



**CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 de fecha 28-06-2011

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE LA MADRE Y NIÑO
GUERRERENSE.**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

C. MA. GUADALUPE MALDONADO SEGURA

Asesor:

M.C:E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA

Iguala de la Independencia, Gro. Abril del 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



**CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 de fecha 28-06-2011

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE LA MADRE Y NIÑO
GUERRERENSE.**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de

Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

C. MA. GUADALUPE MALDONADO SEGURA

Dirigido por:

M.C:E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA

SINODALES

M.C.E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA
Presidente

LIC. ENF. MARTHA ELENA CISNEROS MARTÍNEZ
Secretario

LIC. ENF. CONCEPCIÓN BRITO ROMERO
Vocal

Iguala de la Independencia, Gro. Abril del 2021

RESUMEN

Según la Organización Mundial de Salud, la seguridad del paciente es la disminución del riesgo de daños innecesarios relacionados con el cuidado en la atención de salud. La seguridad del paciente sigue siendo una prioridad en la atención de salud, en el cual el objeto principal de atención es el paciente: los eventos adversos e incidentes son una muestra de atención insegura en todas las instituciones de salud. Objetivo. Determinar el nivel de Cultura de Seguridad del Paciente del personal de enfermería del Hospital de la Madre y del Niño Guerrerense de Chilpancingo de los Bravo, Gro. Metodología. Diseño metodológico de tipo descriptivo, transversal y cuantitativo, el universo está constituido por población de 240 enfermeras que laboran en el hospital, la muestra fue de 70 enfermeras mediante un muestreo a conveniencia tomando en cuenta todos los turnos que labora el personal de enfermería, se aplicó una encuesta al personal de enfermería utilizando el Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en el Hospital, realizada por la CONAMED, de la original elaborada por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) en los meses de junio y julio del 2019. Resultados. La mayoría del personal de enfermería tiene un nivel de preparación de licenciatura y en segundo lugar está la enfermera especialista, su área de trabajo es en primer lugar urgencias 19%, Pediatría 17% y cirugía 16%. En la **Sección A: Su área de trabajo**. Afirmaciones relacionadas con la seguridad de los pacientes en su departamento o servicio en el área donde usted trabaja en el hospital, el 67% trabajan para mejorar la seguridad del paciente; el 70% del personal de enfermería menciona que los errores son utilizados en su contra y la tercera parte refiere que estos han dado lugar a cambios positivos en su trabajo y que trabajan en equipo para sacar adelante su trabajo. Mencionan la mayoría de las enfermeras que cuando se informa de un accidente se reporta a la persona y no al problema; un poco más de la mitad del personal refieren que trabajan “en forma de crisis” (hacer mucho y muy rápido) y que esto pone en riesgo la seguridad del paciente, además se preocupan que los errores que reportan se archiven en su expediente laboral. En la **Sección C: Comunicación**. Cuando en su área o unidad de trabajo ocurren los siguientes errores. ¿Qué tan frecuentemente se reportan? El 72% menciona que si se les informa sobre los cambios realizados a partir de los incidentes notificados; la mayoría menciono que se les informa sobre los errores que se cometen en su servicio. En la **Sección D: Frecuencia de eventos reportados**. El 50% menciono que cuando se comete un error se detecta y corrige antes de que dañe al paciente; el 53% reporto el error aun cuando se estima que no puede dañar al paciente y el 57% reporta cuando comete un error que se estima podría haber dañado al paciente, pero no lo daño. En la **Sección E: Grado de seguridad del paciente**. De acuerdo a la escala o

grado de seguridad el personal de enfermería lo clasifica en la escala de 8 y 9 en un 37% respectivamente y en la escala de 10 el 13%. En la **Sección F: Su hospital**. En relación a la información del hospital el 90% del personal en estudio refiere que la dirección del hospital promueve la seguridad del paciente; el 48% menciona que no hay una adecuada información cuando se transfiere al paciente de un servicio a otro dentro del hospital; el 54% dice que si hay problemas durante el intercambio de información; el 67% refiere que la seguridad del paciente es de alta prioridad; el 37% los cambios de turno son problemáticos para los pacientes. En la **Sección G: Numero de eventos reportados**. Del personal en estudio el 77% ha reportado incidentes o eventos adversos que se han presentado en los pacientes. Por últimos en relación al **Conocimiento de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente**. De la muestra en estudio el 51.42% no menciona ninguna meta y otras solo mencionaron de 3. 4. 5. 6. 7 metas, el 5.71% del personal conoce las 8 metas internacionales de seguridad del paciente. Conclusiones. De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye: que el nivel de cultura de seguridad del paciente es bajo, como también es baja la percepción del grado de seguridad del paciente en la institución y el desconocimiento de las 8 metas internacionales para la seguridad del paciente, por lo que resulta evidente la necesidad de realizar acciones tendientes a su mejora

Palabras clave: Cultura de seguridad, paciente, personal de enfermería

SUMMARY

According to the World Health Organization, patient safety is the decrease in the risk of unnecessary damage related to health care care. Patient safety remains a priority in health care, in which the main object of care is the patient: adverse events and incidents are a sign of unsafe care in all health institutions. Objective. Determine the level of Patient Safety Culture of the nursing staff of the Hospital de la Madre y del Niño Guerrerense de Chilpancingo de los Bravo, Gro. Methodology. Methodological design of descriptive, transversal and quantitative type, the universe is constituted by a population of 240 nurses who work in the hospital, the sample was 70 nurses by means of a convenience sampling taking into account all the shifts worked by the nursing staff, applied a survey to the nursing staff using the Questionnaire on Patient Safety Culture in the Hospital, conducted by CONAMED, of the original prepared by the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) in the months of June and July 2019. Results The majority of nursing staff have a bachelor's level of preparation and secondly there is the specialist nurse, their work area is first of all 19%, Pediatric 17% and 16% surgery. In Section A: Your work area. Affirmations related to patient safety in your department or service in the area where you work in the hospital, 67% work to improve patient safety; 70% of the nursing staff mentions that the errors are used against them and the third part refers that they have led to positive changes in their work and that they work as a team to carry out their work. Most nurses mention that when an accident is reported, the person is reported and not the problem; a little more than half of the staff report that they work "in the form of a crisis" (do a lot and very fast) and that this puts the patient's safety at risk, they also worry that the errors they report are filed in their work file. In Section C: Communication. When the following errors occur in your area or unit of work. How often are they reported? 72% mention that if they are informed about the changes made from the reported incidents; The majority mentioned that they are informed about the mistakes made in their service. In Section D: Frequency of reported events. 50% mentioned that when an error is made it is detected and corrected before it damages the patient; 53% reported the error even when it is estimated that it cannot harm the patient and 57% report when they make an error that is estimated to have damaged the patient, but not harm. In Section E: Degree of patient safety. According to the scale or degree of safety, the nursing staff classifies it in the 8 and 9 scale in 37% respectively and in the 10 13% scale. In Section F: Your hospital. Regarding hospital information, 90% of the personnel under study report that the hospital management promotes patient safety; 48% mention that there is not adequate information when the patient is transferred from one service to another within the hospital; 54% say that if there are problems during the exchange of

information; 67% report that patient safety is a high priority; 37% shift changes are problematic for patients. In Section G: Number of events reported. Of the staff under study, 77% have reported incidents or adverse events that have occurred in patients. Finally in relation to the Knowledge of the International Patient Safety Goals. Of the sample under study, 51.42% did not mention any goals and others only mentioned 3. 4. 5. 6. 7 goals, 5.71% of the staff knows the 8 international patient safety goals. Conclusions According to the results obtained, it is concluded that the level of patient safety culture is low, as well as the perception of the degree of patient safety in the institution and the ignorance of the 8 international goals for patient safety, so it is evident the need to perform actions aimed at its improvement.

Keywords: Safety culture, patient, nursing staff

DEDICATORIAS

Se la dedico al forjador de mi camino, a mi padre celestial, el que me acompaña y siempre me levanta de mi continuo tropiezo, al creador de mis padres y de las personas que más amo, con mi más sincero amor.

MA. GUADALUPE MALDONADO SEGURA

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Me formaron con reglas, valores y con algunas libertades, pero al final de cuentas, siempre están ahí, incondicionalmente, motivándome y apoyándome siempre para alcanzar mis sueños.

Gracias madre y padre.

MA. GUADALUPE MALDONADO SEGURA

AGRADECIMIENTOS

Al centro Universitario Iguala por darme la oportunidad de seguir superando al realizarla Licenciatura en Enfermería y Obstetricia incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Con todo respeto doy gracias a mí Asesor y Sinodales por su paciencia apoyo al Trabajo de Investigación.

Con cariño y respeto a todos nuestros maestros de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia del Centro Universitario Iguala, por los conocimientos que nos proporcionaron en nuestra preparación profesional. Siempre los recordaré con admiración y respeto.

C. MA. GUADALUPE MALDONADO SEGURA

ÍNDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Agradecimientos	ii
Reconocimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vi
I. Introducción	1
1.1 Justificación	3
1.2 Planteamiento del Problema	5
1.3 Objetivos	8
II. Revisión de la Literatura	9
Antecedentes	9
Conceptos	11
Acciones esenciales para la seguridad del paciente	13
Marco Normativo	19
Acciones Esenciales para la Seguridad del paciente en el Centro Hospitalario	22
Acción Esencial 1: Identificación del paciente	22
Acción Esencial 2: Comunicación efectiva	29
Acción Esencial 3: Seguridad en el proceso de medicación	37
Acción Esencial 4: Seguridad en los procedimientos	46
Acción Esencial 5: Reducción de riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS)	53
Acción Esencial 6: Reducción del riesgo de daño al paciente por causas de caídas	58
Acción Esencial 7: Registro y análisis de eventos centinelas, eventos adversos y cuasi fallas	64
Acción Esencial 8: Cultura de seguridad del paciente	67
2.8 Estudios relacionados	70
III. Metodología	75
IV. Resultados y discusión	84
V. Conclusiones y sugerencias	102
VI. Bibliografía	105
Anexo “A” Consentimiento informado	110
Anexo “B” Instrumento de medición	111

ÍNDICE DE CUADROS

No. De cuadro		Pág.
4.1	Preparación profesional	84
4.2	Turno en que labora	85
4.3	Cuál es su principal área de trabajo en el hospital	85
4.4	Afirmaciones relacionadas con la seguridad de los pacientes en su departamento o servicio en el área donde usted trabaja en el hospital.	86
4.5	Afirmaciones relacionadas con la seguridad de los pacientes en su departamento o servicio en el área donde usted trabaja en el hospital.	87
4.6	Afirmaciones sobre su supervisor/jefe inmediato o la persona a la que usted reporta directamente.	88
4.7	Cuando en su área o unidad de trabajo ocurren los siguientes errores. ¿Qué tan frecuentemente se reportan?	89
4.8	Cuando en su área o unidad de trabajo ocurren los siguientes errores, ¿Qué tan frecuentemente se reportan?	90
4.9	Asignar a su área de trabajo el grado de seguridad global del paciente	91
4.10	Su hospital	92
4.11	En los últimos 12 meses ¿Cuántos incidentes o eventos adversos ha reportado usted?	94
4.12	Cuánto tiempo lleva trabajando en este hospital	95
4.13	Cuánto tiempo lleva usted trabajando en el servicio o departamento en que labora actualmente	95
4.14	Habitualmente cuantas horas trabaja por semana en este hospital	96
4.15	Puesto de trabajo que desempeña en este hospital	96
4.16	En su puesto actual tiene usted regularmente interacción o contacto directo con los pacientes	97
4.17	Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su profesión	97
4.18	Conocimiento de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente	98

I. INTRODUCCIÓN

La preocupación por la seguridad del paciente no es un tema nuevo, ha estado presente cuando menos desde la sentencia “primum non nocere” atribuida a Hipócrates; pasando por el enunciado de Florencia Nightingale de que “el primer requisito de un hospital es que no debería hacer daño a los enfermos”; por la identificación, en 1964, de que el 20% de pacientes hospitalizados sufría de alguna iatrogenia; hasta el reconocimiento, en 1999 de que “los seres humanos, en todas las líneas de trabajo, cometemos errores”, pero que “los errores pueden prevenirse mediante el diseño de sistemas en los que sea difícil para las personas hacer lo incorrecto, y fácil hacer lo correcto” (Torres, 2018).

Según la Organización Mundial de Salud, la seguridad del paciente es la disminución del riesgo de daños innecesarios relacionados con el cuidado en la atención de salud. Entre los principios fundamentales la falta de dichas condiciones supone un problema que afecta la salud pública como un impacto global, que se traduce en lesiones incapacitantes y de origen multicausal que llegan a sumar miles de millones de casos al año y una elevada carga económica. La seguridad del paciente sigue siendo una prioridad en la atención de salud, en el cual el objeto principal de atención es el paciente: los eventos adversos e incidentes son una muestra de atención insegura en todas las instituciones de salud. Los problemas que no coinciden con la atención de salud, contribuyen un asunto señalado como prioritario, ya que la seguridad del paciente es uno de los principios fundamentales y éticos de la atención en salud (Gómez et al, 2011)

Estos principios en salud pueden estar relacionados con la práctica clínica, en los procedimientos o del sistema en general. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarque

un amplio contenido de acciones que van encaminadas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales que se vienen presentando, incluido el uso seguro de los medicamentos, control de las infecciones; la seguridad de equipos, de la práctica clínica y el entorno en el que se está presentando la atención en salud. La información en seguridad de pacientes constituye un aspecto fundamental para conocer, tratar y prevenir los eventos adversos (Cañas et al, 2015).

La necesidad y reaseguramiento es la segunda escala que establece Abraham Maslow dentro de la jerarquía de necesidades. Esta necesidad de sentirse seguros es una preocupación constante que anhelamos durante toda la vida y la cual debe estar presente permanentemente en nuestro entorno, dado que una vez satisfechas las necesidades fisiológicas, sino hay seguridad, ni amor, ni estimación, lo que primero satisfará antes que cualquier otra necesidad es la seguridad. Si el individuo se siente seguro, estará en un escalón superior de la pirámide de Maslow. Son necesidades de seguridad la dependencia, protección, estabilidad, ausencia de miedo, ansiedad o caos. Todas ellas apuntando a la evitación o neutralización de situaciones de peligro.

En este sentido, las intervenciones para el cuidado de la salud del ser humano, en los ámbitos hospitalarios y ambulatorios, están implicando riesgos a partir de la conjugación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que, si bien contribuyen en acciones beneficiosas, también incluyen un abanico de posibilidades de práctica insegura para la ocurrencia de eventos adversos (Kozier, 2014)

La calidad de la atención de salud incluye, como uno de sus focos principales, a la seguridad de los pacientes, siendo una gran preocupación de los

sistemas sanitarios en la actualidad, como lo indica la Organización Mundial de la salud. Dentro del equipo de salud, la atención de enfermería es la prestación que más relación y contacto directo establece con el usuario. En este sentido, el diseño de un plan de enfermería supone tener en cuenta el riesgo específico de cada paciente, así como el contexto organizacional en el cual se actúa. Por tal motivo dado la relevancia del recurso humano de enfermería en este tipo de sucesos sanitarios, se torna un objeto de estudio de relevancia, que justifica el indagar en torno a la cultura de seguridad de los pacientes del personal de enfermería (Lake et al, 2010).

1.1 Justificación.

Se ha observado que la atención en salud envuelve diversas circunstancias que pueden comprometer la seguridad de los pacientes. Los eventos adversos son poco discutidas y contextualizada por ser un asunto de difícil abordaje y muchas veces tratadas de manera velada por los profesionales. En la práctica cotidiana, se reconocen circunstancias que relacionan los eventos adversos que culminan en errores en la atención en salud. Esto ha generado millones de muertes en el mundo entero.

La seguridad del paciente ha sido considerada como la ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención (González, 2012). La seguridad del paciente es un componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familiares, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y

profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente. Sin embargo, la seguridad del paciente implica los efectos no deseados, secundarios a la atención secundaria que representan una causa elevada de morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados (Castro et al, 2013)

El presente estudio tiene la finalidad de investigar la cultura de seguridad del personal de enfermería del hospital de la Madre y el Niño Guerrerense para proponer alternativas que ayuden a reducir la incidencia de las complicaciones para reducir la morbimortalidad materna y generar acciones educativas para esta población en riesgo.

Es de vital importancia que el personal de enfermería tenga el conocimiento de las ocho acciones esenciales para la seguridad del paciente ya que es la promotora directa de acciones de seguridad por medio de sus prácticas de cuidado.

Finalmente, este trabajo de investigación resalta la relevancia del abordaje científico para mejorar la cultura de la seguridad del paciente. Enfermería desempeña un papel crucial en la promoción de la seguridad del paciente por presentarse de forma más constante y directa en el cuidado al paciente. En contrapartida, si dicho cuidado no es realizado con calidad, puede ser generador de errores y comprometer la seguridad del cuidado.

1.2 Planteamiento del Problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención médica en los hospitales, cada año en el mundo se administran 16,000 millones de inyecciones, en su mayor parte con fines terapéuticos, de ese total el 40% se administra con jeringas y agujas reutilizadas no esterilizadas, y en algunos países la proporción asciende hasta un 70%. Cada año, las inyecciones administradas sin las suficientes precauciones de seguridad causan 1,3 millones de defunciones y la pérdida de aproximadamente 26 millones de años de vida, principalmente debido a la transmisión por vía sanguínea de virus tales como los de hepatitis B, C y el VIH. La carga económica ocasionada por la atención dispensada sin las suficientes precauciones genera gastos médicos y de hospitalización, infecciones nosocomiales, pérdida de ingresos, discapacidad y litigios que en algunos países cuestan entre US\$ 6,000 millones y US\$ 29,000 millones por año (Secretaría de Salud, 2018).

En el año 2002, la 55^a Asamblea Mundial de la Salud, a través de la resolución WHA55.18 instó a los Estados Miembros a que prestarán la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y en el año 2004, en respuesta a la resolución, se creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. En el año 2005, la Organización Panamericana de la Salud emitió la Declaración de Montevideo, a través de la cual, los Estados Miembros se comprometieron a reorientar sus sistemas de salud hacia la calidad de la atención y la seguridad del paciente (Torres, 2018).

Estudios previos han señalado que, en el mundo, cada año se realizan 234 millones de cirugías en los países más desarrollados, lo que equivale a una operación por cada 25 personas (González, 2012). Este aumento de sucesos ha generado complicaciones de un 3-16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingresos, con una de mortalidad o discapacidad permanente del 0-8% aproximadamente. La OMS en el 2008, insta a los países a fortalecer el segundo reto de la seguridad del paciente “La cirugía segura salva vidas” para atender la problemática de los procesos quirúrgicos que acontecen en el mundo y promueve el uso de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía como herramienta para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente en la atención quirúrgica (OMS, 2008).

Un estudio realizado por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente identificó una superioridad entre 3% a 16% de los pacientes que sufren eventos adversos resultantes de atenciones médicas no seguras en sus hospitalizaciones. El abarcamiento de esas circunstancias fue verificado en todos los países, fuesen ellos desarrollados, en desarrollo o subdesarrollados, siendo que la mayoría de los datos es proveniente de naciones desarrolladas. Se cree que en países pobres esos resultados sean infinitamente peores y con menores perspectivas de solución (Jha et al 2010).

Los datos más recientes publicados muestran que la falta de seguridad del paciente en Estados Unidos es la tercera causa de muerte en ese país, generando la pérdida de 220,000 vidas cada año. En términos económicos se estima un costo de entre 6 y 29 mil millones de dólares anuales por eventos adversos prevenibles en dicho país (Secretaría de Salud, 2018).

En un estudio Iberoamericano de eventos adversos (IBEAS) 2010 reportó que 10 de cada 100 pacientes ingresados en instituciones de salud han sufrido daños en su atención y este se duplica considerando el tiempo que el paciente estuvo hospitalizado, de modo que 20 de cada 100 paciente presentan un evento dañino a lo largo de su estancia hospitalaria (Bates, 2010).

En México se estima que 8% de los pacientes hospitalizados sufre algún tipo de daño y 2% muere, siendo la población más afectada la que se encuentra económicamente activa, situación que pone de manifiesto el hueco económico y las repercusiones sociales que tiene y que pocas veces nos detenemos a mirar. La ventana de oportunidad se encuentra en 62% de los eventos adversos que son prevenibles, y es en ellos en donde se debe incidir para brindar una atención médica más segura (Secretaria de Salud, 2018).

En México, la campaña sectorial “Cirugía Segura Salva Vidas” forma parte del compromiso del Sistema Integral de Calidad en salud (SiCalidad) desde el año 2009, dentro del marco de la seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud (Alcántara, 2012). En México, en el periodo 2007-2012, como parte del Sistema Integral de Calidad SICALIDAD se difundieron e impulsaron las “Diez acciones en seguridad del paciente, que posteriormente (2010) se transformaron en el Programa Nacional de Seguridad del Paciente, dentro del cual, por primera vez en los documentos institucionales se menciona el término de “cultura de seguridad del paciente”, y finalmente en el año 2017 se publicó el ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (Consejo de Salubridad General, 2017).

Por lo anterior expuesto es importante identificar ¿el nivel de Cultura de Seguridad del Paciente del personal de enfermería del Hospital de la Madre y Niño Guerrerense de la ciudad de Chilpancingo de los Bravo, Gro?

1.3 Objetivo.

1.3.1 Objetivo General

1.3.1.1 Determinar el nivel de Cultura de Seguridad del Paciente del personal de enfermería del Hospital de la Madre y del Niño Guerrerense de Chilpancingo de los Bravo, Gro.

1.3.2 Objetivos Específicos

1.3.2.1 Conocer el nivel de conocimiento del personal de enfermería de las metas internacionales del paciente.

1.3.2.2 Proponer acciones de enfermería para disminuir los problemas de la seguridad de los pacientes

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Antecedentes.

Es bien sabido que la falta de seguridad en el proceso de atención a la salud produce daño a los pacientes, que en algunas ocasiones ha llegado a cobrar vidas y en otras ha dejado secuelas que llegan a ser muy graves, generando afectaciones personales, familiares y laborales, cuya remediación representa un alto costo. Para atender este problema se han impulsado diversas acciones a nivel internacional, sin embargo, no se ha logrado avanzar lo suficiente a pesar de diversas campañas, acciones, metas y demás estrategias que se han puesto en marcha (Secretaría de Salud, 2018).

Desde el año 2000 la Secretaría de Salud, ha venido trabajando para atender este problema, sin embargo, un aspecto que aún no se ha desarrollado suficientemente. Es por esto que se iniciaron mesas de discusión entre las áreas técnicas del Consejo de Salubridad General y de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para identificar los aspectos cardinales de la seguridad del paciente que deban seguir los establecimientos de atención médica, mismos que permitan abatir la presentación de eventos adversos y mejorar la calidad de la atención. Es así como se originan las ocho acciones esenciales en seguridad del paciente, mismas que están conformadas por las seis metas internacionales propuestas por la OMS y se complementan con dos acciones más: el registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas y la medición de la cultura de seguridad del paciente dentro de los establecimientos de atención médica (Secretaría de Salud, 2018).

En los últimos años se ha hecho referencia a la seguridad del paciente, distintas organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Joint Commission (entidad encargada de acreditar la calidad y seguridad en la atención médica de los hospitales, han desarrollado iniciativas para apoyar estrategias nacionales e internacionales que contribuyan a la mejora de la seguridad de los pacientes (Castro et al, 2013).

En febrero de 2001, México inicio su “Cruzada Nacional por la Calidad” con el objetivo de elevar la calidad de los servicios y llevarlas a niveles aceptables en todo el país. Así mismo en mayo de 2002, la OMS en su 55ª Asamblea Mundial de la Salud adopto la resolución WHA55.18 “Calidad de la atención: seguridad del paciente” y a “establecer y fortalecer los sistemas científicos necesarios para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención”. En respuesta a lo anterior, en 2004 la 57ª Asamblea Mundial de la Salud propuso formar la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (OPS, 2013).

En nuestro país, de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND), uno de los objetivos centrales de la política pública en salud es brindar servicios de salud eficientes, con calidad y seguridad para el paciente. Derivado de ello, el Plan Nacional de Desarrollo estableció la necesidad de desarrollar una estrategia dirigida a implantar un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica. Esta estrategia se describió en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA) y estuvo dirigida a corregir la principal causa de deficiencia en la calidad de los servicios de salud señalada por la OPS: falta de posicionamiento de los temas de calidad en las prioridades y agenda del sector salud (PNS 2007-2012).

El PROSESA planteó que para prestar servicios de salud con calidad y seguridad era necesario situar la calidad y seguridad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud. Como instrumento operativo, se estableció el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), encargada de elevar la calidad de los servicios en salud con un enfoque en la mejora de la calidad técnica y la seguridad del paciente, la calidad percibida y la calidad en la gestión de los servicios de salud.

La Joint Commission International publicó en septiembre de 2006 las metas Internacionales de Seguridad del paciente, las cuales se basan en acciones específicas para mejorar la seguridad del paciente, identificadas en políticas globales y sustentadas en el registro del mayor número de eventos adversos en la atención médica (Román, 2006)

Conceptos.

La cultura organizacional se refiere a las creencias, los valores y las normas compartidas por el personal en toda la organización que influyen en sus acciones y comportamientos y entonces, la cultura de seguridad del paciente es la medida en que estas creencias, valores y normas respaldan y promueven la seguridad del paciente (Famolaro et al, 2018).

La “Cultura de Seguridad del Paciente” se define como el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso y el estilo y la competencia de la gestión de salud y la seguridad de una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por comunicación basadas en la

confianza mutua, por la percepción compartida de la importancia de la seguridad y por la confianza en la eficacia de las medidas preventivas (Consejo de Salubridad General, 2017). La cultura de seguridad del paciente se puede medir determinando qué se recompensa, que se admite, que se espera y qué se acepta en una organización en lo que se refiere a la seguridad del paciente (Famolaro et al, 2018).

La medición de la cultura de la Seguridad del paciente debe realizarse anualmente en los Hospitales según lo establece el Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del paciente y debe llevarse a cabo utilizando el cuestionario que la Dirección General de Calidad y Educación en salud (DGCES) adaptado a partir del desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). El procedimiento para realizar la medición; los profesionales de la salud que deben participar; y el procedimiento para identificar las áreas de oportunidad para la mejora (Consejo de Salubridad General, 2017).

Según la Agencia para la Calidad e investigación en salud de los Estados Unidos se entiende por Seguridad del Paciente al “Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos” (Sarabia, 2005)

Para el Centro Nacional de Seguridad del Paciente de EEUU un Evento Adverso es “Aquel incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de salud (Sarabia, 2005).

La seguridad del paciente es la reducción al mínimo aceptable del riesgo de daños innecesarios durante la atención a la salud. Los eventos adversos son injurias causadas por el cuidado del profesional de la salud por factores no relacionados a la enfermedad de base del paciente, pudiendo prolongar la hospitalización o modificar el tratamiento propuesto inicialmente (WHO, 2009).

Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

La Alianza Mundial para la seguridad del Paciente fue puesta en marcha en octubre de 2004, con el propósito de coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo, mediante la colaboración internacional y la adopción de medidas entre los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS, los expertos técnicos, los consumidores, los profesionales y los grupos industriales. De acuerdo al Instituto de Medicina, la seguridad del paciente, se define como la atención libre de daño accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento.

La OMS en mayo de 2007 lanzó las “Nueve Soluciones para la Seguridad del Paciente”, con la finalidad de ayudar a reducir el riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria, mediante la reformulación de los procedimientos de asistencia al enfermo para evitar los errores humanos y hacerlos más seguros. En los países desarrollados, se estima que hasta uno de cada 10 pacientes hospitalizados sufren daños asociado al proceso de la atención recibida y en los países en desarrollo la cifra es probablemente mucho mayor. Lo más importante en materia de seguridad de los pacientes es evitar que estos sufran daños durante el tratamiento y la atención (Secretaría de Salud, 2018).

Las nueve soluciones propuestas por la OMS, guardan relación con los medicamentos de aspecto o nombre parecidos; identificación de pacientes; comunicación durante el traspaso de pacientes; realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto; control de las soluciones concentradas de electrolitos; asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales; evitar los errores de conexión de catéteres 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 en salud.

La Joint Commission International (JCI) identifica, mide y comparte las mejores prácticas relacionadas con la calidad y la seguridad de los pacientes, y establece seis objetivos internacionales que ayudan a las organizaciones a abordar las áreas de mayor problemática relacionada con la seguridad de los pacientes:

- Identificar correctamente a los pacientes
- Mejorar la comunicación eficaz
- Mejorar la seguridad de los medicamentos de alerta
- Verificar el lugar correcto, el procedimiento correcto y la cirugía al paciente correcto.
- Reducir el riesgo de infecciones relacionadas con la atención de salud
- Reducir el riesgo de lesiones por caídas de los pacientes (Secretaría de Salud, 2018).

El comité Europeo de la Sanidad (CDSP) en el informe “La prevención de los eventos adversos en la atención sanitaria”, hace una serie de recomendaciones a los Estados miembros relativas a la gestión de la seguridad y

la calidad en la atención a la salud, considerando, que el acceso a la atención segura es un derecho básico de cada uno de los ciudadanos de todos los Estados miembros y que pacientes y ciudadanos tienen derecho a recibir y a tener fácil acceso a información pertinente sobre la seguridad de la atención en salud en un formato y un lenguaje que pueden comprender. Estas recomendaciones están dirigidas a situar la seguridad del paciente en el centro de todas las políticas sanitarias pertinentes, en especial como uno de los fundamentos de las políticas de mejora de la calidad y en la elaboración de un marco político en materia de seguridad del paciente que sea coherente y completo.

Desde 2002, la Secretaría de Salud a través de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (antes de Innovación y Calidad) y de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), ha impulsado la adopción de iniciativas dirigidas a fortalecer la seguridad del paciente, en este sentido se difundieron las “Las 10 Acciones en Seguridad del paciente”, mismas que contenían lo que posteriormente se conocería como “Metas Internacionales en la Seguridad del Paciente”, así mismo se tuvo participación en el Estudio de Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica (IBEAS,2007) , se ha impulsado de manera permanente la campaña “Esta en tus manos”, dirigida a la prevención de infecciones asociadas al proceso de la atención a la salud, con énfasis en la higiene de manos, por otro lado se desarrollan actividades de capacitación relativas a las metas de seguridad del paciente, se ha desarrollado una plataforma informática para el registro de eventos adversos asociados al proceso de la atención misma que recientemente ha sido actualizada y se encuentra actualmente en uso, se impulsa la medición de la cultura de seguridad del paciente en los establecimientos de atención médica y se ha trabajado en forma coordinada con los representantes de las escuelas y facultades formadoras de recursos humanos para la salud para que incorporen contenidos de calidad y

seguridad del paciente en sus planes circulares, todo esto dentro del “Programa Nacional de Seguridad del Paciente” (Secretaría de Salud, 2018).

Así mismo el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM) del Consejo de Salubridad General ha trabajado desde el año de 2009 con las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, las cuales son prioridad para la Certificación de Establecimientos de atención médica, misma que se ve reflejada en sus versiones 2011, 2012 y 2015. Ahora el trabajo conjunto entre la DGCES y el CSG dan origen a las ocho Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

La seguridad del paciente es una dimensión fundamental de la calidad de atención y se ha convertido en una estrategia prioritaria del Sistema Nacional de Salud. En este contexto, se continúan impulsando las líneas de trabajo que están en consonancia con las iniciativas ya emprendidas por distintos organismos internacionales (Secretaría de Salud, 2018).

En el estudio “Análisis crítico de las quejas CONAMED, 1996-2007”, de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico se identifican como causa raíz de las quejas por atención médica: la falta de seguridad en el traslado de pacientes, falta del lavado de manos, omisión en la identificación correcta del paciente, omisión de procedimientos normados para la atención segura, inadecuada o deficiente integración del expediente clínico y diversos problemas por la inadecuada comunicación entre el equipo de salud y el paciente y su familia. Derivado de los resultados de ese estudio, la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes de la OMS, solicitó a la CONAMED su aval para el lanzamiento de la campaña “Las prácticas quirúrgicas seguras salvan vidas”, como resultado la OMS editó y difundió el documento “Surgical Safety Checklist”, en el que se señalan los puntos

que deben ser verificados antes de la anestesia, antes de la incisión en la piel y antes de que el paciente sala de la sala de cirugía (Secretaría de Salud, 2018).

En este sentido, se debe señalar que los principios generales de la seguridad del paciente son parte fundamental de los instrumentos de rectoría que emite esta Secretaría para regular la prestación de servicios de atención médica. El Consejo de Salubridad General es un órgano colegiado que depende directamente del Presidente de la República, con carácter de autoridad sanitaria sin intervención de ninguna Secretaría de Estado y sus disposiciones generales son obligatorias para las autoridades administrativas del país. Asimismo, es el responsable de la operación del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, que tiene por objeto reconocer a los establecimientos que cumplen con los estándares necesarios para otorgar servicios con calidad y seguridad para los pacientes, a través de su subsistema sustantivo denominado “Certificación de Establecimientos de Atención médica” (Secretaría de Salud, 2018).

El objetivo de este Sistema es coadyuvar en la mejora continua de la calidad y seguridad que se brinda a los pacientes en las organizaciones de atención a la salud mediante el Modelo de Seguridad de Paciente del Consejo de Salubridad General, el cual se encuentra plasmado en los diversos Estándares para la Certificación de Establecimientos (Hospitales, Unidades de Hemodiálisis, Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades), en los cuales se describen los procesos que las organizaciones deben implementar para mejorar la seguridad de los pacientes.

A la par de los procesos del subsistema “Certificación de Establecimientos de Atención Médica”, el subsistema “Información, Transparencia, Difusión y

Promoción” del SiNaCEAM, se ha ocupado de la difusión de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente desde el año 2009, a través de la impartición de cursos y talleres masivos dirigidos a las organizaciones de atención a la salud, tanto del sector público como privado, interesadas en la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente, así como a los propios evaluadores de este Consejo, con el fin de permanecer en un proceso de capacitación continua (Secretaría de Salud, 2018).

Por otro lado, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, unidad responsable de la conducción de la política nacional para elevar la calidad de los servicios de atención médica, tiene a su cargo del programa de Acreditación a través de criterios de capacidad, seguridad y calidad de los establecimientos para la atención médica que forman parte de la red de prestadores de servicios en el Catálogo Universal de Servicios de Salud, el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y el Seguro Médico Siglo XXI.

Por todo lo anterior es necesario contar con un instrumento que establezca las acciones mínimas para mantener la seguridad de los pacientes durante el proceso de atención a la salud, mediante la implementación de las ocho acciones esenciales basadas en las seis metas internacionales de seguridad del paciente e incluyendo dos factores más que son primordiales: el registro y análisis de los eventos centinela, adversos y cuasi fallas y la cultura de seguridad del paciente en los establecimientos de atención a la salud, consideramos que estos dos nuevos rubros fortalecen a la organización permitiendo conocer los puntos de oportunidad con el monitoreo de eventos adversos y áreas dentro de la organización que necesiten mejorar la cultura de seguridad. Con la implementación de estas Ocho Acciones Esenciales para la Seguridad de Paciente el Sistema Nacional de Salud

se verá robustecido para ofertar una atención a la salud más segura (Secretaría de Salud, 2018).

Marco Normativo

Si bien actualmente no se puede identificar el marco regulatorio en materia de prestación de servicios de atención médica en un instrumento que exprese de manera exclusiva la regulación sobre las acciones que emanan de los compromisos internacionales en la materia de calidad y seguridad de los pacientes, México cuenta con instrumentos normativos que regulan diversos aspectos de la atención médica, para prevenir los daños asociados a la misma.

La Ley General de Salud, el Reglamento de Insumos para la Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, entre otros, contienen disposiciones que regulan diversas etapas de la atención a la salud. Por otro lado, la Secretaría de Salud cuenta con tres Comités Consultivos de Normalización, a través de los cuales se ha impulsado que, en la integración de Normas Oficiales Mexicanas y otros instrumentos jurídicos, se consideren aquellos aspectos que incidan en la calidad y seguridad de los pacientes, entre los que destacan:

Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario. SSA1

-NORMA Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.

-NORMA Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2012, Instalación y operación de la farmacovigilancia.

-NORMA Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades. SSA2

-NORMA Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales.

-NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

-NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud. SSA3

-NORMA Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2007, Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de radioterapia.

-NORMA Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de hemodiálisis.

-NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SS3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

-NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de anestesiología

-NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

-NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico

-NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

-NORMA Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos

-NORMA Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria

-NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud, Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.

-NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.

-NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

-NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.

-NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

-NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria de Sistema Nacional de Salud.

Es de destacar, que existen otros instrumentos normativos que, si bien no son emitidos por la Secretaría de Salud, su observancia en las instituciones del Sistema Nacional de Salud favorece la adopción de medidas para mejorar las condiciones en que se otorga la atención médica, como ejemplo se puede citar la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo (Secretaria de Salud, 2018).

Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario

Acción Esencial 1. Identificación del paciente

En un entorno donde se busca una práctica segura tanto para el paciente como para el profesional responsable de su cuidado, es indispensable la correcta identificación de los pacientes, como medida que favorezca la disminución de la probabilidad de errores médicos durante el proceso de atención a la salud. La adopción de sistema de identificación estandarizado en las instituciones de salud, evita exponer a los pacientes a riesgos innecesarios o a procedimientos no programados, que tienen consecuencias para el paciente, que van desde incidentes menores hasta aquellos con secuelas permanentes o incluso la muerte (Secretaria de Salud, 2018).

Es frecuente que la identificación de los pacientes se realice solo por el número de cama, diagnóstico, características físicas o psicológicas, o nombre, sin embargo, estos identificadores aislados pueden ser insuficientes y no asegurar que sean correctos o exista duplicidad. Esto aunado a que los pacientes pueden estar bajo efectos de sedación, desorientados o presentar problemas relacionados

con el lenguaje, la audición, el idioma o la edad, se incrementa el riesgo de errores en la identificación. Esto ocurre con mucha frecuencia en las actividades relacionadas con la atención médica y se asocian con frecuencia a errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusión de sangre o hemoderivados, en laboratorio de análisis clínicos, en la realización de procedimientos y en los egresos de los recién nacidos (Secretaria de Salud, 2018).

La identificación incorrecta de los pacientes está considerada causa fundamental de numerosos errores, por lo que la Comisión de Acreditación de los Estados Unidos de América, determinó como uno de sus objetivos nacionales, mejorar con la mayor exactitud posible la identificación del paciente y forma parte de las seis metas Internacionales para la Seguridad del Paciente, publicadas en el 2006 por esta Comisión. Ante esta problemática, la OMS, lanzó en mayo del 2007 las “Nueve soluciones para la seguridad del paciente” incluyendo entre ellas, la Correcta Identificación del Paciente (Secretaria de Salud, 2018).

En México, desde 2002 se realizan acciones enfocadas a mejorar la seguridad del paciente, entre las que se encuentran como prioridad las relacionadas con la identificación correcta del paciente, con el objeto de mejorar la precisión del proceso, mediante el uso de dispositivos como brazaletes, pulseras y tarjetas de cabecera de las camas de pacientes, que permitan prevenir errores que involucren al paciente equivocado (Secretaria de Salud, 2018).

Objetivo general

Mejorar la precisión de la identificación de pacientes, unificando este proceso en los establecimientos del Sector Salud, utilizando al menos dos datos

para identificar al paciente (nombre completo y fecha de nacimiento) que permitan prevenir errores que involucran al paciente equivocado.

Acción Esencial 1 A

De la identificación general del paciente.

Entre las acciones que se deben implementar para una adecuada identificación de los pacientes se encuentran:

- El personal de salud debe identificar al paciente desde el momento en que este solicita la atención, con al menos dos identificadores, que serán el nombre completo del paciente y su fecha de nacimiento (día, mes y año); en su caso, adicionalmente podrán agregarse otros determinados en la normativa de la institución.
- Todos los documentos que se generen durante el proceso de atención, incluyendo el expediente clínico, recetas médicas, solicitudes y resultados de estudios de gabinete y laboratorio, etc., deben contener el nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento.
- No se debe incluir en los datos de identificación, el número de cama, número de habitación o servicio en el que se encuentre el paciente, horario de atención, ni diagnóstico (Secretaría de Salud, 2018).

Acción Esencial 1 B

De la estandarización.

Como elementos útiles para estandarizar la identificación al paciente se encuentran:

Tarjeta de cabecera o a pie de cama

- Se debe colocar en la cabecera de la cama pacientes hospitalizados, así como en los lugares donde se administren tratamientos de hemodiálisis, quimioterapia, radioterapia y cirugía de corta estancia.
- Debe contener, al menos el nombre completo y la fecha de nacimiento del paciente
- Los datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento) tendrán un tamaño en una porción 2:1 respecto al resto de la información y se registrarán con un color contraste con el del medio para facilitar la identificación de manera visual.
- Además de los datos de identificación del paciente, en este documento es recomendable anotar: grupo sanguíneo y el factor Rh, alergias, edad. La escala de Valoración de Riesgo de Caídas y riesgo de transmisión se sugiere que se incluya en un formato dinámico, dado que ambas variables pueden cambiar durante la atención del paciente (Secretaría de Salud, 2018).

Brazalete o pulsera

- Debe colocarse a los pacientes hospitalizados, así como aquellos que acuden para tratamiento en unidades de hemodiálisis, quimioterapia, radioterapia y cirugía de corta estancia.
- Debe colocarse en la extremidad superior derecha. Cuando por sus condiciones físicas o tratamiento no sea posible, se debe colocar en la extremidad superior izquierda o en cualquiera de los tobillos.
- Cuando por las condiciones del paciente no sea posible colocarlo en alguna extremidad, se debe colocar junto a la tarjeta de cabecera.
- Debe contener los identificadores utilizados en el establecimiento (nombre completo y fecha de nacimiento).
- El personal que registre los identificadores debe confirmarlos con el paciente o con algún familiar; en caso de que el paciente no esté en condiciones de responder, verificar los datos con el expediente clínico.

- En la hoja de valoración de enfermería se debe registrar la colocación del mismo, así como los datos de quien realizó la verificación de los identificadores.
- Se debe informar al paciente y a su familiar sobre la importancia de portarlo y de no retirarlo durante su estancia en el establecimiento.
- Cuando exista cualquier duda respecto de la información contenida o legibilidad de la misma se debe reemplazar, realizando el registro correspondiente en la hoja de enfermería.
- En situaciones en que la vida del paciente se pueda ver afectada, tienen prioridad los cuidados antes de la identificación del paciente. En cuanto sea posible, el personal de enfermería, es el encargado de colocarlo.
- La institución de salud debe tener establecido el procedimiento de identificación para pacientes que ingresen como desconocidos y que por su estado de conciencia no puedan proporcionar sus datos, recomendando que se incluyan los siguientes datos como identificadores: género del paciente, edad aparente, si tiene alguna señal particular, fecha y hora de ingreso y algún dato sobre la forma en que ingresó (Ministerio Público, patrulla, Averiguación Previa, etc.)
- En todos los casos, se debe retirar y desechar, cuando se dé el egreso hospitalario.
- En los recién nacidos debe colocarse inmediatamente después del parto. Se colocará de manera individual en la muñeca derecha y otro en el tobillo izquierdo, con los datos de la madre (Datos de identificación de la madre y la fecha de nacimiento y sexo del recién nacido), esta información debe confirmarse con la madre y/o con un familiar y en el expediente clínico.
- En caso de recién nacidos que ingresan desde su domicilio al establecimiento, se procederá de acuerdo a lo indicado en el párrafo anterior (Secretaría de Salud, 2018)

Acción Esencial 1 C

De la identificación del paciente previo a la realización de procedimientos

- El personal de salud debe comprobar los datos de identificación del paciente mínimo en los siguientes casos:
 - a) Antes de la administración de todo tipo de medicamentos,
 - b) Antes de administración de infusiones intravenosas con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico,
 - c) Antes de la transfusión de hemoderivados,
 - d) Antes de la extracción de sangre u otras muestras para análisis clínicos,
 - e) Antes de realizar procedimientos médicos o quirúrgicos.
 - f) Antes de traslados dentro o fuera del establecimiento.
 - g) Antes de la dotación de dietas.
 - h) Antes del inicio de la terapia de remplazo renal con hemodiálisis.
 - i) Identificación de cadáveres
- En caso de que el paciente esté inconsciente o con cualquier tipo de discapacidad que impida la comunicación, los datos deben validarse con su acompañante, antes de realizar cualquier procedimiento al paciente.
- En caso de que para la realización de algún procedimiento preventivo, diagnóstico o terapéutico sea necesario el retiro del identificador, se debe colocar de manera inmediata cuando éste concluya (Secretaría de Salud, 2018).

Acción Esencial 1 D

De la identificación del paciente en soluciones intravenosas y dispositivos

- El personal de salud debe registrar en los membretes de las soluciones intravenosas los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), además del nombre de la solución y/o

componentes, frecuencia de administración, fecha y hora de inicio y término, y nombre completo de quien instaló y, en su caso, de quien lo retira.

- En las sondas y catéteres de los pacientes, el personal de salud debe colocar un membrete con los datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), fecha y hora de instalación y nombre completo de quien instaló (Secretaría de Salud, 2018).

Acción Esencial 1 E

De la identificación en estudios de imagenología, laboratorio clínico y patología

- Las solicitudes deben contar con los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), además de la fecha y hora del estudio, identificación del solicitante, estudio solicitado y diagnóstico probable.
- Las placas radiográficas deben contener del lado derecho los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), fecha y hora del estudio, identificación del establecimiento y clave o iniciales del profesional que la realiza. El personal que realiza el estudio debe especificar en los resultados del mismo la existencia de incidentes y accidentes durante el proceso, en caso de que hayan existido.
- El personal del laboratorio y patología debe verificar que los datos de la etiqueta del recipiente de la muestra biológica coinciden con los datos de las solicitudes. En caso de no coincidir, se debe comunicar de inmediato al médico tratante y esperar indicaciones del mismo.

Es importante que el establecimiento diseñe el proceso de identificación del paciente y se asegure que las acciones básicas se realicen de manera correcta, es decir, utilizar el nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento en el

momento oportuno (previo a los momentos críticos) para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso o centinela relacionado con el paciente equivocado (Secretaría de Salud, 2018).

Acción Esencial 2: Comunicación Efectiva

Las brechas en la comunicación durante el proceso de atención médica, pueden provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, al proporcionar un tratamiento inadecuado y potencialmente generar daño, debido a que un paciente puede ser tratado por diversos profesionales de la salud en múltiples entornos, como el quirúrgico, en urgencias, cuidados intensivos, rehabilitación, atención primaria y atención ambulatoria especializada; adicionalmente los pacientes se moverán en las áreas de diagnóstico y tratamiento lo que implica que reciben atención por personal de diversos turnos, lo que supone un riesgo de seguridad en cada intervalo que es atendido si no existe una comunicación adecuada entre el personal y con el paciente (Secretaría de Salud, 2018).

Las órdenes verbales o telefónicas presentan un mayor margen de error que las órdenes escritas o las que se envían electrónicamente. La interpretación de las órdenes verbales es problemática, debido a los diferentes acentos, dialectos y pronunciaciones. El ruido de fondo, las interrupciones, y los nombres de los medicamentos desconocidos y la terminología a menudo agravan el problema. Una vez recibida una orden verbal debe ser transcrita como una orden por escrito, lo que añade complejidad y riesgo para el proceso de la instrucción. El único registro real de una orden verbal es en el recuerdo de los involucrados.

Una comunicación deficiente entre los trabajadores del sistema de salud, como las órdenes escritas o verbales poco claras, representan problemas subyacentes asociados a errores de la medicación. Para prevenir errores de medicación, la OMS recomienda principalmente, en los hospitales, permitir las indicaciones verbales o telefónicas exclusivamente en casos de urgencia (Secretaría de Salud, 2018).

El Consejo de Salubridad General refiere que es importante considerar la inclusión y estandarización de la estrategia para las órdenes o indicaciones verbales y/o telefónicas, relacionadas con la atención de los pacientes, resultados de laboratorio, banco de sangre, patología y gabinete utilizando el proceso de Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar (Modelo del Consejo General, 2015)

Se recomienda que la limitación del uso de las abreviaturas y símbolos no sólo se circunscriba a la prescripción médica, sino que se aplique a otros documentos que se manejen en los establecimientos de atención a la salud en manuscritos como protocolos de tratamientos, prescripciones, registros de enfermería, etiquetas de mezclas intravenosas y de estuches de medicación, entre otros.

Por otro lado, se debe considerar la comunicación inmediata de los resultados críticos de laboratorio, patología y gabinete en los que la vida del paciente puede estar en peligro si no se actúa con rapidez (Secretaría de Salud, 2018)

Objetivo general

Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, pacientes y familiares, a fin de obtener información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención y así, reducir los errores relacionados con la emisión de órdenes verbales y/o telefónicas, mediante el uso del protocolo Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar-Transcribir-Confirmar y Verificar.

De igual manera, reducir los errores durante el traspaso de pacientes, cambios de turno y mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, de forma que proporcionen información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención al paciente mediante el uso de la herramienta SAER (SBAR por sus siglas en español) (Secretaría de Salud, 2018).

Acción Esencial 2 A

Acciones para mejorar la comunicación entre el equipo médico:

Del registro de las órdenes verbales y/o telefónicas relacionadas con la atención de los pacientes, resultados de laboratorio, banco de sangre, patología y gabinete:

- Se debe contar con una bitácora específica para el registro de las órdenes verbales y/o telefónicas. Esta bitácora se ubicará en la Central de Enfermería de cada servicio del hospital.

Acción Esencial 2 B

De la emisión y recepción de las órdenes verbales y/o telefónicas relacionadas con la atención de los pacientes, resultados de laboratorio, banco de sangre, patología y gabinete:

Acción Esencial 2 B 1

Del proceso de escuchar-escribir-leer-confirmar-transcribir-confirmar y verificar.

- El personal de salud que reciba cualquier indicación verbal o telefónica, debe anotar en la bitácora los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), nombre, cargo y firma de la persona que la emitió y de la que recibió la orden, y la fecha y hora en la que se recibió la orden.
- El personal de salud que emita o reciba cualquier indicación verbal o telefónica, debe cumplir el siguiente proceso:
 - a) La persona que recibe la orden debe escucharla atentamente.
 - b) La persona que recibe la orden debe escribirla en la bitácora.
 - c) La persona que recibe la orden debe leer la orden a la persona que la emitió.
 - d) La persona que emitió la orden debe confirmar que la información es correcta.
 - e) La persona que recibió la orden debe transcribirla de la bitácora al expediente.
 - f) La persona que emitió la orden debe confirmarla y verificar que se encuentra en el expediente clínico, firmándola en un plazo no mayor a 24 horas cuando labore entre semana o no más de 72 horas en turnos especiales. En caso de ausencia del médico tratante, el jefe del servicio debe firmar la indicación (Secretaría de Salud, 2018).

Acción Esencial 2 B 2

De la emisión y recepción de las órdenes verbales y/o telefónicas en urgencias con el proceso de escuchar-repetir-confirmar-transcribir:

- La persona que recibe la orden debe escucharla atentamente.

- La persona que recibe la orden debe repetir la orden en voz alta.
- La persona que emitió la orden debe confirmar que la información es correcta.
- La persona que recibió la orden debe transcribirla a la bitácora después de haber atendido al paciente.

Acción Esencial 2 C

De la comunicación durante la transferencia de pacientes:

El personal de salud utilizará la Técnica SAER por sus siglas en español: Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación, (SBAR por sus siglas en inglés *Situation-Background-Assessment-Recommendation*) durante la transferencia de pacientes de un servicio a otro, durante los cambios de turno o cuando sea referido a otra unidad con al menos los siguientes datos:

Situación:

- El personal de salud debe presentarse por nombre, cargo y lugar de trabajo.
- Mencionar el nombre completo del paciente y fecha de nacimiento como datos de identificación.
- Servicio en el que se encuentra.
- Describa brevemente el problema del paciente, su condición actual, aspectos clínicos relevantes incluyendo signos vitales.

Antecedentes:

- Motivo y fecha de ingreso.
- Datos significativos de la historia clínica.
- Diagnóstico principal de ingreso.
- Procedimientos realizados.
- Medicación administrada.

- Líquidos administrados.
- Alergias.
- Resultados de laboratorio o de imágenes relevantes.
- Dispositivos invasivos.
- Cualquier otra información clínica útil.

Evaluación:

- El personal de salud debe comunicar cómo considera el problema y cuál puede ser la causa subyacente de la condición del paciente.
- Dentro de la evaluación se recomienda tomar en cuenta en caso necesario el estado de conciencia, la evolución durante la jornada o turno y escalas de valoración como son la de riesgo de caídas y de dolor.

Recomendación:

El personal de salud debe sugerir o recomendar los pasos a seguir con el paciente, así como establecer el tiempo para realizar las acciones sugeridas, sobre todo en caso de haberse presentado algún incidente o algún pendiente para la continuidad de la atención (Secretaría de Salud, 2018).

Acción Esencial 2 D

De las prescripciones médicas y de las anotaciones en documentos que forman parte del expediente clínico del paciente, como las indicaciones médicas, o cualquier documento relacionado con la atención del paciente, tanto manuscritos o en medios electrónicos:

- Escribir con letra legible
- Colocar siempre un espacio entre el nombre completo del medicamento con la sustancia activa, la dosis y las unidades de dosificación. Especialmente en

aquellos medicamentos que tengan la terminación "ol" se deberá, mantener un espacio visible entre éste y la dosis, ya que puede prestarse a confusión con números "01".

- Cuando la dosis es un número entero, nunca debe escribirse un punto decimal y un cero a la derecha de dicho punto decimal (ej. Correcto 30, incorrecto 30.0).
- Cuando la dosis es menor a un número entero, siempre se colocará un cero previo al punto decimal, seguido del número de la dosis.
- Cuando la dosis es un número superior a 1,000, siempre debe utilizar "comas" (,) para separar los millares, o utilizar las palabras "Mil" o "1 millón"
- Nunca deben abreviarse las palabras: unidad, microgramos, día, una vez al día, por razón necesaria, unidades, unidades internacionales, intranasal, subcutáneo, más, durante y por (Secretaría de Salud, 2018).

Acción Esencial 2 E

De la notificación de valores críticos de laboratorio, patología y estudios de gabinete:

- Los responsables del laboratorio, patología o gabinete notifican directamente al médico responsable del paciente, los médicos residentes o enfermeras, podrán recibir la información de los valores críticos para informar de manera inmediata al médico responsable.
- En pacientes ambulatorios cada establecimiento debe contar con un procedimiento para comunicar los resultados críticos a los pacientes.

Acción Esencial 2 F

De la referencia y/o contra referencia del paciente.

- Debe elaborarla un médico del establecimiento y contener:
 - a) Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.

- b) Copia del resumen clínico, que contenga motivo del envío, diagnóstico y tratamiento aplicado.
 - c) Datos de identificación del establecimiento que envía y del establecimiento receptor.
 - d) Fecha y hora que fue referido y en la que se recibió el paciente.
 - e) Nombre completo y firma de quien lo envía y de quien lo recibe.
- El establecimiento debe disponer de un directorio de unidades a las que puede enviar a pacientes, que debe contener el tipo de pacientes que recibe, requisitos y nombre del contacto (Secretaría de Salud, 2018).

Acción Esencial 2 G

Del egreso del paciente.

- Debe elaborarlo el médico y contener:
 - a) Datos de identificación del paciente.
 - b) Fecha de ingreso/egreso.
 - c) Motivo del egreso.
 - d) Diagnósticos finales.
 - e) Resumen de la evolución y el estado actual.
 - f) Manejo durante la estancia hospitalaria, incluyendo la medicación relevante administrada durante el proceso de atención.
 - g) Problemas clínicos pendientes.
 - h) Plan de manejo y tratamiento.
 - i) Recomendaciones para la vigilancia ambulatoria.
 - j) Atención de factores de riesgo.
 - k) Pronóstico.

Es importante que cada organización identifique todas las áreas, servicios o situaciones en las que el personal de salud pueda recibir órdenes clínicas, verbales o telefónicas, y/o resultados de laboratorio o gabinete de manera verbal o

telefónica, y asegurar que la acción básica (barrera de seguridad) se realice de manera correcta (escuchar-escribir-leer-confirmar), en el momento oportuno para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso o centinela. Asimismo, cada organización implementará el mecanismo estructurado de comunicación que permita la entrega oportuna y coordinada de la información del paciente durante las transiciones, al utilizar de manera estandarizada y sistémica el siguiente orden para comunicar la información de un paciente: Situación actual, antecedentes que circunscriben la situación actual del paciente, evaluaciones, recomendaciones y actividades pendientes (Secretaría de Salud, 2018).

Acción Esencial 3: Seguridad en el proceso de medicación

Los medicamentos constituyen el recurso terapéutico más utilizado en los países desarrollados. En consecuencia, no es de extrañar que los errores de medicación sean una de las causas más frecuentes de los acontecimientos adversos ligados a la atención médica. En EE.UU. el primer informe del Instituto de Medicina señaló que los errores por medicamentos eran los de mayor prevalencia en hospitales.

Uno de cada cuatro errores de medicación notificados en los Estados Unidos, se debe a confusión en el nombre del medicamento.

Los resultados del proyecto IBEAS mostraron que, en algunos países, uno de cada diez ingresos en el hospital es debido a reacciones adversas a medicamentos y el capítulo México del mismo estudio, refiere que el 8.2% de los eventos adversos detectados estaban relacionados con el uso de medicamentos (Secretaría de Salud, 2018).

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, refiere en su documento titulado "Soluciones para la seguridad del paciente", que todos los medicamentos, productos biológicos, vacunas y medios de contraste tienen un determinado riesgo, pero que las soluciones concentradas de electrolitos son particularmente peligrosas y en la mayoría de las veces no es posible revertir los efectos que causa la inadecuada administración de estos medicamentos.

En este sentido, la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, recomienda como puntos fundamentales una adecuada planificación de la disponibilidad, el acceso, la prescripción, la preparación, la distribución, el etiquetado, la verificación, la administración y el control de los medicamentos, productos biológicos, vacunas y medios de contraste tienen un determinado riesgo, de modo tal que se puedan evitar y eliminar los posibles eventos adversos (secretaría de Salud, 2018).

La gestión de la medicación abarca el sistema y los procesos que emplea una organización para administrar farmacoterapias a sus pacientes, lo que requiere una participación multidisciplinaria y coordinada del personal de una organización de atención médica, para seleccionar, adquirir, almacenar, recetar, transcribir, distribuir, preparar, dispensar, administrar, documentar y controlar las terapias con medicamentos (Estándares para la Acreditación de Hospitales, 2011).

Objetivo general

Fortalecer las acciones relacionadas con el almacenamiento, la prescripción, transcripción, dispensación y administración de medicamentos, para prevenir errores que puedan dañar a los pacientes, derivados del proceso de medicación en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

Acción Esencial 3 A

De la adquisición y almacenamiento de medicamentos de alto riesgo y electrolitos concentrados.

Acción Esencial 3 A 1

De la adquisición de electrolitos concentrados.

- *La adquisición de los electrolitos concentrados debe cumplir con lo estipulado para el etiquetado de los mismos de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y remedios herbolarios.*
 - a) Color azul para bicarbonato de sodio 7.5%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.
 - b) Color verde para sulfato de magnesio 10%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.
 - c) Color amarillo para gluconato de calcio 10%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.
 - d) Color rojo para cloruro de potasio 14.9%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.
 - e) Color naranja para fosfato de potasio 15%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.
 - f) Color blanco para cloruro de sodio 17.7%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml (Secretaria de Salud, 2018).

Acción Esencial 3 A 2

De la alerta visual para medicamentos de alto riesgo.

- Los medicamentos de alto riesgo deberán estar etiquetados con un círculo rojo y resguardado como de alto riesgo.

Acción Esencial 3 A 3

Del almacenamiento general de los medicamentos y electrolitos concentrados.

- Los medicamentos y electrolitos concentrados deben ser almacenados en un lugar seguro y con las condiciones ambientales que el laboratorio farmacéutico indique.
- El personal responsable del almacenamiento de los medicamentos, asegurará el etiquetado y resguardo de los medicamentos de alto riesgo, los cuales deben ser marcados con un círculo color rojo en el almacén de farmacia para ser calificado como medicamento de alto riesgo.
- En los lugares donde se almacenen electrolitos concentrados, se debe colocar en un lugar visible el código de colores que corresponden al etiquetado de los electrolitos concentrados, de acuerdo con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y remedios herbolarios.
 - a) Color azul para bicarbonato de sodio 7.5%. Solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml.
 - b) Color verde para sulfato de magnesio 10%. Solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml.
 - c) Color amarillo para gluconato de calcio 10%. Solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml.
 - d) Color rojo para cloruro de potasio 14.9%. Solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml.
 - e) Color naranja para fosfato de potasio 15%. Solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml.
 - f) Color blanco para cloruro de sodio 17.7%. Solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml. (Secretaría de Salud, 2018).

Acción Esencial 3 B

De la prescripción.

- Los médicos del establecimiento deben escribir la prescripción médica en el expediente del paciente y en la receta médica, con letra clara, legible sin abreviaturas, sin enmendaduras ni tachaduras, de acuerdo a las acciones mencionadas para mejorar la Comunicación Efectiva.
- La receta debe contener:
 - a) Impreso el nombre y domicilio del establecimiento.
 - b) El nombre completo, número de cédula profesional y firma autógrafa de quien prescribe.
 - c) Fecha de elaboración.
 - d) Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.
 - e) Nombre genérico del medicamento.
 - f) Dosis y presentación del medicamento
 - g) Frecuencia y vía de administración.
 - h) Duración del tratamiento.
 - i) Indicaciones completas y claras para su administración.
 - j) No debe tener correcciones que pudieran confundir al personal, paciente o farmacéutico.
 - k) No se deben utilizar abreviaturas en dosis, diagnósticos e indicaciones (Secretaría de Salud, 2018).

Acción Esencial 3 C

De la transcripción.

- El personal de enfermería transcribirá en la hoja de enfermería los medicamentos y las indicaciones médicas sin modificar la prescripción original. En caso de duda debe aclararlas con el médico tratante.

- El personal de enfermería solicitará el medicamento a la farmacia hospitalaria, para los pacientes hospitalizados. Esta solicitud debe ser clara, legible, sin tachaduras ni enmendaduras.

Acción Esencial 3 D

De la dispensación.

- El personal de la farmacia verificará la solicitud de medicamento, antes de entregarlo. En caso de dudas, no debe entregar el medicamento y se pondrá en contacto con el médico que prescribe para realizar la aclaración.
- El personal de farmacia entregará el medicamento, realizando previamente la verificación de los medicamentos prescritos y proporcionará la información completa sobre su manejo a quien lo recibe.

Acción Esencial 3 E

De la recepción y almacenamiento de los medicamentos.

- El medicamento debe rotularse con el nombre completo del paciente y sus datos de identificación.
- Personal de enfermería verificará que los medicamentos correspondan a los prescritos por el personal médico (Secretaría de Salud, 2018).

Acción Esencial 3 F

De la administración.

- Sólo el personal autorizado para ello podrá preparar y administrar los medicamentos.
- No se administrarán medicamentos que carezcan de etiquetas o cuando éstas no sean legibles.

- El personal de salud debe preguntar al paciente la presencia de alergias y verificará los datos en el identificador personal y la ficha de identificación del paciente, antes de la administración de algún medicamento o hemocomponente.
- El personal de salud que administre los medicamentos debe verificar:
 - a) *Paciente correcto*, preguntando al paciente su nombre completo y fecha de nacimiento y verificar que éstos coincidan con los datos señalados en el identificador.
 - b) *Medicamento correcto*, identificando siempre el medicamento al retirarlo de la zona de almacenamiento y verificar el nombre del medicamento con las indicaciones del expediente clínico del paciente y con la hoja de enfermería.
 - c) *Dosis correcta*, comprobar en los registros del expediente y en la hoja de enfermería la dosis prescrita.
 - d) *Vía correcta*, confirmar la vía de administración del medicamento indicada en la etiqueta, expediente clínico y la hoja de enfermería.
 - e) *Horario correcto*, confirmar en el expediente clínico y en la hoja de enfermería los intervalos indicados para la administración del medicamento.
 - f) *Registro correcto* de los medicamentos, inmediatamente después de su administración, se deben registrar en el expediente clínico y en la hoja de enfermería el nombre del fármaco, fecha, hora de administración, dosis, vía de administración y nombre de quien la administró.
- Los medicamentos que el paciente trae desde su casa, deben ser resguardados por el personal de enfermería y, en su caso, solicitar indicaciones del médico para aplicarlos.
- Los medicamentos que por indicación médica se suspende su administración, deben ser entregados a la farmacia.
- Las solicitudes de Nutrición Parenteral Total (NPT), deben contar por lo menos con los siguientes datos:
 - a) Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.

- b) Peso del paciente.
 - c) Número de expediente.
 - d) Servicio que solicita.
 - e) Fecha y hora de solicitud.
 - f) Componentes de la mezcla.
 - g) Glucosa kilo minuto.
 - h) Concentración de la mezcla.
 - i) Calorías Totales.
 - j) Kilocalorías.
 - k) Nombre del médico solicitante.
 - l) Cédula profesional de quien la solicita.
- En caso de que se omita administrar un medicamento, debe registrarse en el expediente clínico y en la hoja de enfermería, señalando claramente las causas por las que no se administró (Secretaría de Salud, 2018).

Acción Esencial 3 G

De los medicamentos con aspecto o nombre parecido (LASA).

- Se deberán colocar alertas visuales al momento de prescribirlos y/o transcribirlos que hagan evidente la diferencia entre estos medicamentos, por ejemplo: colocar en mayúscula las letras diferentes: DIGOxina DORIxina.
- Las barreras de seguridad deberán implementarse en todo el proceso de medicación, haciendo énfasis en los subprocesos de prescripción y almacenamiento.

Asimismo, es importante que la organización coloque alertas visuales en el proceso de almacenamiento y prescripción de los medicamentos LASA, dando prioridad al proceso de prescripción con barreras de seguridad.

Acción Esencial 3 H

De la doble verificación durante la preparación y administración de al menos: electrolitos concentrados, insulinas, anticoagulantes vía parenteral, citotóxicos y radiofármacos.

- La doble verificación se realiza durante:
 - a) El proceso de preparación de al menos: los electrolitos concentrados, insulinas, anticoagulantes vía parenteral, citotóxicos y radiofármacos.
 - b) El proceso de administración de al menos: los electrolitos concentrados, insulinas, anticoagulantes vía parenteral, citotóxicos y radiofármacos.

Es importante que cada organización implemente ambas barreras con el propósito de disminuir la probabilidad de que ocurran errores de medicación, como barrera de seguridad, la doble verificación, debe realizarse con dos personas con las competencias idóneas para hacerlo durante la preparación y administración de medicamentos de alto riesgo (Secretaría de Salud, 2018).

Acción Esencial 3 I

De la notificación inmediata de los eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas relacionados con la medicación.

- Cuando se presente un evento adverso por medicamentos o hemocomponentes debe darse prioridad a la estabilización del paciente y a la notificación de forma inmediata al médico tratante.
- Realizar análisis causa raíz de todos los eventos centinela relacionados con la administración de medicamentos y hemocomponentes.

Acción Esencial 4: Seguridad en los procedimientos

La Alianza Mundial para la Seguridad de la Cirugía refiere que el propósito de la cirugía es salvar vidas, pero la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables, algunos datos que refieren la magnitud del problema refieren que hasta 25% de los pacientes quirúrgicos hospitalizados sufren complicaciones postoperatorias; que la tasa bruta de mortalidad registrada tras la cirugía mayor es del 0.5 al 5.0%; que en los países industrializados, casi la mitad de los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con la atención quirúrgica; y que el daño ocasionado por la cirugía se considera evitable al menos en la mitad de los casos.

Asimismo, la Alianza Mundial para la Seguridad de la Cirugía, refiere que al menos siete millones de pacientes se ven afectados por complicaciones quirúrgicas cada año, de los que aproximadamente un millón fallecen durante la cirugía o inmediatamente después (OMS, 2008).

En México durante 2009, la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud, realizó el estudio de prevalencia de eventos adversos "Evaluación de Seguridad Quirúrgica", entre los principales resultados encontrados fueron que uno de cada veinticinco pacientes que fue intervenido quirúrgicamente en las instituciones públicas del país, presentó un evento adverso; el 58.0% requirió de pruebas diagnósticas adicionales y en el 80% fue necesario indicar un nuevo tratamiento; el 56.6% fueron considerados como eventos graves, es decir, fue necesario realizar otra intervención quirúrgica nuevamente, o provocó incapacidad, o la muerte del paciente.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, publicó en 2008, la "Lista de Verificación para las Intervenciones Quirúrgicas" (LVSC), con el

propósito de apoyar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de muertes debidas a errores quirúrgicos. La Alianza, con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, expertos en seguridad del paciente y pacientes de todo el mundo, identificó una serie de controles de seguridad que aplican en cualquier quirófano. Con la Lista de Verificación para las Intervenciones Quirúrgicas, se refuerzan las prácticas de seguridad ya aceptadas y se fomenta la comunicación y el trabajo en equipo entre las distintas disciplinas clínicas (Secretaría de Salud, 2018).

En 2012, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), realizó los ajustes a la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía (LVSC), publicada por la OMS, y en ese mismo año fue publicada en la página electrónica de la DGCES. En 2015 se revisó y publicó la LVSC actualizada.

Objetivo general

Reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas internacionalmente y reducir los eventos adversos para evitar la presencia de eventos centinela derivados de la práctica quirúrgica y procedimientos de alto riesgo fuera del quirófano por medio de la aplicación del Protocolo Universal en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

Acción Esencial 4 A

Acciones para mejorar la seguridad en los procedimientos dentro del quirófano.

Acción Esencial 4 A 1

Del marcado del sitio quirúrgico.

- El marcado debe realizarse sobre la piel del paciente y de manera que permanezca después de la asepsia y antisepsia.
- Previo al ingreso a la sala de cirugía, el cirujano responsable de la atención debe marcar el sitio quirúrgico, cuando la cirugía se realice en órganos bilaterales o estructuras que contengan niveles múltiples.
- El marcaje se realizará en presencia de un familiar en el caso de que el paciente no se encuentre consciente, sea menor de edad o que tenga alguna discapacidad.
- Se debe utilizar una señal tipo diana y fuera del círculo mayor las iniciales del cirujano. (en cirugía oftalmológica el marcado se realizará con un punto arriba de la ceja del lado correspondiente).
- Estará permitido realizar el marcaje documental cuando el procedimiento sea en mucosas o sitios anatómicos difíciles, en procedimientos dentales, recién nacidos prematuros o cuando el paciente no acepte que se marque la piel.
- Se puede omitir en situaciones de urgencias y en lesiones visibles, como las fracturas expuestas o tumoraciones evidentes (Secretaría de Salud, 2018).

Acción Esencial 4 A 2

De la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía (LVSC).

- Se nombrará a un integrante del equipo quirúrgico como el coordinador para su llenado, se recomienda que sea el circulante.
- Se aplicará en todos los pacientes a los que se realicen cualquier procedimiento quirúrgico dentro o fuera de la sala de operaciones, así como en los procedimientos invasivos y de alto riesgo que el establecimiento defina.
- Cada establecimiento podrá incluir la verificación de cualquier otra variable que ponga en riesgo la seguridad del paciente durante el procedimiento, siempre y cuando al menos se verifique lo establecido en cada una de las fases.

Se deben seguir las siguientes fases de la LVSC:

FASE 1. Entrada

Antes de la inducción de la anestesia.

El anestesiólogo, el cirujano y el personal de enfermería:

- Confirman verbalmente con el paciente (si es posible), su identidad preguntando nombre completo y fecha de nacimiento, el sitio quirúrgico, el procedimiento quirúrgico y su consentimiento.

El anestesiólogo debe:

- Confirmar con el cirujano el marcaje del sitio quirúrgico.
- Realizar el control de la seguridad de la anestesia al revisar: medicamentos, funcionalidad y condiciones óptimas del equipo, así como el riesgo anestésico del paciente.
- Colocar y comprobar que funcione el oxímetro de pulso correctamente.
- Confirmar si el paciente tiene alergias conocidas, vía aérea difícil y riesgo de aspiración. En el caso de que sí exista este riesgo, debe verificar que cuente con el material, equipo y ayuda disponibles.
- Conocer el riesgo de hemorragias: en adulto mayor a 500 ml y en niños mayores a 7 ml/kg.
- Prever la disponibilidad de soluciones parenterales y dos vías centrales.
- Identificar la necesidad de hemoderivados y, en su caso, verificar que se haya realizado el cruce de sangre previamente.

El cirujano debe:

- Confirmar la realización de asepsia en el sitio quirúrgico.
- Disponibilidad de todos los documentos, imágenes y estudios relevantes, y que estén debidamente identificados.
- Disponibilidad de los productos sanguíneos necesarios.
- Funcionamiento adecuado de implantes, dispositivos y/o equipo especial necesarios (Secretaría de Salud, 2018).

FASE 2. Pausa quirúrgica

Antes de la incisión:

El cirujano debe:

- Confirmar que cada uno de los miembros del equipo quirúrgico se hayan presentado por su nombre y función (sin omisiones). Los miembros del equipo quirúrgico pueden ser cirujano, anestesiólogo, ayudante de cirujano, circulante y cualquier otro tipo de personal que participe en el procedimiento quirúrgico.
- Confirmar de manera verbal con el anestesiólogo y el personal de enfermería (instrumentista y circulante) la identidad del paciente, el procedimiento que se va a realizar, el sitio quirúrgico (en caso de órgano bilateral, marcaje derecho o izquierdo, en caso de estructura múltiple el nivel a operar) y la posición del paciente.
- Verificar que se cuenta con los estudios de imagen que se requieren.
- Participar en la prevención de eventos críticos informando los pasos críticos o no sistematizados, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista.

Enfermería debe:

- Participar en la prevención de eventos críticos, informando la fecha y método de esterilización del equipo e instrumental.
- Informar si hubo algún problema con el instrumental, equipos y material, así como con el conteo del mismo.

El anestesiólogo debe:

- Verificar que se haya aplicado la profilaxis antibiótica conforme a las indicaciones médicas, si procede.
- Participar en la prevención de eventos críticos informando la existencia o riesgo de enfermedad en el paciente que pueda complicar la cirugía.

FASE 3. Salida

Antes de que el paciente salga del quirófano:

El cirujano debe:

- En presencia del anestesiólogo y el personal de enfermería, confirmar que se ha aplicado la LVSC.
- Debe confirmar verbalmente:
 - a) El nombre del procedimiento realizado.
 - b) El recuento completo del instrumental, gasas y agujas.
 - c) El etiquetado de las muestras (nombre completo del paciente y fecha de nacimiento, fecha de la cirugía y descripción general de la muestra).
 - d) Si hay problemas que resolver, relacionados con el instrumental y los equipos que deben ser notificados y resueltos.
 - e) Reportar si ocurrieron eventos adversos. En caso afirmativo registrarlos.

El cirujano, anestesiólogo y personal de enfermería deben:

- Comentar al circulante los principales aspectos de la recuperación postoperatoria, el plan de tratamiento y los riesgos del paciente.

Todos los integrantes del equipo quirúrgico deben anotar su nombre y firmar la LVSC, en la parte que les corresponde.

La LVSC debidamente llenada y firmada por todos los integrantes del equipo quirúrgico, debe integrarse al expediente clínico del paciente (Secretaría de Salud, 2018).

Acción Esencial 4 B

Del Tiempo Fuera para procedimientos fuera de quirófano.

La realización del Tiempo Fuera, con el propósito de llevar a cabo el procedimiento/tratamiento correcto, con el paciente correcto y en el sitio correcto o cualquier otra variable que ponga en riesgo la seguridad del paciente, debe realizarse justo antes de iniciar, al menos, los siguientes procedimientos:

- Transfusión de sangre y hemocomponentes (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: paciente, procedimientos, acceso vascular, grupo y Rh y hemocomponente correcto).
- Radioterapia (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: paciente, procedimiento, sitio y dosis correcta).
- Terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables, procedimientos, paciente, prescripción dialítica, filtro correcto (si se tienen contemplado y autorizado el re-uso) evaluación del sangrado activo y valoración del acceso vascular).
- Toma de biopsia.
- Procedimientos odontológicos.
- Colocación/retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intrauterinos, catéteres para hemodiálisis, entre otros).
- Estudios de gabinete que requieren medios de contraste.
- Terapia Electroconvulsiva.
- Colocación y manejo de accesos vasculares.

El médico responsable de la atención debe:

- Confirmar que es el paciente correcto, procedimiento correcto, sitio quirúrgico correcto, en caso de órgano bilateral, marcaje derecho o izquierdo, según corresponda, en caso de estructura múltiple especificar el nivel a operar y la posición correcta del paciente.
- Verificar que se cuenta con los estudios de imagen que se requieren.
- Prever eventos críticos, verificando la fecha y método de esterilización del equipo e instrumental.

- Promover que el paciente y/o cuidador reciban información completa y fácilmente comprensible sobre su proceso asistencial y los riesgos que conlleva (Secretaría de Salud, 2018).

Acción Esencial 5: Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).

Las Infecciones Asociadas con la Atención de la Salud (IAAS), han sido reconocidas por más de un siglo como un problema crítico que afecta la calidad del cuidado de la salud de los pacientes atendidos en los hospitales, asimismo, los resultados de diversos estudios, han demostrado que aproximadamente hasta una tercera parte de las IAAS pueden ser evitadas.

Una proporción significativa de estas infecciones, se deben a la contaminación y transmisión de microorganismos a través de las manos de los trabajadores de la salud, convirtiéndola en la principal ruta de propagación. Pero a pesar de su beneficio, a lo largo del tiempo, la higiene de manos se ha encontrado con diferentes limitaciones para su cumplimiento, empezando por el escepticismo, de algunos grupos de profesiones de la salud, la falta de conocimiento y capacitación, la falta de tiempo, la carga de trabajo, la disponibilidad de insumos e infraestructura inadecuada, la difusión deficiente en los establecimientos de atención médica, la falta de integración y de participación en los diferentes niveles, como el personal de salud, los responsables de los establecimientos o bien los responsables de las diferentes instituciones (Secretaría de Salud, 2018).

La OMS en 2005 lanzó el primer reto mundial "Una atención limpia es una atención más segura", encaminado a que todos los profesionales de la salud realicen la higiene de manos como parte de los procesos de atención a la salud,

constituyéndolo como una medida primordial para disminuir las infecciones asociadas a ellos.

En 2008 México se une a este reto, mediante la Campaña Sectorial "Está en tus manos", tomando en cuenta los lineamientos propuestos por la OMS, que consisten en difundir las técnicas de higiene de manos, como son: lavado con agua y jabón, y la desinfección de manos con soluciones alcoholadas (u otro antiséptico) en los 5 momentos esenciales de los procesos de atención a la salud (Secretaría de Salud, 2018)

Objetivo general

Coadyuvar a reducir las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), a través de la implementación de un programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención.

Acción Esencial 5 A

De las acciones generales de la organización para reducir el riesgo de adquirir Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).

Las áreas responsables de la capacitación del personal y las acciones de educación a la comunidad deben:

- Implementar programas de capacitación continua para todo el personal del establecimiento, estudiantes, pacientes, familiares y visitantes, en temas de prevención de IAAS y uso racional de antimicrobianos.

El Área Administrativa del establecimiento debe:

- Asegurar el abasto y mantenimiento del material y equipo necesario para la higiene de manos.
- Asegurar la calidad del agua.

El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente debe:

- Coadyuvar a la prevención y reducción de la morbilidad y mortalidad causada por las IAAS con la implantación de un modelo de gestión de riesgos y las acciones de seguridad del paciente.
- Conocer las acciones y propuestas de mejora planteadas por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) y el Comité para la Detección y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud (CODECIN), fomentando el trabajo en equipo.

El CODECIN:

- Es el órgano consultor técnico del hospital en los aspectos relacionados con la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las IAAS, así como de la evaluación de la información que presente el Comité de Vigilancia y Control del Uso de Antimicrobianos.
- Debe llevar a cabo las funciones señaladas en la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) debe:

- Observar y analizar la ocurrencia y distribución de las IAAS así como los factores de riesgo asociados a éstas.
- Analizar la información resultado de la Cédula Única de Gestión, para que durante las sesiones del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente y el Comité para la Detección y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud (CODECIN), con el personal de la UVEH y los jefes de servicio, identifiquen áreas de oportunidad y se tomen decisiones con el propósito de estandarizar los procesos relacionados con las IAAS y el uso racional de antimicrobianos.
- Realizar mensualmente el informe del análisis que describa el comportamiento de las IAAS, que será expuesto ante el CODECIN.

Es importante que cada organización implemente un programa integral de higiene de manos, en donde la acción prioritaria es la higiene de manos por el personal clínico con la técnica establecida por la OMS y en los cinco momentos (Secretaría de Salud, 2018).

Acción Esencial 5 B

Del programa integral de Higiene de Manos.

El personal de salud deberá:

- Realizar la higiene de las manos durante los 5 momentos propuestos por la OMS y de acuerdo a las técnicas establecidas:
 - a) Antes de tocar al paciente.
 - b) Antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
 - c) Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
 - d) Después de tocar al paciente.
 - e) Después del contacto con el entorno del paciente.
- Mantener las uñas cortas y limpias.
- Evitar utilizar anillos o pulseras, durante la jornada laboral.
- Evitar la higiene de manos con agua y jabón inmediatamente antes o después de frotar las manos con una solución de base alcohólica.
- Realizar la higiene de manos con agua y jabón simple, con la técnica establecida por la OMS o frotarlas con una preparación alcoholada antes de manipular medicamentos o preparar alimentos.
- Realizar la higiene de manos antes de utilizar guantes, preferentemente con una solución de base alcohol. Cuando las manos se encuentren visiblemente sucias, realizar la higiene de manos con agua y jabón.
- En caso de utilizar solución de base alcohol, esperar que esta se haya secado completamente antes de colocarse los guantes.

- Utilizar siempre guantes cuando exista contacto con sangre u otro material potencialmente infeccioso, membranas mucosas o piel no intacta.
- Usar obligadamente guantes, en el caso del personal de salud con lesiones cutáneas.
- Utilizar guantes para manipular objetos, materiales o superficies contaminadas con sangre o fluidos biológicos, así como para realizar cualquier procedimiento invasivo.
- Cambiar a un par nuevo de guantes cuando en un mismo paciente, pasa de una zona del cuerpo contaminada a una zona limpia; o al realizar diferentes procedimientos clínicos, diagnósticos y/o terapéuticos.
- Nunca utilizar el mismo par de guantes para el cuidado de más de un paciente.
- Evitar la higiene de manos con los guantes puestos.

En todos los establecimientos se debe designar a una persona que se encargue de:

- Coordinar las acciones de higiene de manos.
- Difundir material alusivo a la higiene de las manos en las diferentes áreas del establecimiento, dicho material debe ser visible a personal, pacientes y familiares.
- Realizar supervisiones periódicas para verificar la adherencia del personal de salud a las prácticas recomendadas de higiene de las manos.
- Realizar autoevaluaciones de programa de higiene de manos por lo menos una vez al año.
- Informar los resultados del apego a las acciones de higiene de manos, tanto al personal del establecimiento y a los directivos.
- Aplicar la Cédula Única de Gestión de acuerdo al Manual del Programa para la Prevención y Reducción de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (PPRIAAS).

- Analizar la información resultado de la Cédula Única de Gestión, para que durante las sesiones del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) y el CODECIN, con el personal de la UVEH y los jefes de servicio, identifiquen áreas de oportunidad y se tomen decisiones con el propósito de estandarizar los procesos relacionados con las IAAS y el uso racional de antimicrobianos.
- Verificar el abasto y mantenimiento del material y equipo necesario para la higiene de manos.
- Verificar la calidad del agua (Secretaría de Salud, 2018).

Acción Esencial 6: Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Existe suficiente evidencia científica nacional e internacional para considerar las caídas de los pacientes como un severo problema de seguridad, que requiere de herramientas y acciones específicas que permitan valorar el riesgo de caídas y la adopción de medidas de carácter preventivo (Secretaría de Salud, 2010).

En el año del 2008 al realizar el análisis del grado de cumplimiento de los criterios de calidad establecidos en el indicador de caídas del Sistema de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), se detectó que sólo se cumplía 50%, concluyendo que en las unidades hospitalarias del Sector Salud no se contaba con una herramienta técnica que permitiera su adecuada identificación (Almazán y Jiménez, 2013).

La Comisión Permanente de Enfermería, en colaboración con representantes de diversas instituciones del Sistema Nacional de Salud, coordinó

los trabajos para el desarrollo de una herramienta técnica que definiera una escala para valorar el grado de riesgo de caída del paciente hospitalizado (PND 2013-2018).

La escala de valoración del grado de riesgos de caídas en el paciente hospitalizado se elaboró tomando en consideración la experiencia del Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez y fue validada a través de su aplicación en otros establecimientos de salud, mostrando un alto grado de confiabilidad y equivalencia con otras escalas internacionales para la prevención de caídas. Dicha escala está basada en los siguientes criterios:

- I. Limitación física
- II. Estado mental alterado.
- III. Tratamiento farmacológico que implique riesgo.
- IV. Problemas de idioma o socioculturales.
- V. Pacientes sin factores de riesgo evidentes.

Es recomendable que el personal de salud tome en cuenta las siguientes acciones para reducir el riesgo de daño al paciente hospitalizado por causas de caídas, de acuerdo a los factores de riesgo en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud.

Objetivo general

Prevenir el daño al paciente asociado a las caídas en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud mediante la evaluación y reducción del riesgo de caídas.

Acciones para reducir el riesgo de daño al paciente por causas de caídas.

Acción Esencial 6 A

De la evaluación y re-evaluación del riesgo de caídas.

El personal de salud:

- Debe evaluar el riesgo de caídas del paciente, utilizando el instrumento o herramienta establecida previamente en la Institución.
- La evaluación del riesgo de caídas debe realizarse en todos los pacientes que se encuentren en servicios ambulatorios, servicio de urgencias, así como en aquellos pacientes que ingresen a hospitalización.
- Debe reevaluar el riesgo de caída del paciente en:
 - a) Cada cambio de turno.
 - b) Cambio de área o servicio.
 - c) Cambio en el estado de salud.
 - d) Cambio o modificación del tratamiento.
 - e) Informar a pacientes y familiares sobre el riesgo de caída y las medidas de seguridad que se aplican para prevenirla, entre ellas, solicitar la ayuda del personal para la movilización del paciente (Secretaría de Salud, 2018).

Acción Esencial 6 B

De las acciones de seguridad para prevención de caídas.

Acción Esencial 6 B 1

De las acciones generales para la prevención de caídas.

Debe realizar las siguientes acciones de seguridad para la prevención de caídas en todos los pacientes:

- En caso de que el paciente se encuentre en cama o camilla, levantar siempre los barandales.

- Verificar el funcionamiento de los barandales de las camas, camillas y de los descansabrazos de las sillas de ruedas.
- Trasladar al paciente en camilla con barandales en posición elevada o en sillas de ruedas, ambos con frenos funcionales.
- Realizar la sujeción del paciente en caso de ser necesario y de acuerdo al protocolo establecido en la Institución.
- Colocar interruptor de timbre y de la luz al alcance del paciente.
- Mantener alguna iluminación nocturna dentro de la habitación del paciente.
- Colocar banco de altura para uso inmediato cerca de la cama del paciente.
- Verificar que el paciente use sandalias con suela antiderrapante.
- Colocar en la regadera una silla de baño para el paciente.
- Acercar al paciente los aditamentos de ayuda como bastones, andadera, silla de ruedas y lentes, entre otros.
- Evitar realizar cambios bruscos de postura y/o incorporar al paciente de forma rápida sobre todo si ha permanecido mucho tiempo en cama.
- Explicar al paciente y familiar o acompañante, el proceso de incorporación desde la posición en decúbito (Secretaría de Salud, 2018).

Acción Esencial 6 B 2

De las acciones para la prevención de caídas en pacientes con agitación psicomotora y/o alteraciones psiquiátricas.

- En pacientes con agitación psicomotora y/o alteraciones psiquiátricas, deben elevar los barandales y siempre debe permanecer un familiar con ellos.
- Debe reportar inmediatamente las fallas, descomposturas o falta de equipo que se encuentre relacionado con la seguridad del paciente.
- En caso de que el paciente sufra una caída, se debe registrar y notificar inmediatamente, siguiendo el protocolo institucional para reporte de eventos adversos.

- Informar al familiar que para movilizar al paciente requiere la ayuda de un miembro del equipo de salud o de otro familiar.

Acción Esencial 6 B 3

De las acciones para la prevención de caídas en pacientes pediátricos.

En pacientes pediátricos debe:

- Informar a familiares que el menor debe permanecer en su cama o cuna siempre, con los barandales en posición elevada y los frenos colocados.
- Informar a los familiares que no se separen de su paciente y, en su caso, si requieren separarse deben avisar al personal de enfermería.
- En su caso, el menor debe ir siempre acompañado al baño.
- Mantener las puertas abiertas de la habitación, sin cortinas que impidan su vigilancia.
- Durante la noche, mantener la habitación preferentemente iluminada.
- Reevaluar el riesgo de caída cada día.
- Cuando sea necesario trasladar al menor fuera de la cuna, debe permanecer en compañía de personal de salud o un familiar.
- Solicitar el retiro de la habitación de equipo o mobiliario que no esté en uso (Secretaría de Salud, 2018).

Acción Esencial 6 C

De las acciones de la organización.

En el establecimiento se designará a una persona para que verifique los siguientes factores del entorno arquitectónico y que están asociados a riesgo de caídas de pacientes hospitalizados:

- Las áreas de baños y regaderas deben contar con barras de sujeción.
- Las áreas de regaderas deben contar con piso y tapetes antiderrapantes.

- Deben existir señalamientos sobre rutas de evacuación, presencia de escaleras y rampas o desniveles en el suelo, etc.
- Evitar escalones a la entrada o salida del baño.
- Las escaleras o rampas deben contar con material antiderrapante y barandales.
- Las escaleras deben tener los escalones a la misma altura.
- Las áreas de tránsito deben estar libres de obstáculos que dificulten o impidan la circulación del personal y pacientes, tanto caminando como en silla de ruedas y camillas.
- El mobiliario como el buró, banco de altura, sillón, camillas, sillas de ruedas, entre otros, y los cables en general deben colocarse en el lugar asignados para éstos.
- Los dispositivos específicos para la deambulaci3n, como bastones, muletas y andaderas deben contar siempre con las gomas en los puntos de apoyo.
- Todas las áreas de atenci3n al paciente y la central de enfermeras deben contar con adecuada iluminaci3n.

Del personal de limpieza:

- Debe mantener los pisos secos y colocar se1alizaciones cuando el suelo est3 mojado.

Es importante que cada organizaci3n implemente la evaluaci3n y reevaluaci3n del riesgo de caídas acorde a criterios específcos y funcionales para cada establecimiento en funci3n de las características de sus pacientes con el fin de implementar las medidas necesarias para reducir el riesgo de caídas (Secretaría de Salud, 2018).

Acción Esencial 7: Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas

La OMS, refiere que, para emprender iniciativas de seguridad adecuadamente orientadas, es fundamental comprender los problemas y los factores que contribuyen a crearlos. En la 59ª Asamblea Mundial de la Salud, la OMS exhorto a los Estados Miembros para que establecieran y perfeccionaran los sistemas de notificación y aprendizaje sobre la seguridad del paciente.

En 2013, la Organización Panamericana de la Salud refirió que aún no se disponía de información contrastada para definir cómo debe implantarse un sistema de reporte, pero refiere algunas recomendaciones básicas, que los sistemas de notificación o reporte deben favorecer el aprendizaje de la propia experiencia y tener como objetivo mejorar los resultados en materia de seguridad del paciente. Asimismo, plantea que los sistemas de notificación implantados en la Región, han sido útiles para establecer barreras a la ocurrencia de eventos adversos (OPS, 2013).

La Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente (CISP), coloca a la notificación del evento como el principal medio por el que se identifican los eventos adversos, con el propósito de mejorar la atención otorgada a un paciente; identificar y corregir las fallas de los sistemas; prevenir la repetición de eventos; ayudar a crear una base de datos orientada a la gestión de riesgos y la mejora de la calidad; y contribuir a ofrecer un entorno seguro para la atención de los pacientes (Secretaría de Salud, 2018).

Objetivo general

Generar información sobre cuasi fallas, eventos adversos y centinelas, mediante una herramienta de registro que permita el análisis y favorezca la toma de decisiones para que a nivel local se prevenga su ocurrencia; y a nivel nacional permita emitir alertas para evitar que acontezcan eventos centinela en los establecimientos de atención médica, debe ser una prioridad del Sistema Nacional de Salud.

Recomendaciones

- Los hospitales utilizarán el Sistema de Registro de Eventos Adversos que la DGCES elaboró para tal efecto, el cual se encuentra disponible en la página electrónica de la DGCES.
- El registro de eventos adversos se hará de acuerdo al "Proceso Operativo del Sistema de Registro de Eventos Adversos" establecido por la DGCES.
- El registro de eventos adversos se debe realizar inmediatamente cuando ocurra el evento adverso o tan pronto cuando sean identificados.
- Es un registro anónimo.
- La participación del hospital en el registro de eventos adversos, debe ser aprobada por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente o equivalentes.
- En todos los eventos centinelas se debe realizar el análisis causa-raíz.
- Los resultados del registro de eventos adversos se presentarán en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente o equivalentes, con el fin de establecer las acciones de mejora.
- Los resultados del análisis de los eventos adversos se presentarán al cuerpo directivo y al personal del hospital en una de sus sesiones generales.
- Reportar el servicio de inmunizaciones durante las primeras 24 horas los Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunizaciones.

Al menos deberán registrarse, reportarse y analizarse lo siguiente:

- Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.
- Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.
- Riesgo potencial o inminente de que ocurran los incisos a y/o b.
- Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado.
- Muerte materna.
- Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemocomponentes o trasplante de órganos o tejidos.
- Suicidio.
- Violación, maltrato u homicidio de cualquier paciente.
- Entrega de menor de edad equivocado a familiar o representante legal.
- Entrega de cadáver equivocado a familiar o representante legal.
- Evento Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunización (aplicación de biológico).

Es importante que cada organización implemente el sistema de notificación y análisis de eventos adversos, centinela y cuasi fallas, que además se alinee con las actividades de evaluación de riesgos de la organización y que juntos formen la base del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, con el objetivo de desarrollar una cultura de calidad y seguridad que permita a las organizaciones aprender de sus errores e implementar mejoras para prevenir su ocurrencia (Secretaría de Salud, 2018)

Acción Esencial 8: Cultura de seguridad del paciente

La Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad (AHRQ) de Estados Unidos, refiere que la cultura de seguridad de una organización es el producto de los valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso y el tipo de gestión de una organización de salud y la seguridad de la organización.

En el informe publicado en 2003 por el *National Quality Forum* de Estados Unidos, dentro del "Conjunto de Prácticas Seguras para Mejorar la Atención a la Salud", se refiere como punto de partida la creación y sostenimiento de la cultura de seguridad en la atención, con elementos que incluyen liderazgo, medición de la cultura, trabajo en equipo y sistematización en la identificación y mitigación de los riesgos asociados a la atención (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

La Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente, refiere que las organizaciones con culturas de la seguridad eficaces, reconocen que las actividades de su organización son de alto riesgo y propensas a los errores, propician un entorno que no culpabilice y en el que los individuos puedan notificar errores o cuasi incidentes sin ser castigados, así como la expectativa de colaboración entre diversos profesionales para buscar soluciones a las vulnerabilidades, y la voluntad por parte de la organización para asignar recursos a la corrección de los problemas de seguridad (OMS, 2009).

La AHRQ reconoció la necesidad de una herramienta de medición para evaluar la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones de atención de la salud, por lo que en 2004 desarrolló una encuesta hospitalaria centrada en la cultura de seguridad del paciente, para medir las actitudes y comportamientos

relacionados con la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, así como para analizar los factores sociodemográficos y laborales relacionados con una actitud y un comportamiento favorable para la seguridad del usuario.

En 2008, el Sistema Nacional de Salud Español, adaptó al contexto español la encuesta original de la AHRQ; en México durante 2009, la CONAMED realizó la adaptación del cuestionario denominado *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, realizado por la AHRQ y en 2011 la DGCES, realizó una nueva adaptación para medir las 12 dimensiones que integran el cuestionario, que se aplicó durante 2013 y 2015, en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud, actualmente se cuenta con una plataforma informática para registrar este proceso (Secretaría de Salud, 2018).

Objetivo general

Medir la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, con el propósito de favorecer la toma de decisiones para establecer acciones de mejora continua del clima de seguridad en los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Acciones para medir la cultura de seguridad del paciente.

- Realizar anualmente, la medición de la cultura de seguridad del paciente, utilizando el cuestionario que la DGCES adaptó a partir del desarrollado por la AHRQ.
- La medición de la cultura de seguridad del paciente se realiza en la plataforma informática que la DGCES elaboró para este fin.
- Es una medición anónima.
- Participan en la medición el personal médico y de enfermería de todos los turnos del hospital y que están en contacto directo con el paciente.

- La participación del hospital en la medición de la cultura de seguridad del paciente, debe ser aprobada por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente o equivalentes.
- El proceso de medición se hará de acuerdo al "Proceso Operativo para la Medición de la Cultura de Seguridad del Paciente" establecido por la DGCES.
- Los resultados de la medición deben utilizarse para establecer las acciones de mejora para las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente con mayor número de resultados negativos.
- Los resultados del análisis de la cultura de seguridad del paciente se presentarán al cuerpo directivo y al personal del hospital en una de sesión general para identificar de manera conjunta áreas de oportunidad para la mejora.

El análisis de la información, resultado de la implementación de estas ocho acciones, servirá a las organizaciones como base y retroalimentación para la toma de decisiones, así como dirigir los esfuerzos y recursos para mejorar la prestación de servicios y la percepción de la cultura de seguridad del paciente impactando en la atención de su población. Finalmente, también será la fuente de la identificación de riesgos y problemas para la posterior evaluación integral que permita poner en marcha las acciones necesarias de mejora para prevenir los eventos adversos y con ello el daño a los pacientes. Todo ello dentro del Modelo de Gestión de Calidad mismo que dentro de los cinco resultados de valor que persigue se encuentra precisamente contar con organizaciones confiables seguras (Secretaría de Salud, 2018).

De esta manera, con la publicación de estas Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente (AESP) no sólo se cumple con la misión del Consejo de Salubridad General de fortalecer la rectoría y la articulación del Sistema Nacional de Salud, sino que, además se demuestra un alto compromiso desarrollando en

cada organización una cultura donde la máxima hipocrática de “**primero no dañar**” sea una prioridad.

Estudios relacionados.

Cultura de la seguridad del paciente en hospitales de los servicios de salud del estado de Colima, 2018. Introducción. La medición de la Cultura de la Seguridad del Paciente debe realizarse anualmente en los Hospitales para conocer su nivel e identificar las dimensiones con los resultados más negativos, para que a partir de ellos las Unidades estén en condiciones de proponer e implementar acciones de mejora. Método. Encuesta prospectiva aplicada a 167 integrantes del personal médico y de enfermería de los hospitales dependientes de los Servicios de Salud del Estado de Colima utilizando una versión on-line del Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales modificado de la AHRQ. El análisis se hizo mediante el programa computacional SPSS 22.0.0.0. Se aplicó estadística descriptiva. Resultados. El promedio general del puntaje obtenido en el cuestionario fue de 136.6 ± 23.3 (media \pm desviación estándar) lo que en términos porcentuales representan el 64.8% del máximo alcanzable. El promedio general del puntaje asignado a la estimación del grado de seguridad del paciente en su hospital, en escala de cero a diez, fue de $7.1 \pm 2,1$ (media \pm desviación estándar). Las dimensiones que alcanzaron las más bajas puntuaciones, fueron: Respuesta no punitiva a los errores (51.2%); Personal: dotación, suficiencia y gestión (52.8%); Percepción general de la seguridad del paciente (61.4%); Problemas en cambios de turno y transiciones entre departamentos/servicios (62.0%); Apoyo de la dirección del hospital para la seguridad del paciente y Frecuencia de eventos adversos reportados, ambos con 63.3%. Conclusiones. El nivel de cultura de seguridad del paciente es bajo, como también es baja la percepción del grado de seguridad del paciente en la

institución, por lo que resulta evidente la necesidad de realizar acciones tendientes a su mejora. La cultura de seguridad del paciente podría ser el eje que permita articular los componentes del Programa de Calidad en la Atención Médica (Torres, 2018).

Conocimiento e implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica del sureste de México. Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento e implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica. Material y método: Estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, en el periodo comprendido de abril 2014-diciembre 2015. La muestra de 78 profesionales de salud del equipo quirúrgico del Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón” de los diversos turnos laborales, los instrumentos de recolección de datos fueron 1) Cuestionario de conocimiento de seguridad del paciente quirúrgico y 2) Cuestionario de cumplimiento de seguridad quirúrgica. Resultados: El nivel de conocimiento del equipo quirúrgico acerca de la seguridad fue bueno en 77% de los participantes, En la evaluación del cumplimiento se sumaron las puntuaciones del total de ítems del instrumento y se dividieron entre el total de las medidas para estimar las medias. Se encontró un promedio de 85.6% en la fase 1 antes de la anestesia que corresponde a un cumplimiento bueno, en la fase 2 antes de la incisión de la piel 79.86% o cumplimiento regular y en los factores del entorno interno y externo del área quirúrgica que influyen en la seguridad de los pacientes quirúrgicos de la fase 3, antes que el paciente abandone el quirófano 85.2% o cumplimiento bueno. Conclusión: Las evaluaciones de las tres etapas de la verificación de la seguridad quirúrgica en el paciente pediátrico permitieron identificar las áreas de oportunidad para mejorar su implementación, disminuir el número de complicaciones, muertes evitables y avanzar sobre una cultura de seguridad del paciente quirúrgico (León et al, 2016).

Eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: la seguridad del paciente desde la experiencia del profesional. Objetivo: conocer los aspectos significativos que surgen de las enfermeras acerca de la experiencia de haber sido responsables de un evento adverso en salud. Estudio cualitativo, con enfoque hermenéutico dialectico. Muestra de 10 enfermeras que tuvieron al menos una experiencia de responsabilidad ante un evento adverso y cuatro supervisoras de enfermería con responsabilidad de supervisión al ocurrir el evento. El análisis de los datos recogidos permitió construir categorías de análisis relacionadas con las necesidades de recursos humanos. Se identificaron aspectos relevantes respecto a la necesidad de fortalecer el sistema de recursos humanos y su selección, surgiendo la dotación de personal, la carga de trabajo, el trabajo en equipo y la formación permanente como aspectos significativos para las enfermeras. Los datos emergidos permiten visualizar un camino para poner en práctica intervenciones tendientes a colaborar con un sistema seguro de atención. (Ferreira et al, 2015).

Identificación de las medidas de seguridad aplicadas por enfermería en un hospital de segundo nivel. Introducción. La seguridad del paciente es considerada un problema de salud pública mundial, potencialmente grave y prevenible con gran impacto económico y social. El objetivo de este estudio descriptivo, observacional y transversal fue determinar si el personal de enfermería identifica y aplica las medidas de seguridad al brindar atención a los pacientes de un hospital de segundo nivel en el Estado de México. Material y método. Durante los meses de octubre a diciembre del 2012 se aplicó un instrumento en un hospital de segundo nivel. El cual consta de dos secciones: la primera identifica el conocimiento de las 6 metas internacionales para la seguridad del paciente y en la segunda parte se observa si el personal de enfermería aplica dichas metas. Resultados. Se encuestó y observó a 56 enfermeras: 22(39.3%) con licenciatura, 25(44.6%) carrera técnica, 5 (8.9%) estudios posttécnicos y 4 (7.1%)

especialidad; intervalo de edad 30-40 años; menos de 4 años de antigüedad laboral. Conocimiento/cumplimiento de las Metas Internacionales: Meta 1: Identificación del paciente 55% / 95%; Meta 2: Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales de la salud 53% / 95%; Meta 3: Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo 50% / 100%; Meta 4: Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto 57% / 43%; Meta 5: Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica (lavado de manos) 57% / 50%; Meta 6: Reducir el riesgo de caídas, es la meta que más identifica al personal de enfermería 75% / 57%. Conclusiones. Los resultados anteriores reflejan la necesidad de que el personal de enfermería de las instituciones de salud se adhiera a los lineamientos y estrategias que están establecidas para promover la seguridad y calidad en la atención sin dejar a un lado la incidencia e importancia de prevenir los eventos adversos (castro et al, 2013)

La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil. Estudio de caso cualitativo, cuyo objetivo fue analizar como las acompañantes/cuidadoras y profesionales de salud reconocen los eventos adversos en las circunstancias de cuidado. Fue realizado con 15 acompañantes/cuidadores y 23 profesionales de salud de las unidades de internación de pediatría de un hospital-escuela de Porto Alegre, Brasil entre agosto y diciembre de 2010. Entrevista semi-estructurada fue utilizada para la recolección de las informaciones, siendo sometidas a análisis temático con apoyo del software QSR Nvivo 7.0. El análisis de las informaciones dejo en evidencia siete categorías. Los resultados sugieren la revisión y control permanente en cualquier intervención del profesional y el proceso de comunicación efectivo profesional-acompañante-niño. El estudio trae como recomendaciones los cambios en la cultura organizacional de las instituciones de salud para una cultura de seguridad, con énfasis en el cuidado seguro y visión

sintética en la evaluación de la ocurrencia de eventos adversos (Warner y Rubim, 2012).

Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. La seguridad de los pacientes se constituye en una prioridad en la gestión de calidad del cuidado que se brinda. De ahí la importancia de reflexionar sobre la magnitud que tiene el problema de eventos adversos, para prevenir su ocurrencia y progresar en acciones que garantice una práctica segura. Se trata de un compromiso que debe ser de todas las instituciones formadoras del talento humano, profesionales, prestadoras de servicio de salud y de la comunidad para un cuidado seguro y de calidad (Villarreal, 2007)

III. METODOLOGÍA

3.1. Diseño Metodológico.

El trabajo de investigación se llevó a cabo tomando en cuenta un diseño metodológico de tipo descriptivo, transversal y cuantitativo para determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería en el Hospital de la Madre y del Niño Guerrerense de Chilpancingo de los Bravos, Gro.

3.2. Universo y muestra

El universo está constituido por población de 150 enfermeras que laboran en el Hospital de la Mujer y el Niño Guerrerense de Chilpancingo, Gro. La muestra fue de 70 enfermeras mediante un muestreo a conveniencia tomando en cuenta todos los turnos que labora el personal de enfermería.

3.3. Criterios de selección:

3.3.1 Criterios de inclusión.

Todo el personal de enfermería de los diferentes turnos del Hospital de la Mujer y el Niño Guerrerense

3.3.2 Criterios de exclusión.

Cuestionario incompleto.

3.3.3 Criterios de Eliminación.

Personal de enfermería que no deseen participar en el presente estudio de investigación.

3.4. Material y método.

Para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario en los meses de junio y julio del 2019 se aplicó una encuesta al personal de enfermería utilizando el Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en el Hospital, realizada por la CONAMED, de la original elaborada por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), que incluirá 3 variables sociodemográficas y 14 variables analíticas

Variables:

Variables	Definición conceptual	Indicador	Escala de medición
Variable independiente: Cultura de seguridad del paciente	<p>“Cultura de Seguridad del Paciente” se define como el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso y el estilo y la competencia de la gestión de la salud y la seguridad de una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por comunicaciones basadas en la confianza mutua, por la precepción compartida de la importancia de la seguridad y por la confianza en la eficacia de las medidas preventivas.</p>	<p>Cuando se informa de un accidente, se siente como que se reporta a la persona y no al problema</p> <p>Después de que hacemos cambios para mejorar la seguridad del paciente evaluamos su efectividad</p> <p>Con frecuencia trabajamos como en “forma de crisis”, tratando de hacer mucho y muy rápidamente</p> <p>En nuestro servicio la seguridad del paciente nunca se pone en riesgo, por hacer más trabajo</p> <p>Al personal de esta área le preocupa que los errores que comete se archiven en su expediente laboral</p> <p>Tenemos problemas</p>	<p>Totalmente en desacuerdo</p> <p>En desacuerdo</p> <p>Ninguna</p> <p>De acuerdo</p> <p>Totalmente de acuerdo</p>

		<p>con la seguridad del paciente en esta área</p> <p>Nuestros procedimientos y sistemas de trabajo son efectivos para prevenir errores que puedan ocurrir</p>	
<p>Variable dependiente. Seguridad del paciente</p>	<p>“Seguridad del paciente” atención libre de lesión accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento.</p>	<p>Mi supervisor/jefe hace comentarios favorables cuando el personal realiza el trabajo de acuerdo a los procedimientos de seguridad del paciente establecidos</p> <p>Mi supervisor/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes</p> <p>Cuando aumenta la presión de trabajo, mi supervisor/jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque ello signifique pasar por alto los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente</p> <p>Mi supervisor/jefe no hace caso de los problemas de seguridad del paciente que ocurren una y otra vez</p>	<p>Totalmente en desacuerdo</p> <p>En desacuerdo</p> <p>Ninguna</p> <p>De acuerdo</p> <p>Totalmente de acuerdo</p>
<p>Eventos adversos y frecuencia</p>	<p>Un “evento adverso” es el daño que sufre un paciente, como consecuencia de errores, incidentes, accidentes o desviaciones durante su atención médica.</p>	<p>Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los incidentes notificados en mi área o servicio</p> <p>El personal habla con libertad si ve algo que pueda afectar negativamente la atención del paciente</p>	<p>Nunca</p> <p>Rara vez</p> <p>A veces</p> <p>La mayoría de las veces</p> <p>Siempre</p>

		<p>Se nos informa sobre los errores que se cometen en mi área o servicio</p> <p>El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores</p> <p>En esta área de trabajo hablamos sobre las formas como se pueden prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer</p> <p>El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo se ha hecho de forma incorrecta</p>	
Grado de seguridad del paciente	En su área de trabajo se asignó el grado de seguridad en el paciente.	Del 1 al 10 marque el grado de seguridad	1, 2, 3, 4, 5 ,6, 7, 8, 9, 10
Numero de eventos adversos reportados	Cantidad que se reporta de los eventos adverso en los pacientes.	<p>Cuando se comete un error, pero se detecta y corrige antes de que dañe al paciente. ¿Qué tan frecuente se reporta?</p> <p>Cuando se comete un error que se estima que no puede dañar al paciente. ¿Qué tan frecuentemente se reporta?</p> <p>Cuando se comete un error que se estima podría haber dañado al paciente, pero no lo daño, ¿Qué tan frecuentemente se reporta?</p>	<p>Nunca</p> <p>Rara vez</p> <p>A veces</p> <p>La mayoría de las veces</p> <p>Siempre</p>

3.5. Análisis de los datos.

Los datos serán vaciados en una base de datos del programa Excel. Para el análisis e interpretación de resultados se utilizaron las estadísticas: descriptiva con el cálculo de frecuencias y porcentajes.

3.6. Ética del estudio

Para este trabajo se consideraron los aspectos éticos del Reglamento de la Ley General de salud en Materia de Investigación (1987), de acuerdo al Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 13, en el que se establece que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá de prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, la protección a sus derechos y bienestar. De acuerdo con la fracción V, se obtendrá el consentimiento informado por escrito del director del Hospital de la Mujer y del Niño Guerrerense para obtener los datos de los expedientes clínicos de los neonatos.

Para este trabajo se consideraron los aspectos Éticos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, de acuerdo al Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo 1, de los siguientes artículos que a la letra dice:

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

I.- La justificación y los objetivos de la investigación;

II.- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;

III.- Las molestias o los riesgos esperados;

IV.- Los beneficios que puedan observarse;

V.- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;

VI.- La garantía de recibir respuestas a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;

VII.- La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII.- La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX.- El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

X.- La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI.- Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Artículo 22.- E consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I.- Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaria;

II.- Será revidado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV.- Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V.- Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

Principios éticos para las investigaciones de salud en seres humanos.

Toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que estos principios -que en teoría tienen igual fuerza moral- guían la preparación responsable de protocolos de investigación. Según las circunstancias, los principios pueden expresarse de manera diferente, adjudicárseles diferente peso moral y su aplicación puede conducir a distintas

decisiones o cursos de acción. Las presentes pautas están dirigidas a la aplicación de estos principios en la investigación en seres humanos.

El **respeto por las personas** incluye, por lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

a) Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y

b) Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La **beneficencia** se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, **no maleficencia** (no causar daño).

La **justicia** se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la **justicia distributiva**, que establece la distribución equitativa

de cargas y beneficios al participar en investigación. Diferencias en la distribución de cargas y beneficios se justifican sólo si se basan en distinciones moralmente relevantes entre las personas; una de estas distinciones es la vulnerabilidad. El término "vulnerabilidad" alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Por tanto, se debiera hacer especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables.

La justicia requiere también que la investigación responda a las condiciones de salud o a las necesidades de las personas vulnerables. Las personas seleccionadas debieran ser lo menos vulnerables posible para cumplir con los propósitos de la investigación. El riesgo para los sujetos vulnerables está más justificado cuando surge de intervenciones o procedimientos que les ofrecen una esperanza de un beneficio directamente relacionado con su salud. Cuando no se cuenta con dicha esperanza, el riesgo debe justificarse por el beneficio anticipado para la población de la cual el sujeto específico de la investigación es representativo.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se presentan los resultados de la investigación en relación a la encuesta aplicada a la población de estudio para identificar el nivel de seguridad de las pacientes atendidas por el personal de enfermería en el Hospital de la Madre y el Niño Guerrerenses.

Datos sociodemográficos.

Cuadro No. 4.1 Preparación profesional

Escolaridad	Fo.	%
Licenciada en enfermería	50	72
Enfermería Especialista	17	24
Enfermería Técnica	2	3
Auxiliar de Enfermería	1	1
Total	70	100

Fuente: Cuestionario para identificar la seguridad de los pacientes, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en el Hospital de la Madre y del Niño Guerrerense de Chilpancingo de los Bravo, Gro. N=70

En relación a la escolaridad se encontró que la mayoría del personal de enfermería tiene un nivel de preparación de licenciatura y en segundo lugar está la enfermera especialista.

Cuadro No. 4.2 Turno en que labora

Turno laboral	Fo.	%
Matutino	47	67
Vespertino	10	14
Nocturno	7	10
Jornada acumulada	6	9
Total	70	100

Fuente: Cuestionario para identificar la seguridad de los pacientes, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en el Hospital de la Madre y del Niño Guerrerense de Chilpancingo de los Bravo, Gro. N=70

Cuadro No. 4.3Cuál es su principal área de trabajo en el hospital

Servicio que labora	Fo.	%
Diversas unidades del hospital	7	10
Medicina (no quirúrgica)	3	4
Cirugía	11	16
Obstetricia	5	7
Pediatría	12	17
Urgencias	13	19
Unidad de Cuidados Intensivos	2	3
Unidad de Cuidados Intensivos neonatales	9	13
Tococirugía	2	3
Quirófano	1	1
Unidad de Cuidados Intensivos Adultos	1	1
Hospitalización	4	6
Total	70	100

Fuente: Cuestionario para identificar la seguridad de los pacientes, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en el Hospital de la Madre y del Niño Guerrerense de Chilpancingo de los Bravo, Gro. N=70

Sección A: Su área de trabajo.

Cuadro No. 4.4 Afirmaciones relacionadas con la seguridad de los pacientes en su departamento o servicio en el área donde usted trabaja en el hospital.

PIENSE EN SU ÁREA DE TRABAJO	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ninguna		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Variables										
En mi área o servicio las personas se apoyan mutuamente	3	4	1	1	0	0	22	32	44	63
Tenemos suficiente personal para enfrentar la carga de trabajo	11	16	23	33	0	0	16	23	20	29
En mi área o servicio nos tratamos todos con respeto	1	1	6	9	2	3	24	34	37	53
El personal de esta área trabaja más horas de lo que sería mejor para atender al paciente	3	4	9	13	3	4	21	30	34	49
Estamos haciendo activamente cosas para mejorar la seguridad de los pacientes	0	0	2	3	0	0	23	33	45	64
Utilizamos más personal temporal o eventual, de lo que es mejor para atender al paciente	8	11	6	9	7	10	23	33	26	37
El personal siente que los errores son utilizados en su contra	4	6	10	14	12	17	16	23	28	40
Los errores han dado lugar a cambios positivos en mi tarea de trabajo	3	4	6	9	7	10	20	28	34	49
En mi área o servicio sólo por casualidad no ocurren errores de mayor gravedad	20	29	10	14	12	17	13	19	15	21
Cuando en mi área o servicio alguien está sobrecargado de trabajo, es común que otros le ayuden	6	9	2	3	3	4	20	29	39	56

Fuente: Cuestionario para identificar la seguridad de los pacientes, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en el Hospital de la Madre y del Niño Guerrerense de Chilpancingo de los Bravo, Gro. N=70

Cuadro No. 4.5 Afirmaciones relacionadas con la seguridad de los pacientes en su departamento o servicio en el área donde usted trabaja en el hospital.

PIENSE EN SU ÁREA DE TRABAJO	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ninguna		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Cuando se informa de un accidente, se siente como que se reporta a la persona y no al problema	5	7	12	17	4	6	19	27	30	43
Después de que hacemos cambios para mejorar la seguridad del paciente evaluamos su efectividad	2	3	5	7	6	9	22	31	35	50
Con frecuencia trabajamos como en "forma de crisis", tratando de hacer mucho y muy rápidamente	8	11	10	14	9	13	25	36	18	26
En nuestro servicio la seguridad del paciente nunca se pone en riesgo, por hacer más trabajo	10	14	9	13	6	9	25	36	20	28
Al personal de esta área le preocupa que los errores que comete se archiven en su expediente laboral	2	3	8	11	4	6	27	39	29	41
Tenemos problemas con la seguridad del paciente en esta área	20	28	13	19	12	17	18	26	7	10
Nuestros procedimientos y sistemas de trabajo son efectivos para prevenir errores que puedan ocurrir	5	7	4	6	4	6	32	46	25	36
TOTAL										

Fuente: Cuestionario para identificar la seguridad de los pacientes, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en el Hospital de la Madre y del Niño Guerrerense de Chilpancingo de los Bravo, Gro. N=70

En relación a las afirmaciones relacionadas con la seguridad de los pacientes en su departamento o servicio en el área donde trabaja en el hospital la mayoría se apoyan en su trabajo; el 50% opina que tienen suficiente personal para enfrentar la carga de trabajo; tres terceras partes del personal se trata con respeto; el 67% trabajan para mejorar la seguridad del paciente; el 70% refiere que tienen personal eventual para la atención del paciente; el 70% del personal de enfermería menciona que los errores son utilizados en su contra y la tercera parte

refiere que estos han dado lugar a cambios positivos en su trabajo y que trabajan en equipo para sacar adelante su trabajo. Mencionan la mayoría de las enfermeras que cuando se informa de un accidente se reporta a la persona y no al problema y que realizan cambios para mejorar la seguridad del paciente: un poco más de la mitad del personal refieren que trabajan “en forma de crisis” (hacer mucho y muy rápido) y que esto pone en riesgo la seguridad del paciente, además se preocupan que los errores que reportan se archiven en su expediente laboral. Por último, la mayoría menciona que los procedimientos y sistemas de trabajo son efectivos para prevenir errores en su servicio que laboran.

Sección B: Su supervisor/jefe.

Cuadro No. 4.6 Afirmaciones sobre su supervisor/jefe inmediato o la persona a la que usted reporta directamente.

PIENSE EN SU SUPERVISORA/JEFE	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ninguna		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	Fo.	%	Fo.	%	F0	%	Fo.	%	Fo.	%
Mi supervisor/jefe hace comentarios favorables cuando el personal realiza el trabajo de acuerdo a los procedimientos de seguridad del paciente establecidos	0	0	2	3	0	0	29	41	39	56
Mi supervisor/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes	0	0	4	6	2	3	28	40	36	51
Cuando aumenta la presión de trabajo, mi supervisor/jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque ello signifique pasar por alto los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente	15	21	21	31	7	10	12	17	15	21
Mi supervisor/jefe no hace caso de los problemas de seguridad del paciente que ocurren una y otra vez	27	38	25	36	4	6	11	16	3	4

Fuente: Cuestionario para identificar la seguridad de los pacientes, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en el Hospital de la Madre y del Niño Guerrerense de Chilpancingo de los Bravo, Gro. N=70

En relación a la actitud del supervisor/jefe la mayoría del personal de enfermería menciona que hace comentarios favorables en relación a la seguridad del paciente y toma en cuenta las sugerencias del personal para mejorar la calidad de atención al paciente. En relación a el exceso de trabajo el 52% del personal menciona que no les exige trabajar rápido y el 38 menciona que si les exigen trabajar más rápido y el 74% refiere que la supervisora hace caso a los problemas de seguridad del paciente.

Sección C: Comunicación.

Cuadro No. 4.7 Cuando en su área o unidad de trabajo ocurren los siguientes errores. ¿Qué tan frecuentemente se reportan?

¿QUE TAN FRECUENTE OCURRE ESTO EN SU ÁREA DE TRABAJO?	Nunca		Rara vez		A Veces		La Mayoría de las veces		Siempre	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Variables										
Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los incidentes notificados en mi área o servicio	0	0	2	3	11	16	19	27	38	45
El personal habla con libertad si ve algo que pueda afectar negativamente la atención del paciente	1	1	17	24	17	24	12	17	23	33
Se nos informa sobre los errores que se cometen en mi área o servicio	0	0	4	6	21	30	17	24	28	40
El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores	5	7	14	20	17	24	12	17	22	32
En esta área de trabajo hablamos sobre las formas como se pueden prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer	0	0	3	4	9	13	25	36	33	47
El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo se ha hecho de forma incorrecta	13	19	15	21	17	24	15	22	10	14

Fuente: Cuestionario para identificar la seguridad de los pacientes, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en el Hospital de la Madre y del Niño Guerrerense de Chilpancingo de los Bravo, Gro. N=70

En la unidad de trabajo cuando ocurren los errores que tan frecuente se reportan. El 72% menciona que si se les informa sobre los cambios realizados a partir de los incidentes notificados; el 50% del personal habla con libertad cuando ve algo que pueda afectar al paciente; la mayoría menciona que se les informa sobre los errores que se cometen en su servicio y la mitad del personal encuestado cuestiona con libertad a sus superiores y el 83% comentan como pueden prevenir los errores y una cuarta parte del personal no tiene miedo de hacer preguntas cuando algo se ha hecho de forma incorrecta.

Sección D: Frecuencia de eventos reportados.

Cuadro No. 4.8 Cuando en su área o unidad de trabajo ocurren los siguientes errores, ¿Qué tan frecuentemente se reportan?

PIENSE EN SU ÁREA DE TRABAJO	Nunca		Rara vez		A Veces		La Mayoría de las veces		Siempre	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Variables										
Cuando se comete un error, pero se detecta y corrige antes de que dañe al paciente. ¿Qué tan frecuente se reporta?	0	0	6	9	18	26	27	38	19	27
Cuando se comete un error que se estima que no puede dañar al paciente. ¿Qué tan frecuentemente se reporta?	0	0	13	19	20	28	23	33	14	20
Cuando se comete un error que se estima podría haber dañado al paciente, pero no lo dañó, ¿Qué tan frecuentemente se reporta?	0	0	6	9	24	34	19	27	21	30

Fuente: Cuestionario para identificar la seguridad de los pacientes, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en el Hospital de la Madre y del Niño Guerrerense de Chilpancingo de los Bravo, Gro. N=70

En relación a que tan frecuentemente se reportan los errores el 50% menciona que cuando se comete un error se detecta y corrige antes de que dañe al paciente; el 53% reportó el error aun cuando se estima que no puede dañar al paciente y el 57% reporta cuando comete un error que se estima podría haber

dañado al paciente, pero no lo daño. Los eventos adversos deben de reportarse para corregir los posibles daños al paciente y hacer los procedimientos con responsabilidad para garantizar la seguridad del paciente.

Sección E: Grado de seguridad del paciente

Cuadro No. 4.9 Asignar a su área de trabajo el grado de seguridad global del paciente

Grado de seguridad del paciente	Fo.	%
0	0	0
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	1	1
5	1	1
6	3	4
7	5	7
8	26	37
9	26	37
10	9	13
Total	70	100

Fuente: Cuestionario para identificar la seguridad de los pacientes, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en el Hospital de la Madre y del Niño Guerrerense de Chilpancingo de los Bravo, Gro. N=70

De acuerdo a la escala o grado de seguridad el personal de enfermería lo clasifica en la escala de 8 y 9 en un 37% respectivamente y en la escala de 10 el 13%. Es importante reafirmar los conocimientos de la seguridad del paciente para proporcionar una atención de calidad, ya que este es un parámetro de calidad para la certificación de los hospitales y se requiere conocer las 8 acciones o metas internacionales de seguridad del paciente.

Sección F: Su hospital

Cuadro No. 4.10 Su hospital

PIENSE EN SU HOSPITAL	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ninguna		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	Fo.	%	Fo.	%	F0	%	Fo.	%	Fo.	%
La dirección de este hospital proporciona un ambiente de trabajo que promueve la seguridad del paciente	3	4	2	3	2	3	20	29	43	61
Las áreas o servicios de este hospital, no se coordinan bien entre ellas	13	18	15	21	2	3	20	29	20	29
La información de los pacientes se pierde cuando estos se transfieren de un servicio a otro dentro del hospital	14	20	17	24	5	7	17	24	17	24
Hay buena cooperación entre las áreas del hospital que necesitan trabajar juntas	8	11	7	10	3	4	27	39	25	36
Con frecuencia se pierde información importante para la atención de paciente durante los cambios de turno	15	21	24	34	6	9	14	20	11	16
Con frecuencia es desagradable trabajar con personal de otros departamentos del hospital	24	34	22	32	2	3	17	24	5	7
Con frecuencia surgen problemas durante el intercambio de información entre las áreas o servicios del hospital	10	14	11	16	11	16	19	27	19	27
Las acciones de la dirección de este hospital muestran que la seguridad del paciente es de alta prioridad	0	0	7	10	2	3	17	24	44	63
La dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente, solo después de que ocurre un evento adverso	12	17	9	13	4	6	19	27	26	37
Los departamentos del hospital trabajan bien juntos, para proporcionar el mejor cuidado a los pacientes	0	0	5	7	4	6	27	39	34	48
Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital	10	14	16	23	8	12	19	27	17	24

Fuente: Cuestionario para identificar la seguridad de los pacientes, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en el Hospital de la Madre y del Niño Guerrerense de Chilpancingo de los Bravo, Gro. N=70

En relación a la información del hospital el 90% del personal en estudio refiere que la dirección del hospital promueve la seguridad del paciente; el 39% reporta que si hay una buena coordinación y el 48% menciona que no; el 44% dice que hay buena información cuando se transfiere al paciente de un servicio a otro dentro del hospital y el 48% menciona que no hay una adecuada información; el 75% refiere que hay buena cooperación entre los servicios; el 66% dice que es agradable trabajar con otros servicios del hospital; el 54% dice que si hay problemas durante el intercambio de información; el 67 refiere que la seguridad del paciente es de alta prioridad ; 87% de los servicios trabajan bien juntos para proporcionar cuidados de calidad; el 37% los cambios de turno son problemáticos para los pacientes y las mitad de personal de enfermería refieren que no hay problema en el enlace de turno. Es importante mencionar que los directivos deben de darle prioridad a la seguridad de los pacientes para proporcionar cuidados de calidad.

Sección G: Numero de eventos reportados

Cuadro No. 4.11 En los últimos 12 meses ¿Cuántos incidentes o eventos adversos ha reportado usted?

Incidentes o eventos adversos reportados	Fo.	%
Ninguno	16	23
1 a 2 eventos	29	41
3 a 5 eventos	11	16
6 a 10 eventos	7	10
11 a 20 eventos	3	4
21 o más eventos	4	6
Total	70	100

Fuente: Cuestionario para identificar la seguridad de los pacientes, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en el Hospital de la Madre y del Niño Guerrerense de Chilpancingo de los Bravo, Gro. N=70

Del personal en estudio el 77% ha reportado incidentes o eventos adversos que se han presentado en los pacientes. Es importante identificar los riesgos y problemas que permita poner en marcha las acciones necesarias de mejora para prevenir los eventos adversos y con ello el daño a los pacientes para poder proporcionar seguridad a los pacientes y por consiguiente darles una atención de calidad a los clientes.

Sección H: Información complementaria.

Cuadro No. 4.12 Cuanto tiempo lleva trabajando en este hospital

Antigüedad laboral en el hospital	Fo.	%
Menos de un año	10	14
De 1 a 5 años	35	50
De 6 a 10 años	16	23
De 11 a 15 años	9	13
De 16 a 20 años	0	0
Total	70	100

Fuente: Cuestionario para identificar la seguridad de los pacientes, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en el Hospital de la Madre y del Niño Guerrerense de Chilpancingo de los Bravo, Gro. N=70

Cuadro No. 4.13 Cuanto tiempo lleva usted trabajando en el servicio o departamento en que labora actualmente

Tiempo en el servicio	Fo.	%
Menos de un año	28	40
De 1 a 5 años	29	41
De 6 a 10 años	11	16
De 11 a 15 años	2	3
De 16 a 20 años	0	0
21 años o más	0	0
Total	70	100

Fuente: Cuestionario para identificar la seguridad de los pacientes, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en el Hospital de la Madre y del Niño Guerrerense de Chilpancingo de los Bravo, Gro. N=70

Cuadro No. 4.14 Habitualmente cuantas horas trabaja por semana en este hospital

Horas de trabajo	Fo.	%
Menos de 20 horas por semana	27	39
De 20 a 39 horas por semana	23	33
De 40 59 horas por semana	17	24
De 60 79 horas por semana	3	4
De 80 99 horas por semana	0	0
100 horas por semana o más	0	0
Total	70	100

Fuente: Cuestionario para identificar la seguridad de los pacientes, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en el Hospital de la Madre y del Niño Guerrerense de Chilpancingo de los Bravo, Gro. N=70

Cuadro No. 4.15 Puesto de trabajo que desempeña en este hospital

Puesto de trabajo	Fo.	%
Enfermera General titulada	50	71.42
Enfermera Especialista titulada	17	24.28
Auxiliar de Enfermería	2	2.85
Enfermera Técnica	1	1.42
Total	70	99.97

Fuente: Cuestionario para identificar la seguridad de los pacientes, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en el Hospital de la Madre y del Niño Guerrerense de Chilpancingo de los Bravo, Gro. N=70

Cuadro No. 4.16 En su puesto actual tiene usted regularmente interacción o contacto directo con los pacientes

Horas de trabajo	Fo.	%
Si tengo interacción o contacto directo con los pacientes.	70	100
No tengo interacción o contacto directo con los pacientes.	0	0
Total	70	100

Fuente: Cuestionario para identificar la seguridad de los pacientes, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en el Hospital de la Madre y del Niño Guerrerense de Chilpancingo de los Bravo, Gro. N=70

Cuadro No. 4.17 Cuanto tiempo lleva usted trabajando en su profesión

Antigüedad laboral en el hospital	Fo.	%
Menos de un año	10	14
De 1 a 5 años	25	36
De 6 a 10 años	22	31
De 11 a 15 años	11	16
De 16 a 20 años	2	3
21 años o más	0	0
Total	70	100

Fuente: Cuestionario para identificar la seguridad de los pacientes, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en el Hospital de la Madre y del Niño Guerrerense de Chilpancingo de los Bravo, Gro. N=70

Cuadro No. 4.18 Conocimiento de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente

Antigüedad laboral en el hospital	Fo.	%
Menciono 1 meta	0	0
Menciono 2 metas	0	0
Menciono 3 metas	2	2.85
Menciono 4 metas	10	14.28
Menciono 5 metas	8	11.42
Menciono 6 metas	5	7.14
Menciono 7 metas	5	7.14
Menciono las 8 metas	4	5.71
No menciono ninguna meta	36	51.42
Total	70	99.96

Fuente: Cuestionario para identificar la seguridad de los pacientes, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en el Hospital de la Madre y del Niño Guerrerense de Chilpancingo de los Bravo, Gro. N=70

De la muestra en estudio el 51.42% no menciono ninguna meta y otras solo mencionaron de 3. 4. 5. 6. 7 metas, el 5.71% conoce las 8 metas internacionales de seguridad del paciente. Es importante que el personal de enfermería conozca estas metas por lo que es necesario proporcionarles cursos para que adquieran los conocimientos en relación a la seguridad del paciente ya que hoy en día es importante que las tengan presentes para poder acreditar a los hospitales.

Discusión.

La mayoría del personal de enfermería tiene un nivel de preparación de licenciatura y en segundo lugar está la enfermera especialista, su área de trabajo es en primer lugar urgencias 19%, Pediatría 17% y cirugía 16%.

Sección A: Su área de trabajo. Afirmaciones relacionadas con la seguridad de los pacientes en su departamento o servicio en el área donde usted trabaja, el 67% trabajan para mejorar la seguridad del paciente; el 70% del personal de enfermería menciona que los errores son utilizados en su contra y la tercera parte refiere que estos han dado lugar a cambios positivos en su trabajo y que trabajan en equipo para sacar adelante su trabajo. Mencionan la mayoría de las enfermeras que cuando se informa de un accidente se reporta a la persona y no al problema; un poco más de la mitad del personal refieren que trabajan “en forma de crisis” (hacer mucho y muy rápido) y que esto pone en riesgo la seguridad del paciente, además se preocupan que los errores que reportan se archiven en su expediente laboral. En un estudio que realizó Torres (2018) encontró en relación al Personal: dotación, suficiencia y gestión (52.8%); y Percepción general de la seguridad del paciente (61.4%).

Sección B: Su supervisor/jefe. Afirmaciones sobre su supervisor/jefe inmediato o la persona a la que usted reporta directamente. La mayoría del

personal de enfermería menciona que hace comentarios favorables en relación a la seguridad del paciente y toma en cuenta las sugerencias del personal para mejorar la calidad de atención al paciente. En relación a el exceso de trabajo el 38% del personal menciona que si les exigen trabajar más rápido y el 74% refiere que la supervisora hace caso a los problemas de seguridad del paciente.

Sección C: Comunicación. Cuando en su área o unidad de trabajo ocurren los siguientes errores. ¿Qué tan frecuentemente se reportan? El 72% menciona que si se les informa sobre los cambios realizados a partir de los incidentes notificados; el 50% del personal habla con libertad cuando ve algo que pueda afectar al paciente; la mayoría menciona que se les informa sobre los errores que se cometen en su servicio y la mitad del personal encuestado cuestiona con libertad a sus superiores y el 83% comentan como pueden prevenir los errores y una cuarta parte del personal no tiene miedo de hacer preguntas cuando algo se ha hecho de forma incorrecta. En el estudio de investigación realizada por Torres (2018) se encontró que las dimensiones que alcanzaron las más bajas puntuaciones, fueron: Respuesta no punitiva a los errores (51.2%).

Sección D: Frecuencia de eventos reportados. Cuando en su área o unidad de trabajo ocurren los siguientes errores, ¿Qué tan frecuentemente se reportan? El 50% menciona que cuando se comete un error se detecta y corrige antes de que dañe al paciente; el 53% reporto el error aun cuando se estima que no puede dañar al paciente y el 57% reporta cuando comete un error que se estima podría haber dañado al paciente, pero no lo daño. Los eventos adversos deben de reportarse para corregir los posibles daños al paciente y hacer los procedimientos con responsabilidad para garantizar la seguridad del paciente.

Sección E: Grado de seguridad del paciente. De acuerdo a la escala o grado de seguridad el personal de enfermería lo clasifica en la escala de 8 y 9 en un 37% respectivamente y en la escala de 10 el 13%. El promedio general del puntaje asignado a la estimación del grado de seguridad del paciente en su hospital, en escala de cero a diez, fue de $7.1 \pm 2,1$ (media \pm desviación estándar). (Torres, 2018).

Sección F: Su hospital. En relación a la información del hospital el 90% del personal en estudio refiere que la dirección del hospital promueve la seguridad del paciente, en otro estudio se encontró apoyo de la dirección del hospital para la seguridad del paciente 63.3% (Torres, 2018). El 48% menciona que no hay buena coordinación; el 48% menciona que no hay una adecuada información; el 54% dice que si hay problemas durante el intercambio de información; el 37% los cambios de turno son problemáticos para los pacientes, Torres (2013) encontró en su estudio que hay problemas en cambios de turno y transiciones entre departamentos/ servicios (62.0%); el 67 refiere que la seguridad del paciente es de alta prioridad.

Sección G: Numero de eventos reportados. En los últimos 12 meses ¿Cuántos incidentes o eventos adversos ha reportado usted? Del personal en estudio el 77% ha reportado incidentes o eventos adversos que se han presentado en los pacientes. Torres (2018) encontró la frecuencia de eventos adversos reportados, con 63.3%.

Sección H: Información complementaria. Tiempo lleva trabajando en este hospital el 50% tiene de 1 a 5 años y el 23% tiene de 6 a 10 años; 41% tiene de 1 a 5 años, el 40% tiene menos de un año laborando y 16% tiene de 6 a 10 años y

refieren el 39% que trabaja 20 horas por semana, el 33% de 20 a 39 por semana y 24% de 40 a 59 horas por semana. El personal es licenciado en enfermería titulada 71.42% y Enfermera especialista titulada 24.28% y refiere el personal en un 100% que si tienen contacto directo con los pacientes. Tienen una antigüedad laboral de 1 a 5 años el 36%, de 6 a 10 años el 31% y de 11 a 15 años el 16%

Conocimiento de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente. De la muestra en estudio el 51.42% no menciono ninguna meta y otras solo mencionaron de 3. 4. 5. 6. 7 metas, el 5.71% conoce las 8 metas internacionales de seguridad del paciente. Es necesario que el personal de enfermería conozca estas metas ya que hoy en día es un indicador para acreditar a los hospitales.

V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Conclusiones: La seguridad del paciente implica responsabilidad legal y moral en el ejercicio y la práctica de la profesión de forma competente y segura (sin negligencia y mala praxis). De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye: que el nivel de cultura de seguridad del paciente es bajo, como también es baja la percepción del grado de seguridad del paciente en la institución y el desconocimiento de las 8 metas internacionales para la seguridad del paciente, por lo que resulta evidente la necesidad de realizar acciones tendientes a su mejora. En la **Sección A: Su área de trabajo**. Afirmaciones relacionadas con la seguridad de los pacientes en su departamento o servicio en el área donde usted trabaja en el hospital, el 67% trabajan para mejorar la seguridad del paciente; el 70% del personal de enfermería menciona que los errores son utilizados en su contra y la tercera parte refiere que estos han dado lugar a cambios positivos en su trabajo y que trabajan en equipo para sacar adelante su trabajo. Mencionan la mayoría de las enfermeras que cuando se informa de un accidente se reporta a la persona y no al problema; un poco más de la mitad del personal refieren que trabajan “en forma de crisis” (hacer mucho y muy rápido) y que esto pone en riesgo la seguridad del paciente, además se preocupan que los errores que reportan se archiven en su expediente laboral. En la **Sección C: Comunicación**. Cuando en su área o unidad de trabajo ocurren los siguientes errores. ¿Qué tan frecuentemente se reportan? El 72% menciona que si se les informa sobre los cambios realizados a partir de los incidentes notificados; la mayoría menciona que se les informa sobre los errores que se cometen en su servicio. En la **Sección D: Frecuencia de eventos reportados**. El 50% menciona que cuando se comete un error se detecta y corrige antes de que dañe al paciente; el 53% reporto el error aun cuando se estima que no puede dañar al paciente y el 57% reporta cuando comete un error que se estima podría haber dañado al paciente, pero no lo dañó. En la **Sección E: Grado de seguridad del paciente**. De acuerdo a la escala o

grado de seguridad el personal de enfermería lo clasifica en la escala de 8 y 9 en un 37% respectivamente y en la escala de 10 el 13%. En la **Sección F: Su hospital**. En relación a la información del hospital el 90% del personal en estudio refiere que la dirección del hospital promueve la seguridad del paciente; el 48% menciona que no hay una adecuada información cuando se transfiere al paciente de un servicio a otro dentro del hospital; el 54% dice que si hay problemas durante el intercambio de información; el 67% refiere que la seguridad del paciente es de alta prioridad; el 37% los cambios de turno son problemáticos para los pacientes. En la **Sección G: Numero de eventos reportados**. Del personal en estudio el 77% ha reportado incidentes o eventos adversos que se han presentado en los pacientes. Por últimos en relación al **Conocimiento de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente**. De la muestra en estudio el 51.42% no menciona ninguna meta y otras solo mencionaron de 3. 4. 5. 6. 7 metas, el 5.71% del personal conoce las 8 metas internacionales de seguridad del paciente.

Sugerencias.

Es importante que el personal de enfermería realice las siguientes acciones para mejorar la seguridad de los pacientes:

Capacitar al personal de enfermería de base y eventuales sobre la cultura de la seguridad del paciente

Impartir cursos al personal de enfermería sobre la Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.

Retroalimentación de los principales procedimientos que se realizan en el Hospital para disminuir los eventos adversos.

La implementación o reforzamiento de las acciones esenciales para la seguridad del paciente tendrá que ir asociada a un plan de mejora específico para atender las áreas de oportunidad identificadas con la medición de la seguridad del paciente.

VI. BIBLIOGRAFÍA

Alcántara B MA. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia. México: Secretaria de Salud, 2012.

Almazán CM, Jiménez SJ. Escalar de valoración de riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. Revista de Enfermería, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013, No. 21 pp. 9-14.

Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de salud español. Madrid: Ministerio de sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf

Bates D. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica: Hacia una atención hospitalaria más segura. Organ Mund la Salud 2010; 16.

Cañas AA, Alba LH, Becerra N, Murillo R, Páez N, Mosquera C, et al. Eficacia y Seguridad del uso de medicamentos para la cesación de la adicción al tabaco: revisión de guías de práctica clínica. Rev Salud Pública, 2015 Jul; 16(5): 772-85.

Castro H FI, Zavala SE, Ramírez HC, Villela RE. Identificación de las medidas de seguridad aplicadas por enfermería en un hospital de segundo nivel. Revista CONAMED, vol. 18, (2), abril-junio 2013, págs. 59-63.

Consejo de Salubridad General. Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de

Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Diario Oficial de la Federación, Tomo DCCLXVIII No. 7, 2ª Sección pp. 49-108, 8 de septiembre de 2017.

Consejo de Salubridad General, Secretaria de Salud, Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y educación en salud. Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. 2018

Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International 4ª. Edición. 2011. Disponible en:

<http://www.hca.es/huca/eeb/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/calidad/JCI%204aEdicionEstandaresHospitales2011.pdf>

Famolaro T, Yount N, Hare, R, et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2018 User Database Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHSA 290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality: 2018. AHRQ Publication No. 18-0025-EF.

Ferreira UA, Fort FZ, Chiminelli TV. Eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: la seguridad del paciente desde la experiencia del profesional. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Abr-Jun; 24(2): 310-5.

Gómez RO, Arenas GW, González VL, Garzón SJ, Mateus GE, Soto GA. Cultura de seguridad del paciente por el personal de enfermería en Bogota, Colombia. Cienc y enfermería 2001 Dec; 17(3): 97-111.

González A MT. Lista de Verificación de Seguridad de la cirugía, un paso más hacia la seguridad del paciente. Fundación de Enfermería de Cantabria 2012; 2 (8).

Disponible:

<http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/8/57>

Jha AK, Prasopa PN, Larizgoitia I, Bates DW. Patient safety research: an overview of the global evidence. Qual Saf Health Care. 2010;19:42-7

Kozier Enfermería Fundamental, conceptos, procesos y prácticas. MCGraw-Hill. Interamericana edición.....

Lake E, Shang J, Klaus S, Dunton N, Patient falls: association with hospital magnet status and nursing unit staffing. Res Nurs Health. 2010 Oct; 33(5): 413-25.

León MF. Vicente R MA, De la Cruz GC. Conocimiento e Implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica del sureste de México. Horizonte sanitario, vol. 15, No. 3, septiembre-diciembre 2016.
Disponible: <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte>

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud 27^a Conferencia Sanitaria Panamericana 59^a Sesión del Comité Regional. (Acceso 2019-05-12).
Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-16-s.pdf>.

Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad Estándares para Certificar Hospitales 2015. Disponible en:
http://www.inper.edu.mx/descargas/pdf/Estandares_Hospitales_2015.pdf

Organización Mundial de la Salud. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente: la cirugía segura salva vidas. Alianza Mundial para la seguridad del paciente. México, D.F. 2008.

Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. 2008 La Cirugía Segura salva vidas. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssi_brochure_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. La Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1 Informe Técnico Definitivo. Enero de 2009. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps_full_report_es.pdf

Programa Sectorial de Salud. 2013-2018. México: D.O.F. 2013. 12 de diciembre. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/ps_2013_2018.pdf

Programa Nacional de Salud 2007-2012. Seguimiento de metas 2007-2011 (acceso 2019-04-04).

Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/seg_metas/Seg_Metas PRONASA 2007-2011 Definitivo 13092012. Pdf.

Román, CL. La seguridad del paciente. Una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev Cubana Enferm 2006; 22 (3).

Sarabia GO. 10 acciones para seguridad del paciente. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Boletín No. 1 septiembre 2005.

Secretaría de Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Lineamientos y acciones para la identificación correcta de pacientes

hospitalizados. Garantizando paciente correcto con atención correcta. Primera edición, México, D.F., septiembre 2011. ISBN: 978-607-460-207-4.

Secretaria de Salud, Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Calidad y Educación en salud. (2010). Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. México: SSA. Instrucción 276/2011, Dirección General Adjunta de Calidad en salud SICALIDAD.

Torres OP. Cultura de la seguridad del paciente en hospitales de los servicios de salud del estado de Colima. Boletín CONAMED-OPS, volumen 3 Número 18, 2018.

Villareal CE. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007; 23(1): 112-119.

Wegner W, Pedro ENR. La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil. Rev. Latino-Am. Enfermagen 2012; 20(3);8 disponible www.eerp.usp.br/rlae

World Health Organization (WHO). A World Alliance for Safer Health Care. More Than Words: Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Versión 1.1 Final Technical Report. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2009

ANEXO “A” CONSENTIMIENTO INFORMADO



CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

A quien corresponda.

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar en la investigación “Cultura de la Seguridad del Paciente en el Hospital de la Mujer y Niño Guerrerense del personal de enfermería. Recibí la explicación de los objetivos del estudio de forma general y la importancia que tiene la presente investigación.

Se me ha notificado que mi participación es voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o darla por terminada en cualquier momento, el cuestionario será de carácter anónimo y solo será registrado con un número de folio.

Los resultados podrán ser difundidos de manera general, protegiendo la individualidad y anonimato de las personas, por lo que doy mi consentimiento firmando esta carta.

Firma de la adolescente

Nombre y firma del investigador

FECHA: _____

ANEXO “B” INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.



CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

FOLIO

El presente cuestionario solicita su opinión acerca de temas relacionados con la seguridad de los pacientes, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en su hospital. El cuestionario es anónimo y su propósito es obtener información que ayude a definir acciones para mejorar la cultura hacia la seguridad de los pacientes en su hospital.

Al contestarlo le tomará sólo entre 10 y 15 minutos. Le agradecemos su valiosa participación y si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no tiene que ver con la realidad en su trabajo, puede usted dejarla en blanco.

Para ayudarlo a comprender algunas preguntas, le agradeceremos leer con cuidado los siguientes conceptos.

- Un “**incidente**” es definido como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente o desviación, falta de consideración, no importando si el resultado daña al paciente o no.
- Un “**evento adverso**” es el daño que sufre un paciente, como consecuencia de errores, incidentes, accidentes o desviaciones durante su atención médica.
- “**Seguridad del paciente**” atención libre de lesión accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento.
- “**Cultura de Seguridad del Paciente**” se define como el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso y el estilo y la competencia de la gestión de la salud y la seguridad de una

organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por comunicaciones basadas en la confianza mutua, por la precepción compartida de la importancia de la seguridad y por la confianza en la eficacia de las medidas preventivas.

Para contestar este cuestionario es muy importante que cuando la pregunta mencione “unidad”, usted piense en el área de trabajo, departamento o servicio del hospital donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o realiza la mayoría de acciones para atender a los pacientes.

1. ¿Cuál es su preparación profesional?
 - a) Licenciada en Enfermería
 - b) Enfermera especialista
 - c) Enfermera técnica
 - d) Auxiliar en enfermería.

2. ¿Turno en que labora?
 - a) Matutino
 - b) Vespertino
 - c) Nocturno
 - d) Jornada acumulada

3. ¿Cuál es su principal área de trabajo en este hospital?
 - a) Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad especifica
 - b) Medicina (no quirúrgica)
 - c) Cirugía
 - d) Obstetricia
 - e) Pediatría
 - f) Urgencias

- g) Unidad de cuidados intensivos
- h) Unidad de cuidados intensivos neonatales
- i) Otro, por favor, especifique: _____

SECCIÓN A: Su área de trabajo

A continuación, se presenta una serie de afirmaciones relacionadas con la seguridad de los pacientes en su departamento o servicio y marque SOLO UNA RESPUESTA QUE REFLEJE SU GRADO DE ACUERDO O DESACUERDO en relación a lo que se vive EN EL ÁREA DONDE USTED TRABAJA EN EL HOSPITAL. Observe que, en algunos casos, la respuesta que refleja la condición ideal es la que dice totalmente de acuerdo y en otras, por el contrario, la que dice totalmente en desacuerdo.

PIENSE EN SU ÁREA DE TRABAJO	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ninguna	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
En mi área o servicio las personas se apoyan mutuamente					
Tenemos suficiente personal para enfrentar la carga de trabajo					
En mi área o servicio nos tratamos todos con respeto					
El personal de esta área trabaja más horas de lo que sería mejor para atender al paciente					
Estamos haciendo activamente cosas para mejorar la seguridad de los pacientes					
Utilizamos más personal temporal o eventual, de lo que es mejor para atender al paciente					
El personal siente que los errores son utilizados en su contra					
Los errores han dado lugar a cambios positivos en mi área					

de trabajo					
En mi área o servicio sólo por casualidad no ocurren errores de mayor gravedad					
Cuando en mi área o servicio alguien está sobrecargado de trabajo, es común que otros le ayuden					
Cuando se informa de un accidente, se siente como que se reporta a la persona y no al problema					
Después de que hacemos cambios para mejorar la seguridad del paciente evaluamos su efectividad					
Con frecuencia trabajamos como en "forma de crisis", tratando de hacer mucho y muy rápidamente					
En nuestro servicio la seguridad del paciente nunca se pone en riesgo, por hacer más trabajo					
Al personal de esta área le preocupa que los errores que comete se archiven en su expediente laboral					
Tenemos problemas con la seguridad del paciente en esta área					
Nuestros procedimientos y sistemas de trabajo son efectivos para prevenir errores que puedan ocurrir					

SECCIÓN B: Su supervisor/jefe

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su supervisión/jefe inmediato o la persona a la que usted reporta directamente. Indique su respuesta marcando con una X

PIENSE EN SU SUPERVISORA/JEFE	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ninguna	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Mi supervisor/jefe hace comentarios favorables cuando el personal realiza el trabajo de					

acuerdo a los procedimientos de seguridad del paciente establecidos					
Mi supervisor/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes					
Cuando aumenta la presión de trabajo, mi supervisor/jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque ello signifique pasar por alto los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente					
Mi supervisor/jefe no hace caso de los problemas de seguridad del paciente que ocurren una y otra vez					

SECCIÓN C: Comunicación

Cuando en su área o unidad de trabajo ocurren los siguientes errores, ¿Qué tan frecuentemente se reportan? Marque su respuesta marcando una X en el recuadro que corresponda.

¿QUE TAN FRECUENTE OCURRE ESTO EN SU ÁREA DE TRABAJO?	Nunca	Rara vez	A Veces	La Mayoría de las veces	Siempre
Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los incidentes notificados en mi área o servicio					
El personal habla con libertad si ve algo que pueda afectar negativamente la atención del paciente					
Se nos informa sobre los errores que se cometen en mi área o servicio					
El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores					
En esta área de trabajo hablamos sobre las formas como se pueden prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer					
El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo se ha hecho de forma incorrecta					

SECCIÓN D: Frecuencia de eventos reportados

Cuando ben su área o unidad de trabajo ocurren los siguientes errores, ¿Qué tan frecuentemente se reportan? Marque su respuesta marcando con una X en el recuadro correspondiente.

PIENSE EN SU ÁREA DE TRABAJO	Nunca	Rara vez	A Veces	La Mayoría de las veces	Siempre
Cuando se comete un error, pero se detecta y corrige antes de que dañe al paciente. ¿Qué tan frecuente se reporta?					
Cuando se comete un error que se estima que no puede dañar al paciente. ¿Qué tan frecuentemente se reporta?					
Cuando se comete un error que se estima podría haber dañado al paciente, pero no lo daño, ¿Qué tan frecuentemente se reporta?					

SECCIÓN E: Grado de seguridad del paciente

Por favor asigne a su área de trabajo el grado de seguridad global del paciente, de 0 el grado de seguridad más bajo a 10 el más alto. Marque con una X

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SECCIÓN F: Su hospital

PIENSE EN SU HOSPITAL	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ninguna	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
La dirección de este hospital proporciona un ambiente de trabajo que promueve la seguridad del paciente					
Las áreas o servicios de este					

hospital, no se coordinan bien entre ellas					
La información de los pacientes se pierde cuando estos se transfieren de un servicio a otro dentro del hospital					
Hay buena cooperación entre las áreas del hospital que necesitan trabajar juntas					
Con frecuencia se pierde información importante para la atención de paciente durante los cambios de turno					
Con frecuencia es desagradable trabajar con personal de otros departamentos del hospital					
Con frecuencia surgen problemas durante el intercambio de información entre las áreas o servicios del hospital					
Las acciones de la dirección de este hospital muestran que la seguridad del paciente es de alta prioridad					
La dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente, solo después de que ocurre un evento adverso					
Los departamentos del hospital trabajan bien juntos, para proporcionar el mejor cuidado a los pacientes					
Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital					

SECCIÓN G: Numero de eventos reportados

En los últimos 12 meses. ¿Cuántos incidentes o eventos adversos ha reportado usted? Marque una sola respuesta

- a) Ninguno
- b) 1 a 2 eventos
- c) 3 a 5 eventos
- d) 6 a 10 eventos

- e) 11 a 20 eventos
- f) 21 o más eventos

SECCIÓN H: Información complementaria

**Esta información ayudará para el análisis de los resultados de la encuesta.
Marque UNA respuesta subrayando la respuesta que corresponde**

1. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este hospital?
 - a) Menos de un año
 - b) De 1 a 5 años
 - c) De 6 a 10 años
 - d) De 11 a 15 años
 - e) De 16 a 20 años

2. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en el servicio o departamento en que labora actualmente?
 - a) Menos de 1 año
 - b) De 1 a 5 años
 - c) De 6 a 10 años
 - d) De 11 a 15 años
 - e) De 16 a 20 años
 - f) 21 años o más

3. ¿Habitualmente, cuantas horas trabaja por semana en este hospital?
 - a) Menos de 20 horas por semana
 - b) De 20 a 39 horas por semana
 - c) De 40 a 59 horas por semana
 - d) De 60 a 79 horas por semana
 - e) De 80 a 99 horas por semana

f) 100 horas por semana o más

4. ¿Qué puesto de trabajo desempeña en este hospital? Marque una sola respuesta

a) Enfermera general titulada

b) Enfermera especialista titulada

c) Auxiliar en enfermería

d) Otros, por favor especifique: _____

5. ¿En su puesto actual tiene usted regularmente interacción o contacto directo con los pacientes?

a) Sí, yo habitualmente tengo interacción o contacto directo con los pacientes

b) No, yo habitualmente no tengo interacción directa o contacto con los pacientes

6. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su profesión?

a) Menos de 1 año

b) De 1 a 5 años

c) De 6 a 10 años

d) De 11 a 15 años

e) De 16 a 20 años

f) 21 años o más

7. Menciona las metas internacionales de Seguridad del paciente.

SECCIÓN I: Sus comentarios

Por favor escriba los comentarios adicionales que desee hacer sobre la seguridad del paciente, error, o reporte de eventos en su hospital.

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA

Esta encuesta es una traducción realizada por la CONAMED, de la original elaborada por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).