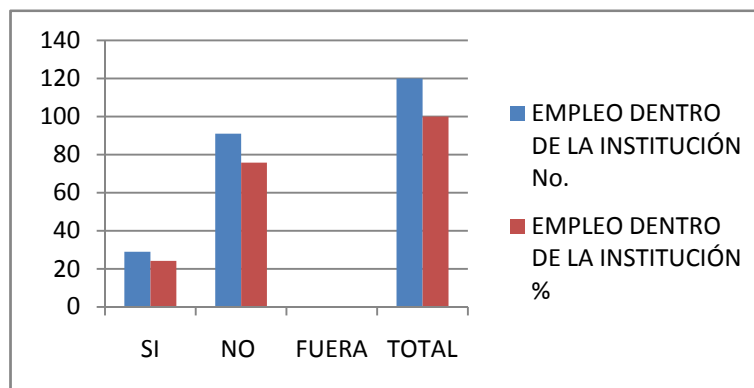
Personal de enfermería de una Institución de salud al sur de la Ciudad de México que cuenta con empleo adicional dentro de la misma, 2009.

EMPLEO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN		
	No.	%
SI	29	24.1
NO	91	75.8
FUERA	0	0
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

GRAFICA 9

Personal de enfermería de una Institución de salud al sur de la Ciudad de México que cuenta con empleo adicional dentro de la misma, 2009.



FUENTE: Cuadro número 9

CUADRO 10

Personal de enfermería que cuenta con empleo adicional distribuido por turno en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

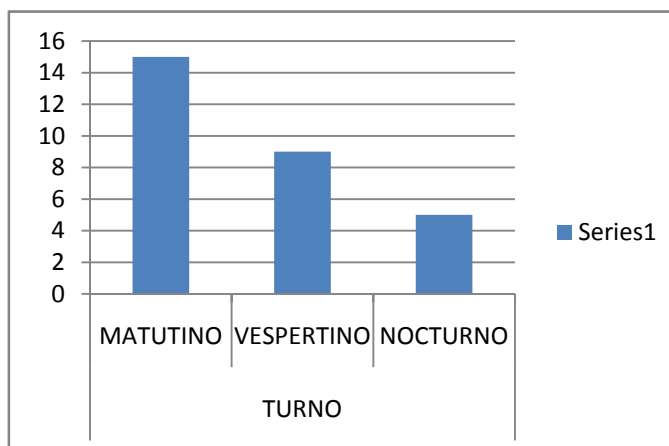
TURNO		
MATUTINO	VESPERTINO	NOCTURNO
15	9	5

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que del total de la muestra, el 24% del personal de enfermería cuenta con un turno adicional dentro de la institución, siendo el turno matutino con el 12% de recurrencia seguido del turno vespertino con el 7% y finalmente el nocturno con el 4%.

GRÁFICA 10

Personal de enfermería que cuenta con empleo adicional distribuido por turno en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 10

5.10 GRADO DE ESTUDIOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

CUADRO 11

Nivel académico del personal de enfermería en una Institución de Salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

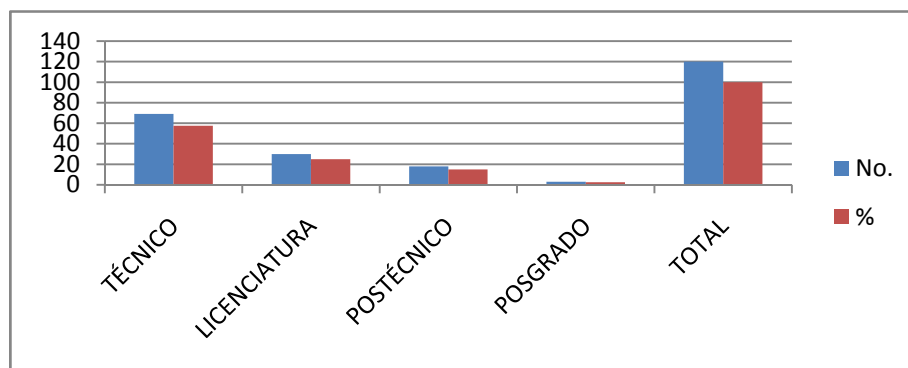
GRADO DE ESTUDIOS	No.	%
TÉCNICO	69	57.5
LICENCIATURA	30	25
POSTÉCNICO	18	15
POSGRADO	3	2.5
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que del total de la muestra, el 57% sólo cuenta con Nivel “Técnico”. Mientras que el 25% con Nivel Licenciatura dejando como restante 17.5% con otro nivel académico.

GRAFICA 11

Nivel académico del personal de enfermería en una Institución de Salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 11

5.1. PERSONAL QUE CUENTA CON UNA CARRERA ADICIONAL A LA DE ENFERMERÍA

CUADRO 12

Personal de enfermería que cuenta con una carrera en una Institución de Salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

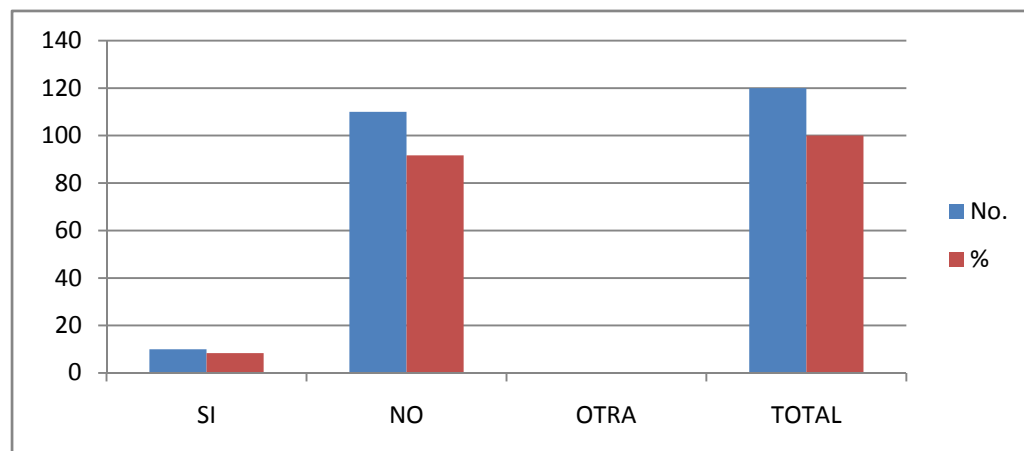
OTRA CARRERA	No.	%
SI	10	8.3
NO	110	91.6
OTRA	0	0
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que del total de la muestra, el 8.3% sólo cuenta con una carrera adicional: Inhaloterapia, Odontología, Técnico en Informática, Técnico en Urgencias Médicas y Arquitectura

GRAFICA 12

Personal de enfermería que cuenta con una carrera en una Institución de Salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 12

5.12 PERSONAL QUE ACTUALMENTE SE ENCUENTRA ESTUDIANDO EN MATERIA RELACIONADA CON ENFERMERÍA.

CUADRO 13

Personal de enfermería que cursa estudios relacionados con su profesión en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

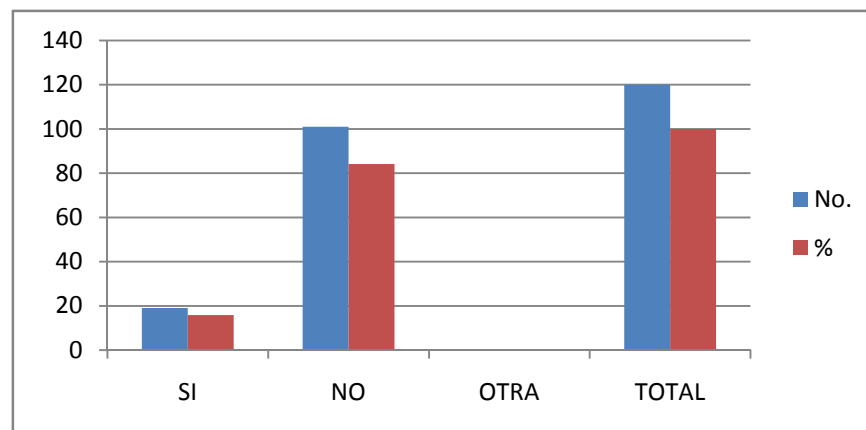
ESTUDIOS R/C PROFESIÓN	No.	%
SI	19	15.8
NO	101	84.1
OTRA	0	0
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El mayor porcentaje del personal de enfermería no se encuentra cursando estudios relacionados a su desempeño profesional.

GRAFICA 13

Personal de enfermería que cursa estudios relacionados con su profesión en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 13

5.13 CURSOS DE ACTUALIZACION

CUADRO 14

Personal de enfermería que ha asistido a cursos de actualización en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

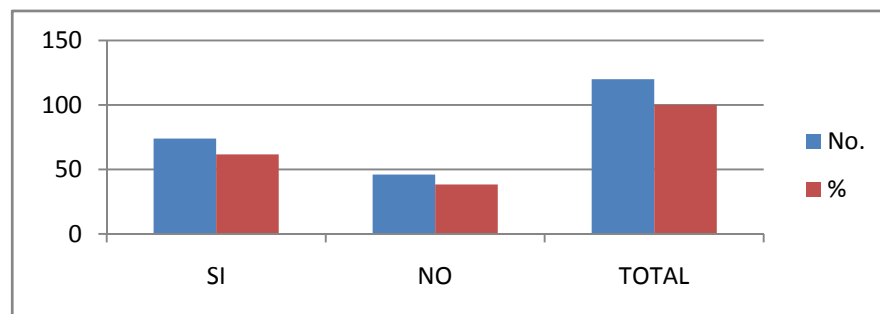
CURSOS DE ACTUALIZACIÓN	No.	%
SI	74	61.6
NO	46	38.3
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que un porcentaje considerable no asiste a cursos de actualización ya que es imprescindible para mejorar la calidad de atención.

GRAFICA 14

Personal de enfermería que ha asistido a cursos de actualización en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 14

CUADRO 15

Cursos de actualización a los que ha asistido el personal de enfermería en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

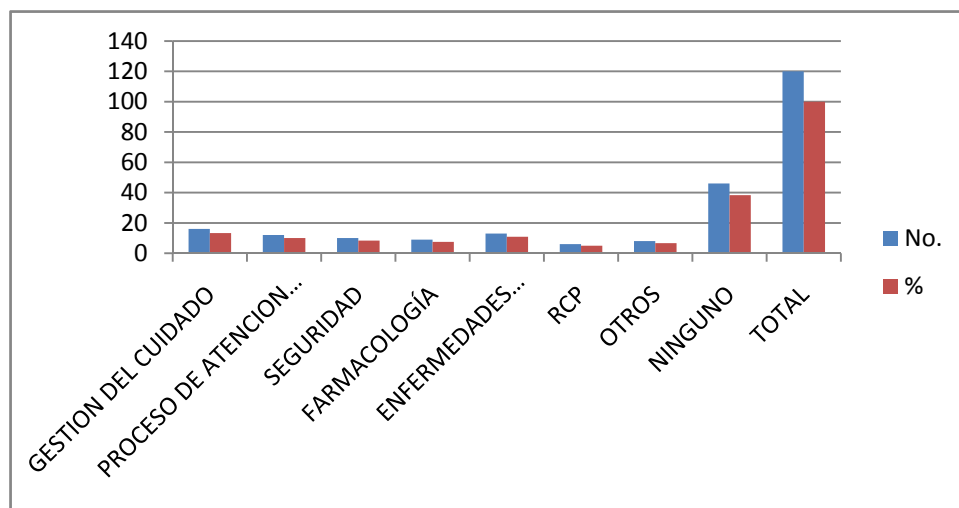
CURSOS DE ACTUALIZACIÓN	No.	%
GESTION DEL CUIDADO	16	13.3
PROCESO DE ATENCION ENFERMERÍA (PAE)	12	10
SEGURIDAD	10	8.3
FARMACOLOGÍA	9	7.5
ENFERMEDADES CRÓNICAS	13	10.8
RCP	6	5
OTROS	8	6.6
NINGUNO	46	38.3
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que sólo el 8.3% del personal de enfermería ha asistido a cursos sobre seguridad del paciente.

GRAFICA 15

Cursos de actualización a los que ha asistido el personal de enfermería en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 15

5.14 SATISFACCIÓN RELACIONADA CON EL SERVICIO ASIGNADO

CUADRO 16

Satisfacción del personal de enfermería en relación al servicio asignado en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

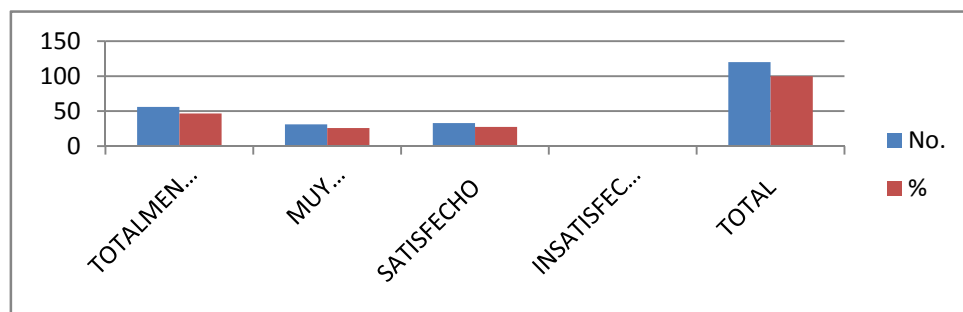
SERVICIO ASIGNADO	No.	%
TOTALMENTE SATISFECHO	56	46.6
MUY SATISFECHO	31	25.8
SATISFECHO	33	27.5
INSATISFECHO	0	0
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que del total de la muestra en la actualidad el 46% del personal se encuentra totalmente satisfecho con las actividades y el servicio asignado.

GRAFICA 16

Satisfacción del personal de enfermería en relación al servicio asignado en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 16

5.15 ESTUDIOS EFECTUADOS EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS PARA MEJORAR SU PROFESIONALIZACIÓN

CUADRO 17

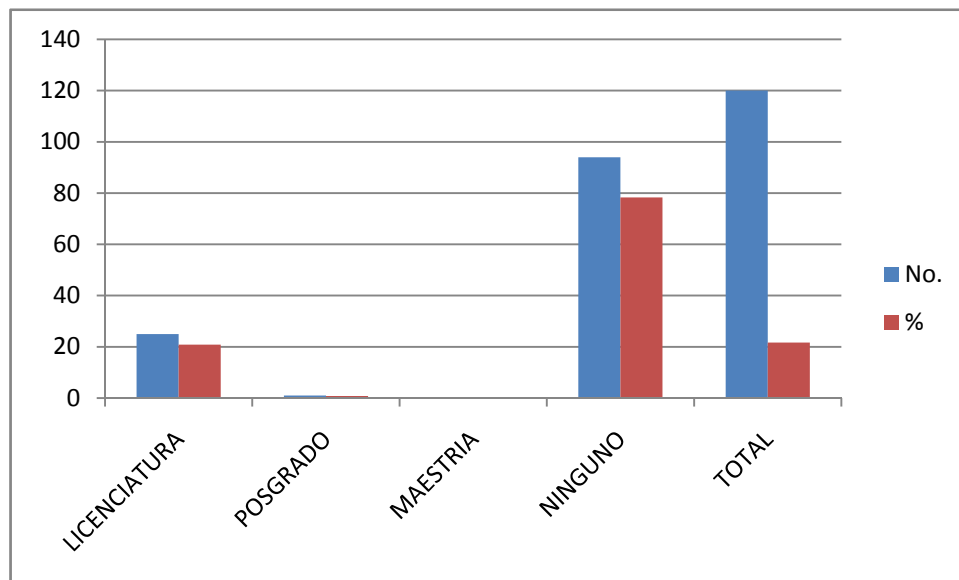
Personal de enfermería que ha realizado estudios en los últimos 3 años para mejorar su profesionalización de una Institución de Salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

ESTUDIOS EFECTUADOS EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS		
LICENCIATURA	25	20.8
POSGRADO	1	0.8
MAESTRIA	0	0
NINGUNO	94	78.3
TOTAL	120	21.6

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

GRAFICA 17

Personal de enfermería que ha realizado estudios en los últimos 3 años para mejorar su profesionalización de una Institución de Salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 17

5.16 MEDIOS UTILIZADOS PARA LA ACTUALIZACION

CUADRO 18

Medios que utiliza el personal de enfermería para estar actualizado en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

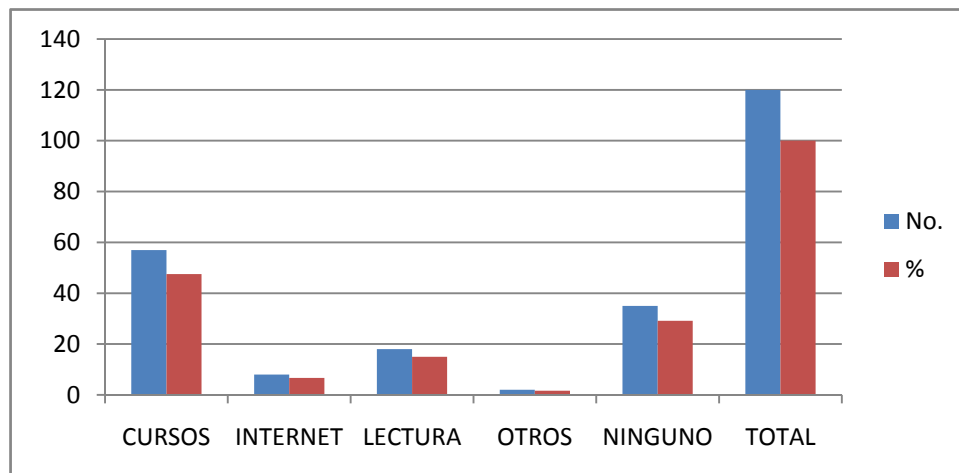
ACTIVIDADES DE	No.	%
CURSOS	57	47.5
INTERNET	8	6.6
LECTURA	18	15
OTROS	2	1.6
NINGUNO	35	29.1
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que un porcentaje importante no utiliza ningún medio para actualizarse.

GRAFICA 18

Medios que utiliza el personal de enfermería para estar actualizado en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 18

5.17 SATISFACCIÓN QUE PROVEE LA PROFESIÓN

CUADRO 19

Tipo de satisfacción que provee la profesión en el personal de enfermería que se encontró en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

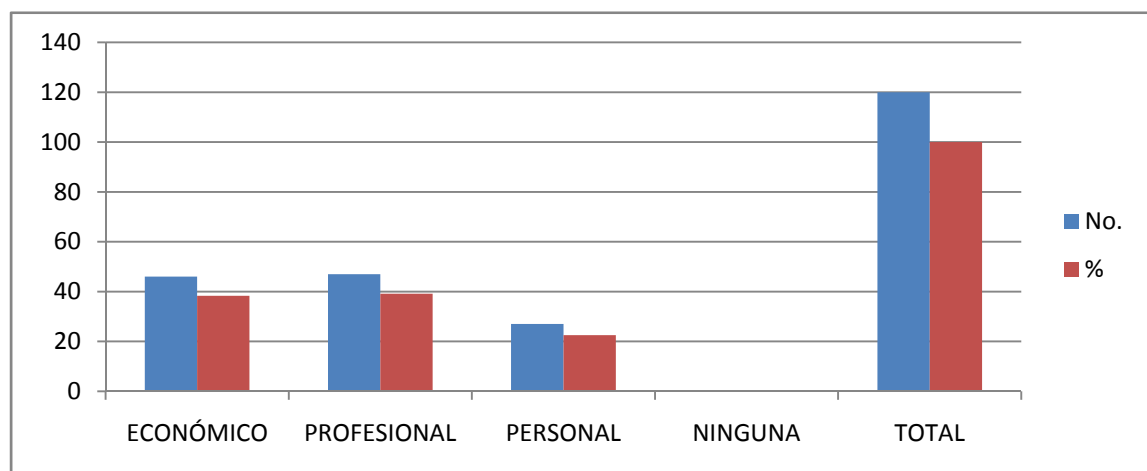
SATISFACCIÓN QUE PROVEE	No.	%
ECONÓMICO	46	38.3
PROFESIONAL	47	39.1
PERSONAL	27	22.5
NINGUNA	0	0
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que un porcentaje considerable su profesión sólo le provee satisfacción de tipo económica.

GRAFICA 19

Tipo de satisfacción que provee la profesión en el personal de enfermería que se encontró en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 19

5.18 COMPROMISO LABORAL RESPECTO A LA PROFESIÓN

CUADRO 20

Sentir del personal de enfermería con respecto a su profesión en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

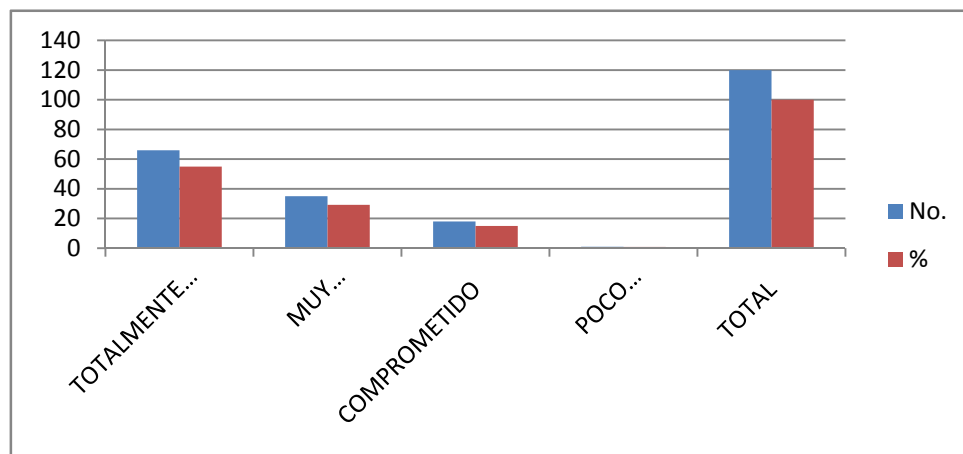
SENTIMIENTO RESPECTO A PROFESIÓN	No.	%
TOTALMENTE COMPROMETIDO	66	55
MUY COMPROMETIDO	35	29.1
COMPROMETIDO	18	15
POCO COMPROMETIDO	1	0.8
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que del total de la muestra poco más del 15% del personal de enfermería no asume el compromiso profesional.

GRAFICA 20

Sentir del personal de enfermería con respecto a su profesión en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 20

5.19 OPINION POR PARTE DEL GRUPO DE TRABAJO CON RESPECTO A SU DESEMPEÑO LABORAL

CUADRO 21

Opinión por parte del grupo de trabajo con respecto a su desempeño laboral en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

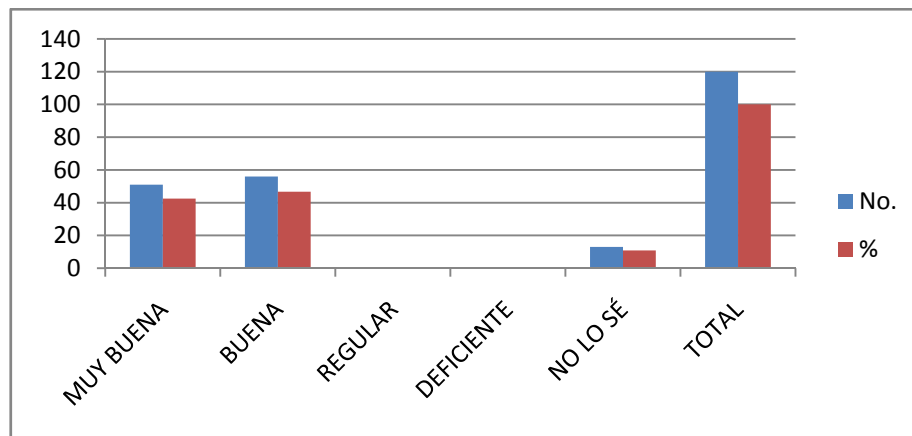
OPINIÓN DEL PERSONAL (TRABAJO)	No.	%
MUY BUENA	51	42.5
BUENA	56	46.6
REGULAR	0	0
DEFICIENTE	0	0
NO LO SÉ	13	10.8
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que el 10.8% de la muestra no percibe la opinión que tiene su grupo de trabajo con respecto a su desempeño profesional.

GRAFICA 21

Opinión por parte del grupo de trabajo con respecto a su desempeño laboral en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 21

5.20 MÉTODO PARA LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE

CUADRO 22

Método de identificación que utiliza el personal de enfermería que se encontró en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

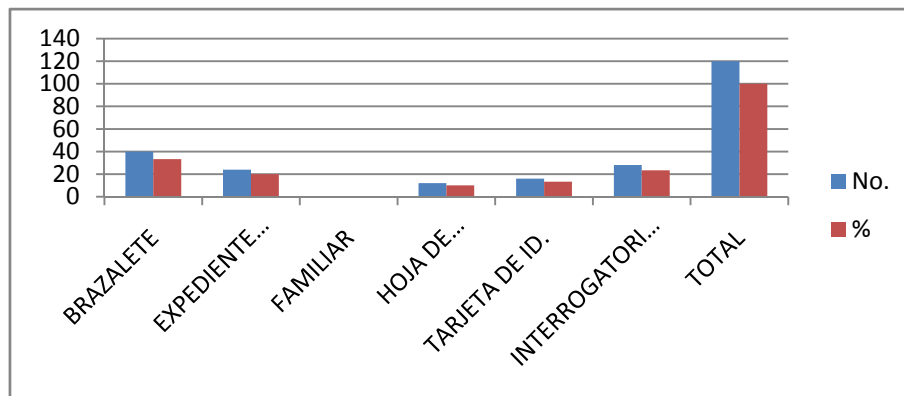
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	No.	%
BRAZALETE	40	33.33333333
EXPEDIENTE CLÍNICO	24	20
FAMILIAR	0	0
HOJA DE ENFERMERÍA	12	10
TARJETA DE ID.	16	13.33333333
INTERROGATORIO DIRECTO	28	23.33333333
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que del total de la muestra el 33% utiliza el brazalete como método de identificación del paciente seguido del 23% que se vale del interrogatorio directo para identificación correcta del paciente.

GRAFICA 22

Método de identificación que utiliza el personal de enfermería que se encontró en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 22

5.21 LOS 5 CORRECTOS DE LOS MEDICAMENTOS

CUADRO 23

El personal de enfermería que utiliza el método de los 5 correctos en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

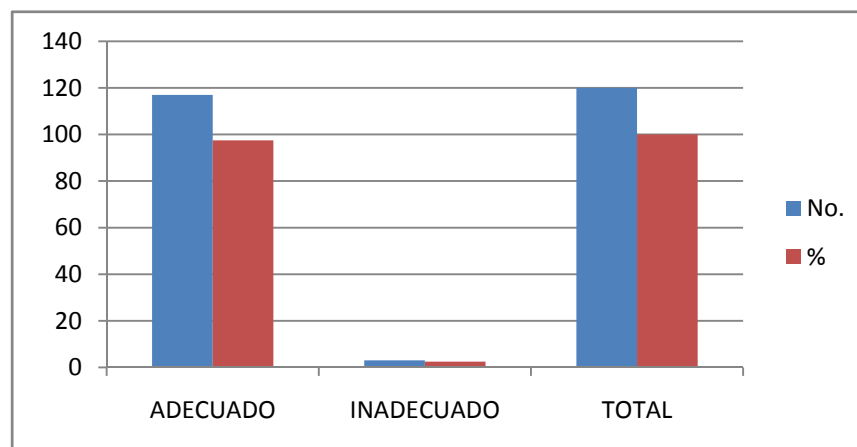
5 CORRECTOS	No.	%
ADECUADO	117	97.5
INADECUADO	3	2.5
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que del total de la muestra el 97% del personal de enfermería distribuido en los diferentes servicios de la unidad lleva a cabo “Los 5 correctos” de los medicamentos; es decir, 1. Paciente correcto 2. Hora correcta, 3. Vía correcta, 4. Dosis correcta y 5. Medicamento correcto.

GRAFICA 23

El personal de enfermería que utiliza el método de los 5 correctos en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 23

5.22 ELEMENTOS DE UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA

CUADRO 25

Elementos para una comunicación efectiva que utiliza el personal de enfermería en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

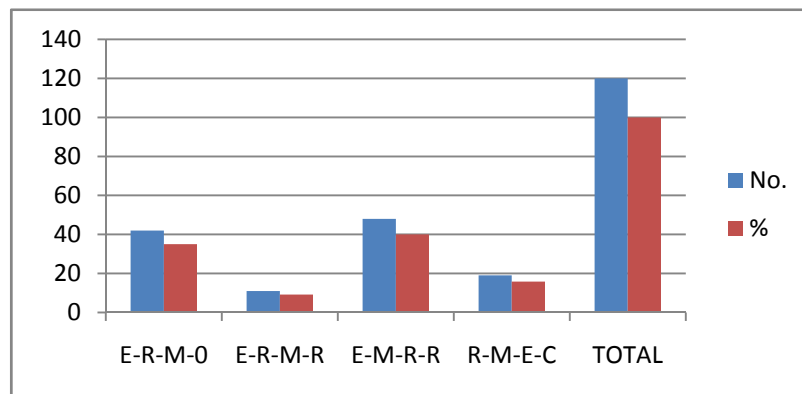
COMUNICACIÓN EFECTIVA	No.	%
Emisor-Receptor-Mensaje-Objetivo	42	35
Emisor-Receptor-Mensaje-Receptor	11	9.1
Emisor-Mensaje-Receptor-Respuesta	48	40
Receptor-Mensaje-Emisor-Canal	19	15.8
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que del total de la muestra el 60% no conoce los elementos para llevar a cabo una comunicación efectiva.

GRAFICA 24

Elementos para una comunicación efectiva que utiliza el personal de enfermería en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 24

5.23 CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN EFECTIVA

CUADRO 25

Características de una comunicación efectiva que utiliza el personal de enfermería en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

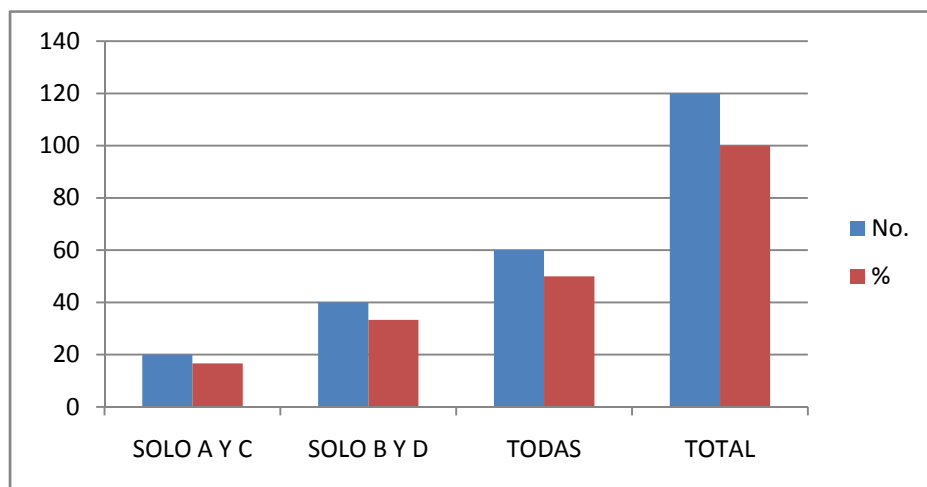
CARACTERÍSTICAS DE COMUNICACIÓN	No.	%
Identificar quien será el receptor y ser conciso y objetivo.	20	16.6
Hablar correctamente en función de los receptores y verificar que la comunicación ha sido comprendida.	40	33.3
TODAS	60	50
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que del total de la muestra el 50% no identifica en su totalidad las características para llevar a cabo una comunicación efectiva.

GRAFICA 25

Características de una comunicación efectiva que utiliza el personal de enfermería en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 25

5.24 CONOCIMIENTOS SOBRE EFECTOS ADVESOS DE LA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS

CUADRO 26

Conocimientos que tiene el personal de enfermería acerca de las reacciones adversas en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

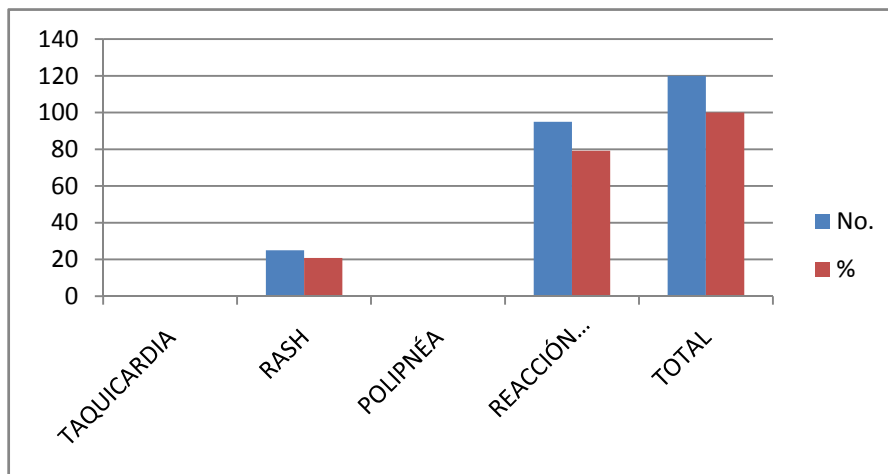
EFECTO ADVERSO (MEDICAMENTOS)	No.	%
TAQUICARDIA	0	0
RASH	25	20.8
POLIPNEA	0	0
REACCIÓN ANAFILÁCTICA	95	79.1
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que del total de la muestra el 79% coincide que la manifestación más importante como efecto adverso de un medicamento es la reacción anafiláctica

GRAFICA 26

Conocimientos que tiene el personal de enfermería acerca de las reacciones adversas en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 26

5.25 TIPOS DE INSTRUMENTOS DE CONSULTA QUE SE ENCUENTRAN EN LOS SERVICIOS

CUADRO 27

Instrumentos de consulta con los que cuenta el personal de enfermería en el servicio asignado en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

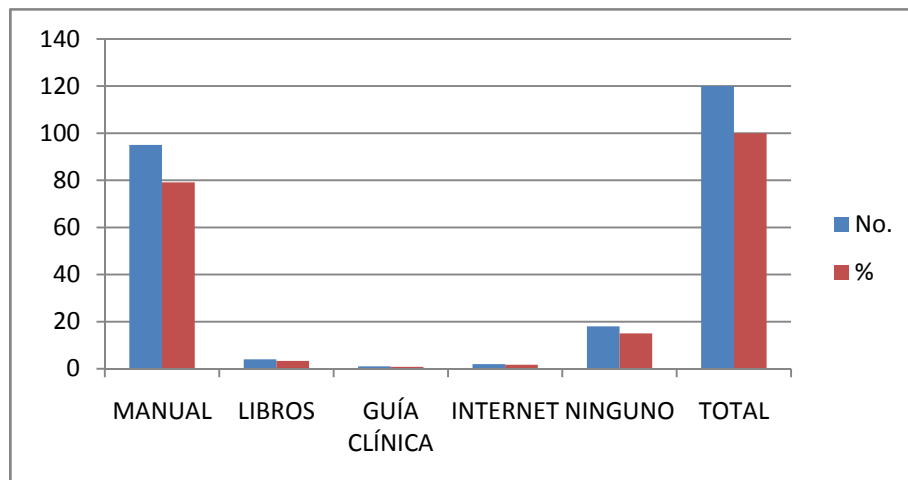
INSTRUMENTOS DE ORIENTACIÓN	No.	%
MANUAL	95	79.1
LIBROS	4	3.3
GUÍA CLÍNICA	1	0.8
INTERNET	2	1.6
NINGUNO	18	15
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que del total de la muestra el 15% determino que en su servicio no cuenta con ningún tipo de instrumento para consulta durante la práctica clínica.

GRAFICA 27

Instrumentos de consulta con los que cuenta el personal de enfermería en el servicio asignado en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 27

5.26 DISPONIBILIDAD DE INSTRUMENTOS DE CONSULTA QUE GUIAN LA PRÁCTICA CLÍNICA

CUADRO 29

Disponibilidad de los instrumentos de consulta con que cuenta el personal de enfermería en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

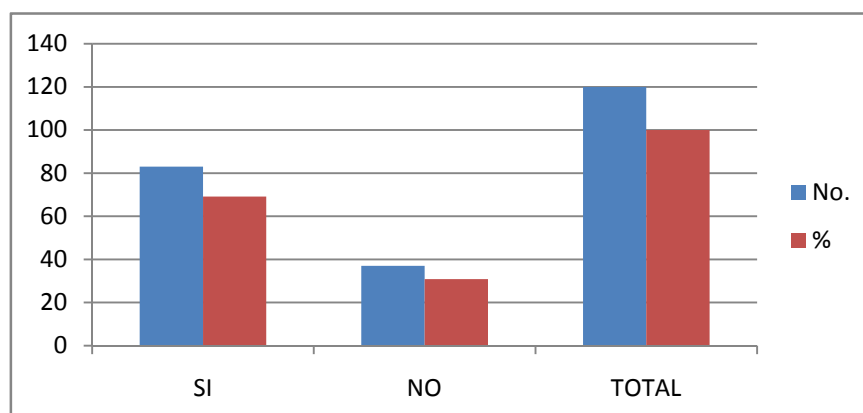
DISPONIBILIDAD DE MATERIAL DIDÁCTICO	No.	%
SI	83	69.1
NO	37	30.8
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que del total de la muestra el 30% aseguro no tener acceso a los diferentes instrumentos de consulta porque se encuentran bajo el resguardo del personal directivo.

GRAFICA 28

Disponibilidad de los instrumentos de consulta con que cuenta el personal de enfermería en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 28

5.27 PRINCIPAL MOTIVO DE CONSULTA DE LOS INSTRUMENTOS EN EL SERVICIO.

CUADRO 30

Motivos por el cual el personal de enfermería recurre a la utilización de los instrumentos de consulta en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

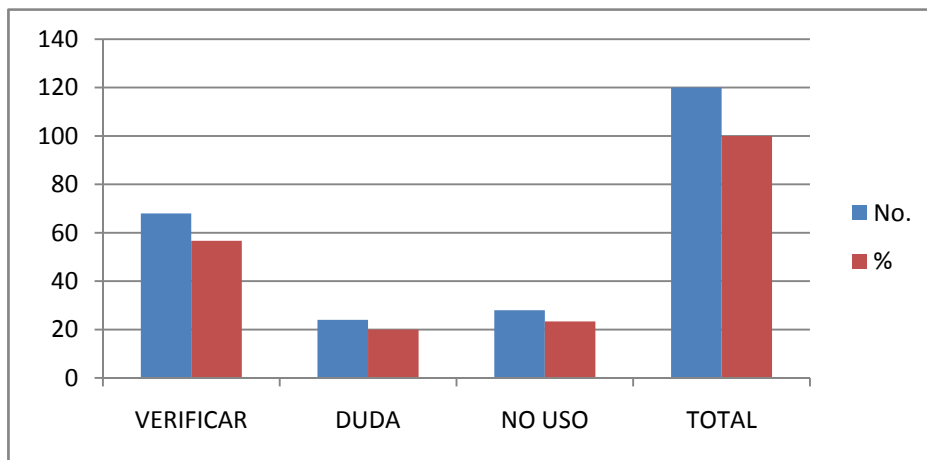
MOTIVO DE USO	No.	%
VERIFICAR	68	56.6
DUDA	24	20
NO USO	28	23.3
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que del total de la muestra el 56% determino que el principal motivo de consulta de los instrumentos es para verificar una técnica o procedimiento.

GRAFICA 29

Motivos por el cual el personal de enfermería recurre a la utilización de los instrumentos de consulta en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 29

5.28 SATISFACCION RELACIONADA CON LA PROFESIÓN

CUADRO 30

Satisfacción profesional del personal de enfermería en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

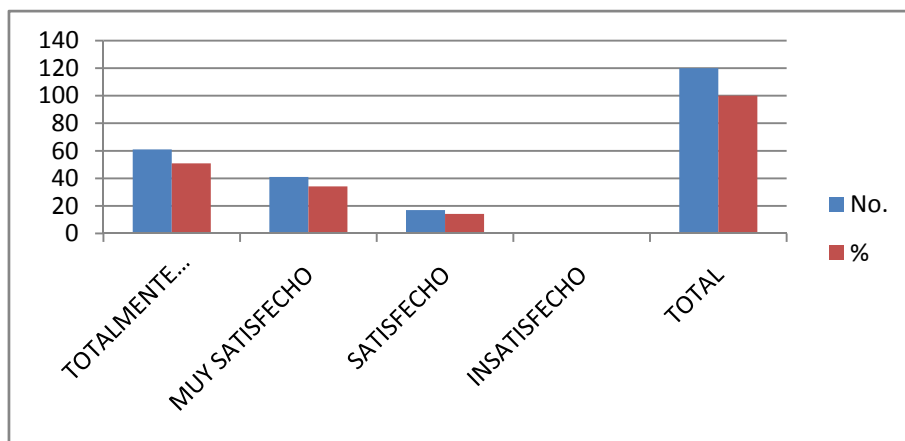
SENTIMIENTO PROFESIONAL	No.	%
TOTALMENTE SATISFECHO	61	50.8
MUY SATISFECHO	41	34.1
SATISFECHO	17	14.1
INSATISFECHO	1	0.8
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que cerca del 15% no encuentra una total satisfacción en relación a su profesión.

GRAFICA 30

Satisfacción profesional del personal de enfermería en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 30

5.29 CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN CIRUGÍA “LAS 4 C”

CUADRO 31

Personal de enfermería que tiene conocimiento acerca de las “4C de cirugía” en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

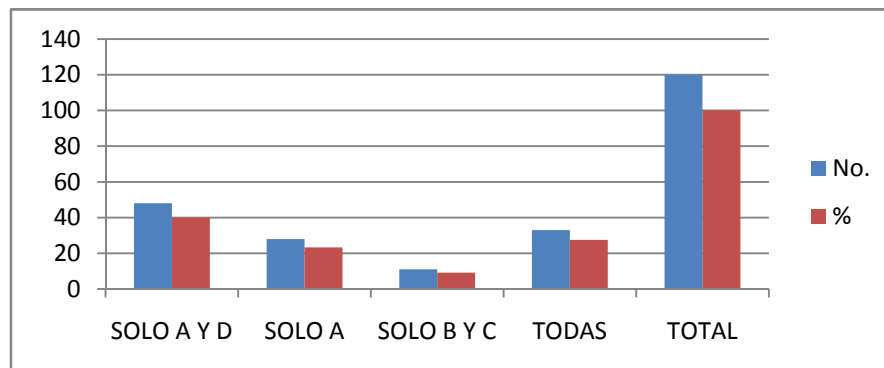
4 "C" CX	No.	%
4 CORRECTOS	0	0
4 "C" CIRUGÍA	91	75.8
4 PUNTOS DE SEGURIDAD (PACIENTE)	13	10.8
TODAS	16	13.3
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que del total de la muestra un porcentaje importante no identifica lo referente a las “4 C” en cirugía.

GRAFICA 31

Personal de enfermería que tiene conocimiento acerca de las “4C de cirugía” en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 31

5.30 MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS DE CAÍDAS

CUADRO 32

Medidas de prevención de riesgo de caídas que utiliza el personal de enfermería en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

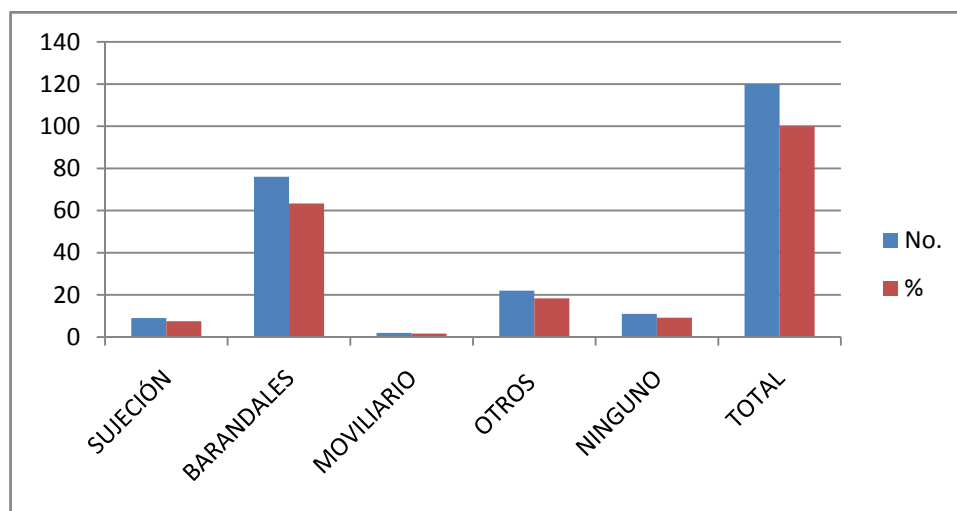
RIESGO DE CAÍDAS	No.	%
SUJECIÓN	9	7.5
BARANDALES	76	63.3
MOBILIARIO	2	1.6
OTROS	22	18.3
NINGUNO	11	9.1
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que el 9% de la muestra no utiliza ninguna medida para la prevención de riesgo de caídas.

GRAFICA 32

Medidas de prevención de riesgo de caídas que utiliza el personal de enfermería en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 32

5.31 CONOCIMIENTOS SOBRE LA NORMA OFICIAL MEXICANA 026

CUADRO 33

Personal de enfermería que conoce los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana 026, Vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

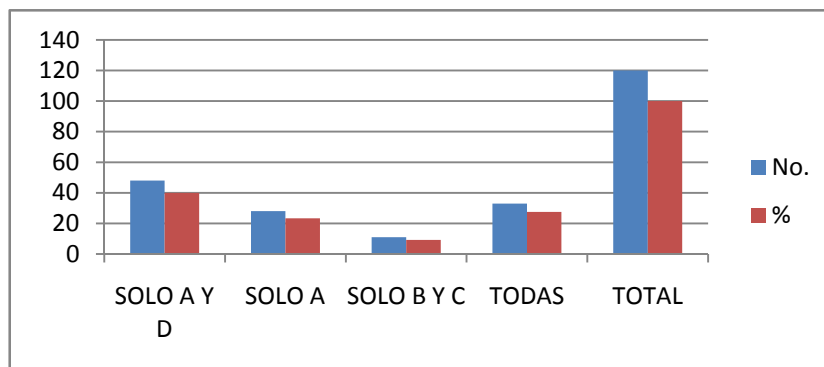
NOM 026	No.	%
Lavado de manos y vigilancia de procedimientos invasivos	48	40
Lavado de manos	28	23.3
Uso de drenaje urinario cerrada y uniformidad en los esquemas terapéuticos	11	9.1
TODAS	33	27.5
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que el mayor porcentaje de la muestra no identifica en su totalidad los lineamientos acerca de la Norma Oficial Mexicana **026** para la vigilancia epidemiológica para prevención y control de las infecciones nosocomiales. (Lineamientos para la vigilancia epidemiológica).

GRAFICA 33

Personal de enfermería que conoce los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana 026, Vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 33

5.32 AGOTAMIENTO EMOCIONAL Y FÍSICO RELACIONADO CON EL TRABAJO

CUADRO 34

Frecuencia con la que el personal de enfermería considera que se encuentra física y emocionalmente agotado por su trabajo en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

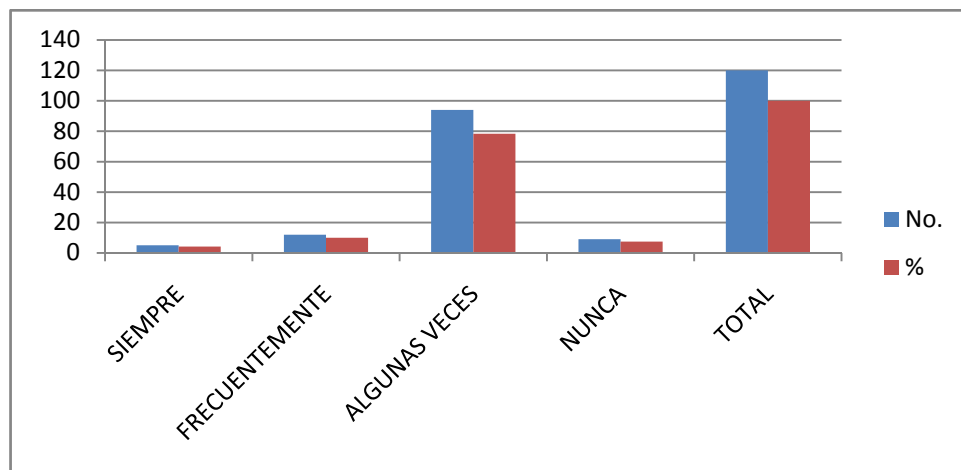
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	No.	%
SIEMPRE	5	4.1
FRECUEMENTE	12	10
ALGUNAS VECES	94	78.3
NUNCA	9	7.5
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que el 92% del personal de enfermería ha presentado en algún momento de su jornada laboral agotamiento tanto físico como emocional.

GRAFICA 34

Frecuencia con la que el personal de enfermería considera que se encuentra física y emocionalmente agotado por su trabajo en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 34

5.33 ACTIVIDADES REALIZADAS EN SITUACIONES DE CANSANCIO

CUADRO 35

Actividades que realiza el personal de enfermería en situaciones de cansancio físico y/o mental en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

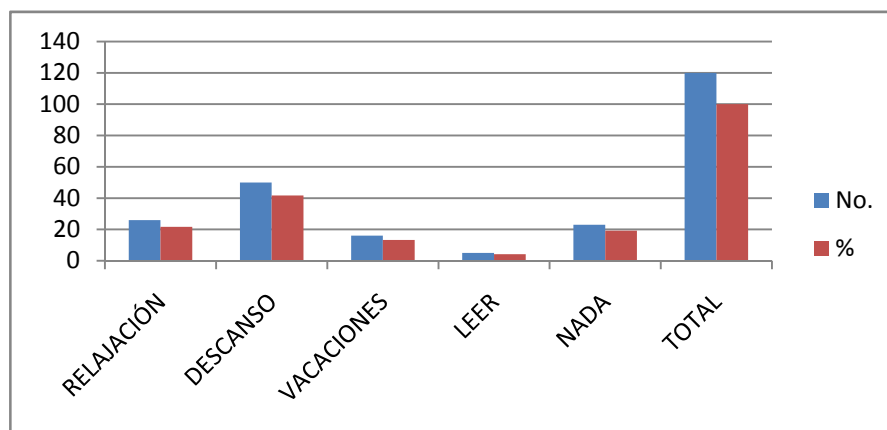
PARA RELAJARSE	No.	%
RELAJACIÓN	26	21.6
DESCANSO	50	41.6
VACACIONES	16	13.3
LEER	5	4.1
NADA	23	19.1
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que el 19% del personal de enfermería no realiza ninguna actividad para disminuir el cansancio tanto físico como mental.

GRAFICA 35

Actividades que realiza el personal de enfermería en situaciones de cansancio físico y/o mental en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 35

5.34 CONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE.

CUADRO 36

Personal de enfermería que tiene conocimiento de los derechos del paciente en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

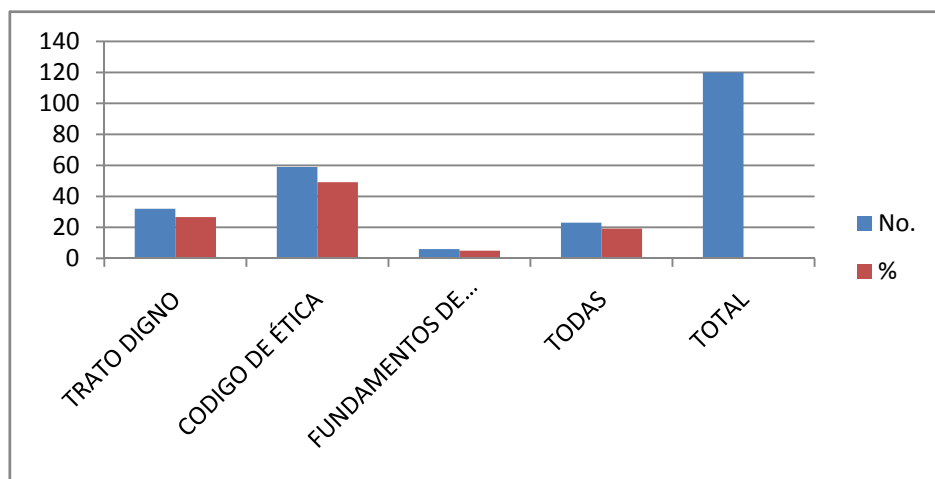
DERECHOS HUMANOS Y DEL PACIENTE	No.	%
TRATO DIGNO	32	26.6
CODIGO DE ÉTICA	59	49.1
FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA	6	5
TODAS	23	19.1
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que 50.7% del personal de enfermería desconoce coincide que los derechos de los pacientes se fundamentan en el código de ética para enfermeras.

GRAFICA 36

Personal de enfermería que tiene conocimiento de los derechos del paciente en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 36

5.35 COLABORACION DEL EQUIPO DE ENFERMERIA EN SITUACIONES DE SOBRECARGA DE TRABAJO

CUADRO 37

Colaboración del equipo de enfermería en situaciones de sobrecarga de trabajo en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

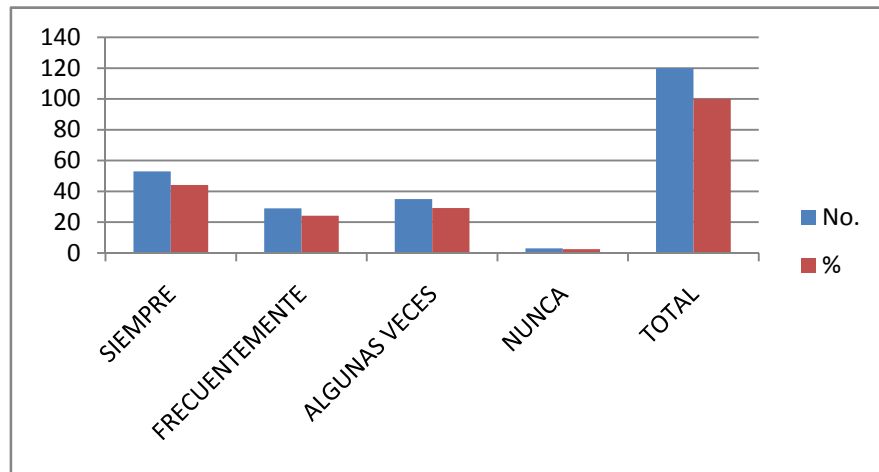
APOYO LABORAL	No.	%
SIEMPRE	53	44.1
FRECUENTEMENTE	29	24.1
ALGUNAS VECES	35	29.1
NUNCA	3	2.5
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que más del 30% del personal de enfermería no cuenta con apoyo por parte de sus compañeros ante situaciones de sobrecarga de trabajo.

GRAFICO 37

Colaboración del equipo de enfermería en situaciones de sobrecarga de trabajo en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 37

5.36 NUMERO DE INASISTENCIA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

CUADRO 38

Rango de inasistencias en las que ha incurrido el personal de enfermería en los últimos seis meses en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

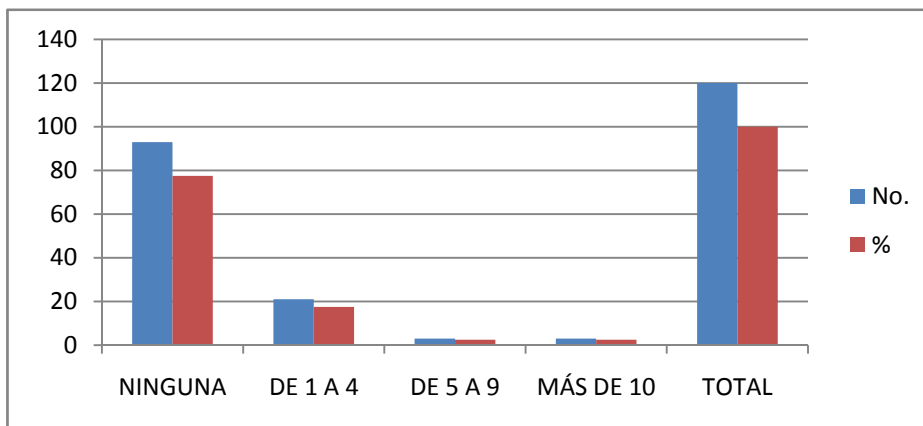
FALTAS EN 6 MESES	No.	%
NINGUNA	93	77.5
DE 1 A 4	21	17.5
DE 5 A 9	3	2.5
MÁS DE 10	3	2.5
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que sólo el 25% del personal de enfermería ha irrumpido entre una y más de 10 inasistencias en los últimos 6 meses.

GRAFICA 38

Rango de inasistencias en las que ha incurrido el personal de enfermería en los últimos seis meses en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 38

5.37 CAUSAS RECURRENTE DE INASISTENCIA EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

CUADRO 39

Causas recurrentes de inasistencias en el personal de enfermería en los últimos seis meses en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.

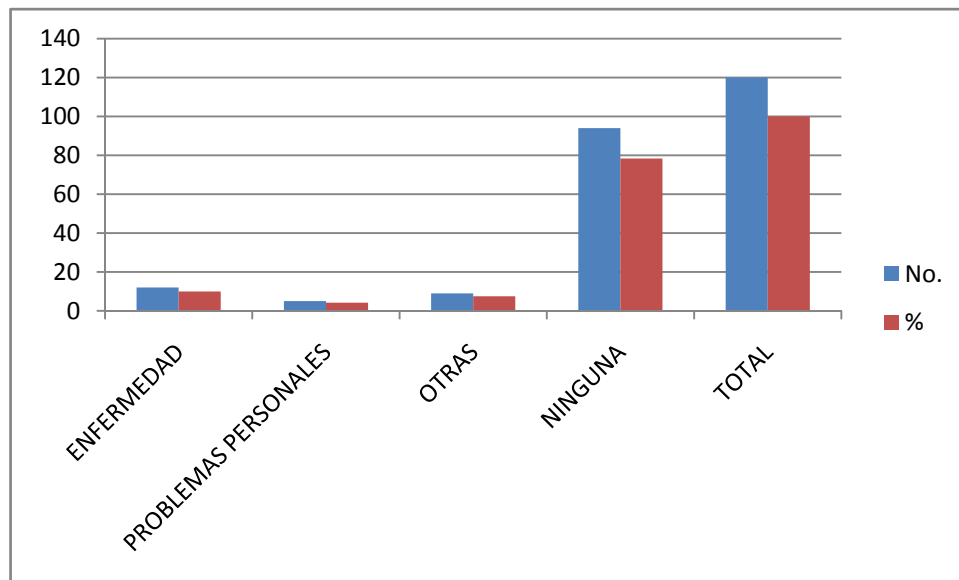
CAUSAS DE INASISTENCIA	No.	%
ENFERMEDAD	12	10
PROBLEMAS PERSONALES	5	4.1
OTRAS	9	7.5
NINGUNA	94	78.3
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados al personal de enfermería en una Institución de salud al Sur de la Ciudad de México, 2009

El estudio revela que la principal causa de inasistencia entre el personal de enfermería ha sido por enfermedad.

GRAFICA 39

Causas recurrentes de inasistencias en el personal de enfermería en los últimos seis meses en una Institución de salud al sur de la Ciudad de México, 2009.



FUENTE: Cuadro número 39

6 ANALISIS DE RESULTADOS

Los resultados que se resumen en los párrafos siguientes provienen de los cuestionarios aplicados al profesional de enfermería de una Institución de Salud al Sur de la Ciudad de México:

PERFIL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA

El estudio revela que la mayoría de los participantes en la encuesta realizada dentro de la Institución, el 90% son del sexo femenino cuyo rango de edad oscila entre los 35 y 44 años (44%). De acuerdo a su estado civil el 48.3% son casados.

Del total de la muestra, el 72.5% son enfermeras generales y el 27.5% son licenciadas en enfermería, de las cuales el máximo grado de estudios es de posgrado (2.5%). Sin embargo, un 8% cuenta con una carrera adicional a la de enfermería.

La antigüedad del personal dentro de la Institución es de más de 15 años (47%), lo cual nos indica que el tipo de relación laboral que tienen es de base (76%).

10 ACCIONES BÁSICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Con referencia a las 10 acciones básicas de seguridad del paciente las acciones que refiere realizar el personal de enfermería son:

1. *Identificación del paciente:*

En lo relativo a este punto el método más utilizado por el profesional de enfermería para dicha identificación es a través del brazalete (33%) seguido del el interrogatorio directo (23%), el personal restante utiliza otros métodos, lo que confirma que tienen pleno conocimiento en éste punto.

2. *Manejo de medicamentos*

La mejor manera del manejo de medicamentos es mediante la utilización de los 5 correctos, a lo que el personal de enfermería respondió de forma adecuada (97.5%), aunque el 2.5% no tiene conocimiento de estos, lo que pone en riesgo al paciente de presentar un evento adverso. En relación con lo anterior, la reacción adversa que el personal de enfermería verifica después de la ministración de los medicamentos es la reacción anafiláctica (79%) y el resto contesto de manera incorrecta.

3. *Comunicación clara*

En lo que respecta al proceso de comunicación el personal de enfermería desconoce los elementos (60%) y características (50%) de una comunicación efectiva; estos resultados indican que existen deficiencias en una comunicación clara lo que repercute en malas interpretaciones, errores y posible daño al paciente. Lo que revela que las fallas en la comunicación son un factor recurrente en la gestión de eventos adversos ya que la gama de posibilidades de error es basta, lo que se traduce que la comunicación sigue siendo un reto en materia de seguridad del paciente.

4. Uso de protocolos y/o guías diagnósticas y terapéuticas

En relación con uso de protocolos y/o guías diagnósticas el profesional de esta Institución cuenta con manuales (79%) y los cuales utiliza para verificar técnicas y procedimientos (57%); apoyando de esta manera a homogenizar las intervenciones de enfermería evitando. En contraste un 30% del personal no tiene a su alcance estos instrumentos porque en su mayoría se encuentran bajo el resguardo del personal directivo, lo que coloca al paciente en riesgo de sufrir daño.

5. En cirugías y procedimientos, las "C" son solo 4

Antes de iniciar una cirugía y/o procedimiento es importante verificar una serie de datos como paciente, cirugía o procedimiento, sitio y momento correcto donde el 76% tiene muy claro estos puntos y el personal restante (14%) desconoce estos aspectos lo que se traduce en un incidente grave o incluso irreversible.

6. Caídas de pacientes

Sobre la prevención de caídas, el 18% del personal de enfermería realiza valoración de un riesgo de caídas mediante instrumentos que determinan la vulnerabilidad del paciente, sin embargo el método que más se utiliza en dicha Institución es el uso de barandales (63%) dejando de lado la valoración integral. Es importante destacar que un 9% no utiliza ninguna medida de prevención de caídas, lo que significa que existe un riesgo potencial en torno a la seguridad del paciente.

7. Infecciones nosocomiales

El personal de enfermería desconoce todos los lineamientos establecidos (73%) por la NOM-026 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de infecciones nosocomiales, del cual sólo el 40% relaciona la prevención de éstas con lavado de manos y acciones de vigilancia de procedimientos invasivos. Lo que genera riesgos en infecciones intrahospitalarias, hospitalizaciones adicionales, pérdida de ingresos y en ocasiones graves daños irreversibles.

8. Factor humano

Del total de la muestra encuestada el 24% del personal de enfermería cuenta con un turno adicional dentro de la misma institución, lo que se refleja en un agotamiento físico y emocional frecuente (14%); estos factores humanos no son por si mismos causa obligada de accidente, pero él no tomarlos en cuenta si lo es, como es el caso de un 19% el cual refiere no realizar ninguna actividad para contrarrestar este agotamiento.

9. Haga co-responsable al paciente de su enfermedad y tratamiento

Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informados se encuentra establecido dentro del Código de ética para enfermeras, sin embargo el 51% del personal de enfermería lo desconoce, evitando de esta manera hacer co-responsable al paciente de su enfermedad y tratamiento, ya que este juega un papel muy importante para determinar el éxito o el fracaso del mismo.

10. *Clima de seguridad para el paciente*

El 79% del profesional de enfermería de esta Institución cuenta con una antigüedad en su servicio de 1 a 4 años, lo que indica que conoce el manejo del paciente a su cargo y posee la experiencia necesaria para realizar técnicas y procedimientos correctos; así mismo refiere estar muy satisfecho (73%) con las actividades que realiza dentro su servicio.

En contraste con lo anterior, la falta de camaradería o de apoyo por parte del equipo de enfermería (32%) impide un clima de seguridad para el paciente. Por otra parte, el personal encuestado manifiesta tener un compromiso y una satisfacción real con la profesión, pero este compromiso no es real ya que solo el 8% del personal de enfermería ha acudido a cursos sobre seguridad del paciente y el 38% no acude a ninguno lo que indica que existe la falta de interés para la capacitación y actualización en temas para el mejor desempeño de sus funciones.

La raíz de que se produzcan otros eventos adversos es falta de preparación y capacitación, exceso de confianza, falta de conciencia de los riesgos, falta de aceptación de limitaciones propias y falta de alerta ante la rutina.

CONCLUSIONES

Tomando como base las 10 medidas de seguridad del paciente emitidas por la Subsecretaría de Innovación y Calidad se concluye que el personal de enfermería presenta deficiencias acerca de estas medidas, teniendo su mayor incidencia en la comunicación clara, infecciones nosocomiales y hacer co-responsable al paciente; lo que repercute en la seguridad del paciente debido a la falta de información complementaria de las medidas básicas de seguridad del paciente, a la falta de compromiso en su aplicación y en la responsabilidad para el cuidado del individuo y la prevención de eventos adversos.

La seguridad del paciente sigue siendo un reto para las Instituciones de Salud y para el profesional de enfermería, ya que su práctica debe ir más allá del cumplimiento de tareas rutinarias con recursos intelectuales para la toma de decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas que respondan a necesidades dentro del marco de la seguridad del paciente, porque es en el acto de cuidar cuando se presentan errores en la atención de enfermería y es donde debemos encaminar nuestra práctica hacia un cuidado seguro.

SUGERENCIAS

El ejercicio profesional de la enfermería es dinámico y por ello modificable en función de las necesidades de la población, quien demanda cuidados seguros y efectivos.³⁴

La identificación de los puntos débiles del sistema, y la obtención de información sobre cómo superarlos facilitarían el progreso hacia mayor seguridad.

Fomentar prácticas seguras en el profesional de enfermería es una prioridad a través de reforzar e implementar programas para mejorar la calidad del cuidado. Por lo tanto es necesario promover soluciones estructurales, como la creación de sistemas de gestión de riesgos, controles de calidad a través de los indicadores, aumento de información y formación de directivos y profesionales para desarrollar un clima de seguridad.

La ausencia de una cultura de la identificación, gestión y prevención de riesgos puede conducir a un evento adverso.

Reflexionar acerca de la necesidad de implementar un programa exitoso en seguridad del paciente en donde involucre a todos los actores dentro del sistema de atención de salud, un problema potencialmente grave y prevenible, con gran impacto económico social en donde:

- No reportar incidentes
- No conocer nuestras realidades
- No tomar medidas para mejorar.
- Nos pueden llevar a poner en riesgo una praxis segura.

³⁴ Ortega, Suarez. Manual de evaluación del servicio de calidad de enfermería. p: 17-31, 193

El difundir conocimiento sobre la seguridad del paciente con el objetivo de sensibilizar al personal, en donde la enfermera debe anticiparse a las posibles complicaciones y actuar de manera oportuna. A las enfermeras les espera y corresponde un importante papel, el intervenir en la prevención de eventos adversos. En este sentido la Joint Commission in Accreditation of Healthcare Organizations para incluirlas como estándares de cuidado.³⁵

³⁵ Martínez Ques A, Fernández Romero F. "Fallo del rescate: la línea que traspasa el factor humano." p: 10

BIBLIOGRAFÍA

Comisión Nacional de Arbitraje Médico. “Seguridad del paciente: conceptos y antecedentes”. Revista CONAMED Abril-junio, 2007 Vol. 12, No.2

Comisión Nacional de Arbitraje Médico. “En el camino hacia la mejora de la calidad, estandarización y fundamentación de los cuidados de enfermería”. Revista CONAMED. 2008. Vol.13 Suplemento 2

Comisión Nacional de Arbitraje Médico. “Lineamientos generales para la seguridad del paciente”. revista CONAMED Julio-septiembre, 2008. Vol. 13

Comisión Nacional de Arbitraje Médico. “Participación del paciente en su autocuidado”. Revista CONAMED. Enero-marzo 2008. Vol.13

Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Recomendaciones. Lineamientos generales para la seguridad del paciente hospitalizado. CONAMED. Septiembre 2008

La OMS lanza “Nueve soluciones para la seguridad del paciente” a fin de salvar vidas y evitar daños. Organización Mundial de la Salud (OMS). Mayo 2007

Martínez Quess AA, Fernández Romero F. Fallo del rescate: la línea que traspasa el factor humano. Evidencia julio-agosto 2006.

Ministerio de Salud de la Nación. “Implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención médica de pacientes”. Argentina, 2007. 1ra Edición.

OMS. “Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría”. Consejo Ejecutivo, 109ª reunión. Diciembre 2001

Organización Mundial de la Salud. “Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría”. En: <http://www.who.int/gb/ebw/ha>.

Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del paciente. La Investigación en Seguridad del paciente. Francia, 2008

Ortega, Suarez. “Manual de evaluación del servicio de calidad de enfermería”, Panamericana, 2006.

Secretaría de Salud. “Seguridad del paciente. curso-taller”. Subsecretaría de Innovación y Calidad

Subsecretaría de Innovación y Calidad. “Recomendaciones específicas para enfermería sobre el proceso de terapia endovenosa”. BOLETIN Seguridad del paciente. Junio 2006. Núm. 4

Subsecretaría de Innovación y Calidad. Seguridad del paciente: 10 acciones para seguridad del paciente. Boletín. Septiembre 2005. Núm. 1

Subsecretaría de Innovación y Calidad. Seguridad del paciente: 10 acciones para seguridad del paciente. Boletín. Septiembre 2005. Núm. 2

ANEXOS

Tabla 1
Escala de riesgo de caídas múltiples (de A.M. Tromp y colaboradores)

ITEM	PUNTOS
Problemas visuales (ítem presente cuando se ha sufrido caídas en los últimos 12 meses)	5
Incontinencia urinaria	3
Problemas visuales (ítem presente cuando la persona no puede reconocer un rostro más allá de los 4 metros de distancia, aunque utilice lentes correctores)	4
Limitación funcional (ítem presente cuando la persona sufre dificultades para subir escaleras, o utilizar vehículos propios o públicos, o no puede cortarse él solo las uñas de los pies)	3
Total	15

Fuente: Planes de cuidados de Enfermería Diane Kaschak Neuman. Edt. Mosby

La puntuación a partir de 7 puntos se considera que el riesgo de caídas múltiples es alto

Tabla 2

Escala de riesgo de caídas (JH Downton)

	NO	SI
CAIDAS PREVIAS MEDICAMENTOS		
Ninguno		
Diurético		
ANTIPARKINSONIANO		
Tranquilizante		
HIPOTENSORES NO DIURÉTICOS		
Antidepresivos		
Déficit sensorial		
Ninguno		
Alteraciones auditivas		
En miembros (ictus, neuropatías)		
Estado mental		
Orientado		
Confuso		
Marcha		
Segura con ayuda		
Insegura con/sin ayuda		
Imposible		

Fuente: Planes de cuidados de Enfermería Diane Kaschak Neuman. Edt. Mosby

Valora alto riesgo de caídas con tres o más puntos (sumamos un punto por cada ítem con asterisco)

Tabla 3

VALORACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE	
VALORACIÓN RIESGO	PUNTUACIÓN
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2
Problemas de idioma o socioculturales	2
Pacientes sin factores de riesgo evidentes	1
TOTAL	10

DETERMINACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS		
NIVEL	PUNTOS	CODIGO
ALTO RIESGO	4 a 10	ROJO
MEDIANO RIESGO	2 a 3	AMARILLO
BAJO RIESGO	0 a 1	VERDE

Fuente: Planes de cuidados de Enfermería Diane Kaschak Neuman. Edt. Mosby

Esta escala valora la funcionalidad en todas sus esferas, a mayor puntaje es un alto riesgo de caída o fragilidad de la salud.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**



“INSTRUMENTO DE EVALUACION ACERCA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE”

Este cuestionario servirá para elaborar una propuesta de mejora continua como parte integral de una tesis profesional acerca de seguridad del paciente para ello le pediría fuera tan amable de contestar las siguientes preguntas. La información que obtengamos será manejada de manera ética, confidencial y anónima, por lo que le pido conteste con la mayor honestidad sin omitir ninguna pregunta.

Marque con una X la respuesta que considere más apropiada tenga en consideración que también se incluyen preguntas abiertas.

“MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN”

Edad: _____

Fecha: _____

Sexo: _____

Servicio: _____

1. Estado civil:

- Casada Unión libre Soltera
 Madre soltera Viuda Divorciada

2. ¿Cuál es su turno fijo dentro de esta institución?

- Matutino Nocturno
 Vespertino

3. ¿Cuanto tiempo tiene de antigüedad en el servicio?

- 6 meses De 7 a 11 meses 1 a 3 años Más de 4 años

4. ¿Cuánto tiempo de antigüedad tiene en la institución?

- 6 a 11 meses De 5 a 9 años Más de 15 años
 De 1 a 4 años De 10 a 14 años

5. ¿Qué tipo de contrato tiene en esta institución?

- Base Contrato

¿Cuenta con algún otro empleo?

- No
 Si, turno adicional dentro de la institución.

En que turno: _____

- Cuantos días a la semana: _____
- Sí, fuera de la institución
En que turno: _____
Cuantos días a la semana: _____
- Sí, distinto a la profesión Especifique: _____
6. ¿Cuál es su grado de estudios en enfermería?
- Técnico en enfermería
- Licenciatura en enfermería
- Posttécnico en enfermería
- Posgrado
7. ¿Cuenta con alguna otra carrera?
- Si Especifique: _____
- No
8. ¿Se encuentra estudiando algo relacionado con su profesión?
- Si Especifique: _____
- No
9. En los últimos 2 años, ¿ha tomado cursos de actualización?
- No
- Si,
- Gestión del cuidado
 - Proceso de atención de enfermería
 - Seguridad del paciente
 - Farmacología
 - Enfermedades crónicas degenerativas
 - RCP
10. ¿Con el servicio que usted tiene asignado se siente?
- Totalmente satisfecho
- Muy satisfecho
- Satisfecho
- Insatisfecho

11. En los últimos 3 años, ¿ha efectuado alguno de estos estudios para mejorar su profesionalización en enfermería?

- Sí No
- Licenciatura en enfermería
 - Posgrado
 - Maestría

12. ¿Qué actividades realiza para estar actualizado?

13. La profesión le provee satisfacción, ¿de que tipo?

- Económico
- Profesional
- Personal
- Ninguna

14. ¿Usted se siente respecto a su profesión?

- Totalmente comprometido
- Muy comprometido
- Comprometido
- Poco comprometido

15. ¿Cuál considera usted que es la opinión que tiene el personal de enfermería con respecto a su trabajo?

- Muy buena Buena No lo se
- Regular Deficiente

¿Porque?

16. ¿Cuál es el método ideal que utiliza para la identificación correcta del paciente?

- Brazalete Expediente clínico
- Familiar Tarjeta a la cabecera del paciente
- Hoja de enfermería Interrogatorio directo con el paciente

17. Escriba los 5 correctos de los medicamentos.

18. ¿Qué elementos debe tener una comunicación efectiva?

- Emisor- receptor- mensaje- objetivo
- Emisor-receptor-mensaje-receptor
- Emisor- mensaje- receptor- respuesta
- Receptor- mensaje- emisor-canal

19. Para que una comunicación pueda desarrollarse de manera efectiva, debe tener las siguientes características:

- a) Identificar quien será el receptor
- b) Hablar correctamente en función de dichos receptores
- c) Ser conciso y objetivo
- d) Verificar que la comunicación ha sido comprendida

- Solo A y C son correctas
- Solo B y D son correctas
- Todas las anteriores

20. Después de la aplicación de algún medicamento, el evento adverso que deben ser verificado es:

- Taquicardia
- Rash
- Polipnea
- Reacción anafiláctica

21. Con que tipo de instrumentos cuenta su servicio que le orienten para su práctica clínica:

- Manual de procedimientos
- Libros de consulta
- Ninguno
- Guías clínicas
- Internet

22. ¿Están disponibles para usted?

- Si
- No ¿Porqué? _____

23. ¿Usted para que utiliza estos instrumentos?

- Para verificar alguna técnica o procedimiento
-

- Por que tiene duda
- No los utiliza

24. ¿Usted se siente respecto a su profesión?

- Totalmente satisfecho
- Muy satisfecho
- Satisfecho
- Insatisfecho

25. Verificar paciente correcto, cirugía o procedimiento correcto, sitio quirúrgico correcto y momento correcto (oportuno) corresponden a:

- Los 4 correctos de medicamentos
- Las 4 "C" en cirugía y/o procedimientos
- Los 4 puntos de seguridad del paciente
- Todas son correctas

26. ¿Qué acciones realiza encaminadas a prevenir riesgo de caídas?

27. De acuerdo a la NOM-026 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales algunos de los lineamientos que emite son:

- a) Lavado de manos
- b) Uso de drenaje urinario cerrado
- c) Uniformidad de los esquemas terapéuticos de acuerdo con protocolos de manejo
- d) Vigilancia de procedimientos invasivos

- Solo a y d son correctas
- Solo a es correcta
- Solo b y c son correctas
- Todas son correctas

28. Se siente emocional y/o físicamente agotado (a) por su trabajo

- Siempre
- Frecuentemente
- Algunas veces

Nunca

29. Cuando se encuentra cansado (a) física y/o mentalmente que hace:

30. Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decidir tratamiento y cuidados una vez informado corresponde a:

Trato digno

- Código de ética para enfermeras
 Fundamentos de enfermería
 Todas las anteriores

31. Cuando se encuentra con sobrecarga de trabajo, ¿suele encontrar ayuda en sus compañeros?

- Siempre
 Frecuentemente
 Algunas veces
 Nunca

32. ¿Cuántas inasistencias ha tenido en los últimos 6 meses?

33. ¿Cual ha sido la causa?

- Por enfermedad
 Problemas personales
 Por alguna otra causa

Especifique _____