



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA



TÍTULO:

**CONOCIMIENTO DE LAS DIEZ METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD EN
LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA POR EL EQUIPO DE SALUD.**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA PERINATAL**

**PRESENTA:
LIC. ENF. YÁÑEZ RODRÍGUEZ JORGE ANTONIO**

**ASESOR:
M.S.P. OVIEDO ZÚÑIGA ANA MARÍA**

**REVISORES:
M.A.H. VARGAS SANTILLAN MA. DE LOURDES
M.E.S. GARCÍA LAVALLEY FRANCISCO JAVIER**

ZUMPANGO, ESTADO DE MÉXICO, 2013

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

**“CONOCIMIENTO DE LAS DIEZ METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD EN
LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA POR EL EQUIPO DE SALUD”**

AUTORIZADO POR:



**M.S.P. ANA MARÍA OVIEDO ZÚÑIGA
COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN ENFERMERÍA PERINATAL**

NOMBRE DEL ASESOR RESPONSABLE:



M.S.P. ANA MARÍA OVIEDO ZÚÑIGA

NOMBRE DEL REVISOR 1:



M.A.H. MA. DE LOURDES VARGAS SANTILLÁN

NOMBRE DEL REVISOR 2:



M.E.S. FRANCISCO JAVIER GARCÍA LAVALLEY

Zumpango, Estado de México, 2013.

**M.S.P. ANA MARÍA OVIEDO ZÚÑIGA
COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN ENFERMERÍA PERINATAL
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO.
PRESENTE:**

Por medio de la presente aprovecho la ocasión para enviarle un atento saludo y a la vez informarle a usted que una vez efectuadas las observaciones y concluida la revisión para evaluación de grado: "Conocimiento de las Diez Metas Internacionales de Seguridad en la atención obstétrica por el equipo de salud". Elaborado por el alumno Jorge Antonio Yáñez Rodríguez con Número de Cuenta 9721376, considerando que reúne los requisitos necesarios para continuar los trámites correspondientes previos a la presentación del examen de Grado.

Se extiende la presente para continuar con los trámites correspondientes al proceso de titulación de Maestría del interesado, agradeciendo de antemano la atención prestada a la misma.

**ATENTAMENTE
COMISIÓN REVISORA**



**M.A.H. MA. DE LOURDES VARGAS SANTILLÁN
REVISOR 1.**



**M.E.S. FRANCISCO JAVIER GARCÍA LAVALLEY
REVISOR 2.**

c.c.p. M.S.P. Ana María Oviedo Zúñiga. Asesor responsable
c.c.p. M.A.H. Ma. de Lourdes Vargas Santillán. Revisor1 responsable.
c.c.p. M.E.S. Francisco Javier García Lavalley. Revisor2 responsable.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo es un reflejo del esfuerzo de todas las personas que me alentaron a iniciar y terminar esta aventura.

En primer lugar agradecer a Dios por permitirme culminar otra etapa en la vida.

A toda la gente que estuvo conmigo en todo momento y que me brindó su apoyo incondicional y que gracias a ellos veo realizado este proyecto.

Un agradecimiento extenso a la M.S.P. ANA MARIA OVIEDO ZUÑIGA por haber dedicado su tiempo, brindarme su confianza, paciencia y el haber dirigido este trabajo. También quiero agradecer a la Maestra. REYNA AMADOR por su gran colaboración y apoyo los cuales fueron base para que terminara este trabajo.

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo, identificar el conocimiento de las DIEZ METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD en la atención obstétrica por el equipo de salud. Para tal fin se evaluarán conocimientos generales y nivel académico del equipo de salud, esto se llevo a cabo por medio de diez instrumentos tomados del Manual de Seguridad del Paciente. Encontrando que los errores que se pudieran presentar en un momento dado en el paciente se debe en general a la falta de conocimiento y manejo de las Diez Metas Internacionales, ya que existe una considerable desinformación de las mismas. Dando paso a la vigilancia y promoción del Manual de Seguridad del Paciente para una actualización y capacitación del manejo de la prevención de Eventos Adversos en el área de Tococirugía para la Paciente Obstétrica en el Hospital Regional ISSEMYM Zumpango.

PALABRAS CLAVE:

Diez METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD, atención obstétrica, conocimientos, nivel académico, vigilancia, promoción, evento adverso.

ABSTRACT

This study aims to identify the knowledge of the Ten international goals in obstetric care SAFETY by the health team. To this end, assess general knowledge and academic level of the health team, this was carried out using Ten instruments taken from the Patient Safety Manual. Finding that the mistakes that may arise at any time the patient is usually caused by lack of knowledge and management of Ten international goals, and that there is considerable misinformation from them. Giving way to the monitoring and promotion of Patient Safety Manual for an upgrade and management training for the prevention of adverse events in the area for the obstetric patient Tococirugía Regional Hospital ISSEMYM Zumpango.

KEYWORDS:

Ten GOALS OF INTERNATIONAL SECURITY, obstetric care, knowledge, educational level, monitoring, promotion, adverse event.

ÍNDICE

Introducción.	1
Justificación.	2
Planteamiento del problema.	3
Hipótesis.	4
Operacionalización de variables.	4
Objetivos.	6
1. Objetivo general.	6
2. Objetivos específicos.	6
Metodología.	7
Marco teórico.	11
Capítulo 1.	12
Seguridad Humana Hospitalaria.	13
1.1 Equipo de Salud.	13
1.2 Principios del Equipo de Salud.	14
1.3 Seguridad Humana Hospitalaria.	15
1.4 Indicadores en materia de Seguridad del Paciente.	18
1.5 Cuidados básicos relacionados con la Calidad de Atención y la Seguridad del Paciente.	21
1.6 Evento Adverso.	23
Capitulo 2.	27
Programa de las Diez Metas Internacionales de Seguridad en el paciente.	28
2.1 Manual de Seguridad del Paciente.	28
2.2 Modelo del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipio	28
2.3 Diez Acciones de Seguridad del Paciente	28
2.4 Objetivos del Manual de Seguridad del Paciente	30

2.5	Indicadores de Seguridad del Paciente.	31
2.5.1	Indicador 1. Prescripción, Trascrición y Administración Segura de Medicamentos.	31
2.5.2	Indicador 2. Identificación Correcta del Paciente.	31
2.5.3	Comunicación Clara y Efectiva.	32
2.5.4	Uso de Protocolos y Guías Diagnósticas y Terapéuticas.	33
2.5.5	Cirugía y Anestesia Segura “Salva Vidas”.	33
2.5.6	Prevención de Caídas.	34
2.5.7	Prevención de Infecciones Nosocomiales.	34
2.5.8	Factor Humano.	35
2.5.9	Clima de Seguridad.	35
2.5.10	Corresponsabilidad del Paciente Familiar a su Cuidado y Tratamiento.	36
Capítulo 3.	37
3.	Intervenciones del Profesional de Enfermería para la Prevención de Eventos Adversos en la Atención de la Paciente Obstétrica.	38
3.1	Prevención de Eventos Adversos en la Atención de la Paciente Obstétrica por el personal de Enfermería.	38
3.1.1	Acciones que desempeña el Personal de Enfermería para garantizar el cuidado seguro.	39
3.1.2	Recomendaciones relacionadas con la Seguridad del Paciente.	40
3.2	Prevención de Eventos Adversos.	41
	Análisis e Interpretación de Resultados.	57
	Conclusiones.	62
	Sugerencias.	65
	Bibliografía.	67
	Anexos.	71

INTRODUCCIÓN

Las múltiples intervenciones asistenciales hospitalarias conducen a una progresiva y compleja especialización de los procesos, técnicas sanitarias y asistenciales empleadas. Sin embargo, de la mano de esos mismos avances es inevitable que, ocasionalmente, se produzcan efectos adversos asociados a los procesos de atención sanitaria. Precisamente la relativa frecuencia con que se producen errores y consecuencias adversas durante o a causa de la asistencia sanitaria recibida, ha provocado que, durante las dos últimas décadas del siglo XX, surgiese una preocupación excepcional por minimizar este riesgo, por gestionarlo; configurándose una nueva línea de trabajo que, enmarcada fundamentalmente entre las estrategias y políticas de calidad, se dirige a mejorar la atención sanitaria en lo que a seguridad del paciente se refiere.

En este contexto, ya han sido puestas en marcha distintas iniciativas Internacionales, Nacionales, Estatales e Institucionales; dirigidas a garantizar que la seguridad del paciente situado en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos inherentes a la calidad y a su mejora; en especial se tiene un auge en la prevención de eventos adversos en la paciente obstétrica ya que no solo se trata de una vida sino de un binomio; y por otra parte la concientización del equipo de salud que en este caso atañe al personal que se desempeña dentro de la Unidad Tocoquirúrgica. Entre las actuaciones emprendidas en este sentido, una de las más significativas ha sido la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes, que emprendió la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2004 con el objetivo principal de disminuir las consecuencias negativas de los cuidados médicos.

En éste trabajo se dará un panorama del Conocimiento de las Diez Acciones Internacionales de Seguridad por el personal de salud en la paciente obstétrica y está integrado por tres capítulos de los cuales se abordaron los siguientes temas:

El Capítulo I aborda La Seguridad Humana Hospitalaria con la finalidad de identificar que se trata de poner a salvo al hombre ante la atención hospitalaria. En el Capítulo II se integra necesariamente el Programa de las Diez Metas Internacionales de Seguridad en el paciente motivo por el cual se pretende evitar cualquier riesgo que haga vulnerable al cliente o usuario y en el último capítulo, Capítulo III es conocer las Intervenciones del Personal de Enfermería para la prevención de eventos adversos en la atención de la paciente obstétrica.

Por último se incluye el análisis estadístico, con el cual se describen los resultados obtenidos, de igual forma se anexan las conclusiones y sugerencias con las cuales identificamos algunas deficiencias en el conocimiento del manejo de las Diez Metas Internacionales de Seguridad.

JUSTIFICACIÓN

A nivel nacional e internacional, la seguridad humana es un problema de Salud Pública que se genera en las instituciones hospitalarias. La preocupación en la presente investigación se enfoca principalmente a la falla en la atención obstétrica provocados por descuidos o errores injustificados que elevan el riesgo en los pacientes hospitalizados, para que sufran daños, a veces severos e incluso fatales que pudieron ser prevenidos, muchos otros eventos adversos que son generados por la atención del equipo de salud incluidos los cuidados proporcionados por el personal profesional de Enfermería. De aquí la importancia de una evaluación permanente en la efectividad del uso de las Diez Metas Internacionales de Seguridad en la paciente Obstétrica.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) recibió 182 000 quejas de 1996 a 2007, pero debido a su complejidad 18 000 de estas se reenviaron al área de Conciliación de las cuales el 11% no se resolvieron. De acuerdo al origen de las demandas tenemos que el 70% de los casos pertenecen a población del Distrito Federal y del Estado de México, mientras que el 30% restante es de otras entidades.⁽¹⁾

En una institución prestadora de servicios de salud todo evento adverso serio que atente contra la seguridad del paciente debe accionar una investigación profunda para identificar las fallas de los distintos procesos asistenciales y conducir los esfuerzos para mejorar y reajustar los procesos para prevenir la repetición, con el fin último de impactar y estimular a los integrantes de la institución a trabajar en la búsqueda del mejoramiento continuo con el cual se logrará la satisfacción del usuario y los buenos resultados institucionales se verán reflejados en los resultados de la atención que se brinda al paciente.

Desde mi perspectiva como profesional de la salud he podido observar que se ha denotado un alto crecimiento en la población que se atiende, principalmente en el servicio de la Unidad Tocoquirúrgica en el Hospital Regional ISSEMyM Zumpango razón por la cual se sabe que la seguridad de los pacientes constituye una prioridad en la gestión de calidad del cuidado que se le brinda.

Con la realización de esta investigación se pretende documentar la seguridad de la paciente obstétrica por medio de las Diez Metas Internacionales de Seguridad, obtener un referente para documentar y poner a disposición la información de manera más amplia y organizada a los diferentes actores del sistema de salud y complementarlo con los adelantos que se han hecho frente al tema en nuestro país, con el fin de que se puedan dimensionar la magnitud de la ocurrencia de eventos evitables, daños morales y/o físicos a pacientes; para que se puedan emprender acciones que permitan intervenir de manera oportuna en busca de mejorar la calidad de la atención a los usuarios y evitar que se continúe con desconocimiento de la importancia y trascendencia en la seguridad de la paciente obstétrica.

1. Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Epidemiología. Sistema Único de Información. Núm. 22, Vol 26, Semana 22, del 31 de Mayo al 6 de Junio de 2009.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad del paciente es un problema grave de Salud Pública en todo el mundo, por lo que la Organización Mundial de la salud ha decidido formar una alianza con otros líderes mundiales de salud con el fin de reducir el número enfermedades, lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención en salud. La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad, mejorarla requiere de una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento en el sistema de salud.⁽²⁾

La paciente obstétrica es propensa a sufrir algún evento adverso o daño debido a errores o descuidos injustificados, los cuales elevan el riesgo de causar una enfermedad, traumatismo o incluso la muerte. Esto se debe a un manejo inadecuado en el tratamiento quirúrgico, tratamiento médico, en la atención del parto y puerperio entre otros. Todo esto nos lleva a mantener una vigilancia continua y una evaluación permanente sobre los factores o posibles causas asociadas a la atención de la paciente obstétrica para así poder implantar las líneas de seguridad que sean requeridas.

Una guía que puede orientar el quehacer profesional es la aplicación de las Diez Acciones Internacionales de Seguridad. Tomando en cuenta que un evento adverso puede provocar muchas situaciones que afecten a la paciente tanto a ella como a su entorno, así que es preciso distinguir como está organizado el servicio, con qué recursos humanos y materiales se cuenta y su reconocimiento profesional y académico.

El servicio de la Unidad Tocoquirúrgica es un área con gran afluencia de pacientes y debido a esto el número de eventos adversos se ve significativamente aumentado. La permanente búsqueda de seguridad se ha convertido en un objetivo cada vez más importante, un proceso en el que se suman esfuerzos para pasar de un enfoque punitivo a uno educativo en búsqueda de mejor calidad de vida para los pacientes y los trabajadores de salud.⁽³⁾

El propósito de este trabajo, es reflexionar sobre la seguridad del paciente como responsabilidad profesional, en el acto del cuidado y por este motivo se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los conocimientos del equipo de salud sobre las Diez Metas Internacionales de Seguridad en la Atención Obstétrica?

La trascendencia de la investigación radica en propiciar intervenciones seguras por parte del profesional de salud, incluida en ella el profesional de Enfermería. Para buscar intencionalmente un impacto positivo sobre la mortalidad, morbilidad, incapacidad y complicaciones en las pacientes obstétricas y mejorar la atención en los servicios hospitalarios.

2. Diana milena L. V., Sandra Milena Ríos Villegas, Luz V. E., Seguridad del paciente en la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín 2008.
3. Efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en Ginecología y Obstetricia: una revisión crítica. Revista calidad asistencial, 2005; 20(2):90-9. España.

HIPÓTESIS

(Hipótesis de trabajo)

- De las DIEZ METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD para la atención Obstétrica no se tiene el conocimiento sobre la prevención de infecciones nosocomiales, la prevención de caídas y el factor humano.

HIPOTESIS	VARIABLES	CONCEPTO	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	ITEMS
De las DIEZ METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD para la atención obstétrica no se tiene el conocimiento sobre la prevención de infecciones nosocomiales, la prevención de caídas y el factor humano.	DIEZ METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD	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.	Cuantitativa	Medicamentos. Identificación del Paciente. Comunicación efectiva. Cirugía y anestesia segura salva vidas. Clima de seguridad. Corresponsabilidad	1.1 a 1.9, 5.6, 5.19, 7.13, 8.4 2.1 a 2.5, 2.7, 2.8, 3.1, 3.7, 5.1, 5.15, 8.1, 10.1 3.1, 3.6, 8.6 5.2, 5.5 a 5.18, 5.20 a 5.22, 8.2 9.1 a 9.44 10.4 a 10.7
	Atención Obstétrica	Asistencia médica que recibe una paciente durante la gestación, el parto y el puerperio.	Cualitativa nominal y cuantitativa discreta	Alta y Tratamiento Reporte pre, trans, y pos cirugía. Recuperación y manejo de paciente.	3.4, 3.8, 8.5, 10.2 5.23, 5.25 5.24, 5.25
	conocimiento	Hechos o datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto u objeto de la realidad.	Cuantitativa dicotómica.	Identificación del paciente. Comunicación efectiva. Prescripción, transcripción, y administración segura de medicamentos. Protocolos y guías de diagnóstico y tratamiento. Cirugía y anestesia segura "Salva Vidas". Prevención de caídas. Prevención de infecciones nosocomiales. Factor humano. Clima de seguridad. Co-responsabilidad paciente familiar.	1.1, 7.3, 7.4 3.2 3.3 3.5 4.1 al 4.12 6.3 7.11, 7.12, 7.14 7.17 8.5, 10.3 a 10.5
	Prevención de infecciones nosocomiales	Limitar las infecciones contraídas durante una estadía en el hospital que no se habían manifestado ni estaban en periodo de incubación en el momento del internado del paciente teniéndose en cuenta que son infecciones que se adquieren dentro del hospital y que no estaban presentes o	Cualitativa nominal	Lavado de manos. NOM-045-SSA2-2005. Medidas de protección universal. NOM-087-SEMARNAT-SSA1-	1.1, 8.7 7.1 a 7.4, 7.7 7.5, 7.8 7.9, 7.10

		incubando al momento del ingreso.		2002. Accesos vasculares. Catéter urinario. Uniforme.	7.11, 7.12, 7.14 7.15 7.16 7.17
	Prevención de caídas	Conjunto de acciones que se realizan para proteger al sujeto hospitalizado de posibles caídas que pueden o no poner en riesgo su vida. (manual de evaluación de la calidad de los servicios en enfermería, cap. 3, pag. 104, Ed. Médica Panamericana, 2009)	Cualitativa nominal	Factores de riesgo de caídas. Acude con el paciente. Recorrido cada hora. Permanece con el paciente.	6.1 a 6.3, 8.3 6.4 6.5 6.6, 6.7
	Factor humano	Conjunto de conocimientos, habilidades y aptitudes inherentes a los individuos que forman la organización. "Todas las ocasiones en que una secuencia planificada de actividad mental o física no logra tener su resultado previsto. El problema del error humano se puede ver de dos maneras: desde una aproximación a la persona y desde una aproximación al sistema. Con el modelo centrado en el sistema, no se trata de cambiar la condición humana sino de cambiar las condiciones en las que trabajan las personas. (Reason: 2007, Vol.7, Núm. 2, 2007.)	Cualitativa nominal	Identificación del paciente. Factor humano.	2.6 8.1 a 8.7

OBJETIVOS

Objetivo General

- Identificar el conocimiento del equipo de salud del Hospital Regional ISSEMyM Zumpango sobre las Diez Metas Internacionales de Seguridad en la atención Obstétrica.

Objetivo Específico:

- Identificar el nivel académico del equipo de salud.

METODOLOGÍA:

El fin de la presente investigación es evaluar el conocimiento de las Diez Metas de Seguridad por el personal de enfermería en el servicio de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional ISSEMyM Zumpango, en relación con estándares de calidad.

La presente investigación se titula “**Conocimiento de las Diez Metas Internacionales de Seguridad en la Atención Obstétrica por el Equipo de Salud**”. La implementación de dicha investigación fue del servicio de Tocoquirúrgica.

Tipo de investigación: Descriptiva no Experimental.

Límites de espacio: Institucional de tipo Hospitalario (Unidad Tocoquirúrgica).

Límites de tiempo: 01 de Mayo del 2011 al 01 de Junio del 2011.

Tipo de estudio: Es observacional porque no se manipula el objeto de investigación sino que lo “observa” tal y como se presenta, transversal porque se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte, el tiempo no es importante, puesto que se estudia un fenómeno en relación ha como se da en ese momento dado.

Unidad de análisis: Está dirigida al equipo de salud que brindó atención obstétrica hospitalaria en el turno matutino, vespertino, nocturno y guardia especial.

Universo: Está constituido por el total del equipo de salud que labora en el Hospital Regional ISSEMYM Zumpango el cual está integrado por 126 recursos.

Población: Está establecida por el número total del personal del equipo de salud del servicio de la Unidad Tocoquirúrgica. El personal total de la Unidad Tocoquirúrgica es de 42 personas de los cuales aceptaron participar en el estudio siendo una muestra de 24 personas que representan el 60% de la población.

Criterios de inclusión:

- Personal del equipo de salud indistintamente de la categoría, tipo de contratación, turno y género (Enfermería, médicos generales y especialistas [ginecólogos y anestesiólogos], que se encuentren atendiendo a pacientes obstétricas del servicio de la Unidad Tocoquirúrgica.
- Todo personal del equipo de salud de la Unidad Tocoquirúrgica que se encuentren en el servicio bajo la denominación de estudiante.
- Personal del equipo de salud que acepte formar parte del estudio por medio de carta de consentimiento bajo información dentro del periodo de estudio establecido.

Criterios de exclusión:

- Personal del equipo de salud indistintamente de la categoría, tipo de contratación y turno (Enfermería, Médicos generales y especialistas [Ginecología y anestesta] que no se encuentren atendiendo a pacientes Obstétricas de cualquier servicio diferente a la Unidad Tocoquirúrgica.
- Todo personal del equipo de salud que se encuentre en otra área dentro de la institución en calidad de estudiante.
- Personal del equipo de salud que cumpla y no cumpla los criterios de inclusión pero que no acepta formar parte del estudio.

Criterios de eliminación:

- Todo miembro del equipo de salud que deje incompleto las respuestas de los instrumentos de recolección de información.

El tratamiento estadístico es No paramétrico porque su distribución no esta definida pues son los datos observados los que la determinan.

Instrumentos de recolección de la información: Instrumentos validados por la Secretaría de Salud de México, basado en las Seis Metas de Seguridad Internacional en el Paciente, llamado, Programa de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería. Subdirección de Enfermería Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México 2009. Los indicadores (6, 7 y 8) los cuales se utilizaron directamente en la presente investigación su valoración depende de respuestas dicotómicas (si o no) según sea el caso.

INDICADOR	NO. ITEMS	INSTRUMENTO VALIDADO POR	AÑO
1 Prescripción, Trascrición y Administración segura de medicamentos 10 Correctos.	9 cerradas	Programa de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería. Subdirección de Enfermería Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México.	2009
2 Identificación correcta del paciente.	8 cerradas	Programa de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería, Subdirección de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México.	2009
3 Comunicación efectiva	8 cerradas	Programa de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería, Subdirección de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México.	2009
4 Uso de guías y protocolos	11 cerradas	El uso de protocolos y guías terapéuticas, se valuara por medio del comité de Calidad de cada Unidad.	
5 Cirugía y Anestesia segura salva vidas.	25 cerradas	Programa de Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Subdirección de enfermería Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez y Segunda Guía, "Cirugía y Anestesia Segura" PEMEX. (Modificada de acuerdo a necesidades de los Servicios de Quirófano del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, ISSEMYM)	2009
6 Prevención de caídas.	7 cerradas	Programa de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería, Subdirección de	2009

		Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México.	
7 Prevención de infecciones nosocomiales.	18 cerradas	Programa de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería, Subdirección de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México.	2009
8 Factor humano	7 cerradas	Programa de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería, Subdirección de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México.	2009
9 Clima de seguridad	15 opción múltiple (Likert)	Manual de Seguridad del Paciente. Departamento de Atención de Enfermería. ISSEMYM	2009
10 Corresponsabilidad del paciente y familiar en su cuidado y tratamiento.	8 cerradas	Programa de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería, Subdirección de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México.	2009

Presentación de los resultados: La presentación de resultados es por medio de cuadros y gráficas. La información de esta investigación será capturada en un procesador de texto llamado Microsoft Word y las gráficas se elaboraran con la información que genera el programa SPSS 15.0 y Microsoft Office Excel y la presentación de la investigación con el programa Power Point.

INSTRUMENTACIÓN:

- 1.- Autorización institucional.
 - 2.- Obtención de los instrumentos de las 10 Metas Internacionales de Seguridad del paciente validados por el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”.
 - 3.- Obtener una autorización oficial por parte del Instituto y la autorización del consentimiento informado por parte del personal participante de la Unidad Tocoquirúrgica.
 - 4.- Aplicación de los instrumentos de las 10 Metas Internacionales de Seguridad del paciente validados por el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” de acuerdo a la disponibilidad de tiempo del equipo de salud.
- Es importante comentar que la aplicación del estudio fue con el apoyo de un encuestador previamente capacitado para participar en el estudio, por cada personal del equipo de salud una persona aplicará la encuesta dirigida y otro participante estará disponible a apoyar los cuidados de Enfermería para dar continuidad al servicio.
- 6.- La identificación de cada instrumento es con un código de identificación por cada recurso humano que participe de tal manera que se evite confusión en su manejo, es decir se dio un folio así como una hoja de consentimiento ya antes mencionada para evitar duplicidad en los resultados.
 - 7.- El tratamiento estadístico de los resultados será bajo estadística No paramétrica de acuerdo al instrumento validado: Manual de Seguridad del Paciente, del Departamento de Atención en Enfermería del Instituto de Seguridad social del Estado de México y

Municipios que requiere la presentación de frecuencias y porcentaje para la presentación de los resultados.

8.- Se llevó a cabo el procesamiento de información, tabulación para el análisis e interpretación de los resultados por medio de cuadros y gráficas que muestran las conclusiones.

ASPECTOS LEGALES DE LA INVESTIGACION:

Dentro de las consideraciones legales, la Ley General de Salud establece en el Título Segundo, Artículos VI y VII, la responsabilidad del personal de salud en todo aquello que se refiere a la atención médica e incluye las actividades de protección y restauración de la salud, Norma Oficial Mexicana NOM-EM-002-SSA2-2003 para La Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales, Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA 1-2002. Instalación y Operación de la Fármaco vigilancia, OMS. Clasificación Internacional para la Seguridad del paciente 2007, OMS. Guías Internacionales de Armonización (ICH E6) relativas a la investigación Clínica.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

CAPITULO 1.- SEGURIDAD HUMANA HOSPITALARIA

1.1 EQUIPO DE SALUD

Históricamente el origen del equipo de salud, como es actualmente conocido, delineaba tres modelos de “equipo de salud” que regían a partir del siglo XVII; Cada uno con características distintas, sin embargo con una semejanza: la preocupación con el estado de salud de la población. Siendo ellas:

- Medicina del Estado, desarrollada en Alemania a comienzos del siglo XVII, sobre la cual podemos delinear un “equipo de salud” constituido por médicos, con una organización administrativa central que supervisa y dirige el trabajo médico; con empleados médicos nombrados por el gobierno.
- Medicina Urbana desarrollada en Francia a fines del siglo XVII en el cual podemos observar un “equipo de salud” constituido por médicos, químicos y físicos.
- Medicina de Fuerza del Trabajo desarrollada en Inglaterra en el segundo tercio del siglo XIX, sobre la cual se muestra un “equipo de salud” constituido por médicos que se ocupaban de los pobres, médicos que se ocupaban de problemas generales como las epidemias y médicos privados que se ocupaban de quien les podían pagar.

En el siglo XVIII, con el surgimiento del Hospital, como un local de cura y no más como lugar de muerte, con tratamiento medicamentoso y disciplina dentro del espacio hospitalario, fue visualizándose el surgimiento del “equipo de salud” al cual estamos mas familiarizados. Este “equipo de salud” esta presente en el ritual de la visita médica, el cual es seguido por toda una jerarquía dentro del hospital, sea: asistentes, alumnos, enfermeras y otros. Consideramos que a partir de este evento, el equipo de salud fue conformado.

La multiprofesionalidad es considerada una estrategia que orienta y posibilita el realizar una asistencia integral. Equivocadamente la confundimos con interdisciplinariedad. La primera se refiere a la yuxtaposición de diversas disciplinas y cada profesional actúa de acuerdo con su saber especializado; el proceso terapéutico es fragmentado. La segunda implica la interacción entre dos o mas disciplinas, la cual se refleja en conceptos-claves, dentro de la epistemología y en la organización de la investigación y la enseñanza.

Pritchard define al equipo como un grupo de gente que realiza distintas tareas de aportaciones hacia el logro de un objetivo común.

Davis y Newstrom define el equipo operativo como un grupo pequeño cuyos miembros colaboran entre sí y están en contacto y comprometidos en una acción coordinada, respondiendo responsables y entusiastamente a la tarea.

Para Polliack, como modelo organizacional que es, el equipo puede ser considerado como un sistema de trabajo que permite a varias personas de diferentes profesiones y

habilidades coordinar sus actividades, y en el cual cada uno contribuye con sus conocimientos al logro de un propósito común.

El equipo de salud es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1973, como una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible.

1.2. PRINCIPIOS DEL EQUIPO DE SALUD

Bajo esta perspectiva, en un equipo deben cumplirse los principios básicos de la teoría organizacional, a saber:

- Evitar la duplicidad de las funciones.- Debido a que cada miembro del equipo posee diferentes habilidades, no deberá haber duplicidad de funciones. Un miembro no puede remplazar a otro, por lo que se espera que cada uno desempeñe el papel que le corresponda. La necesidad de coordinación requiere la existencia de canales adecuados de comunicación que favorezca el trabajo conjunto y eficiente.
- Eficiencia grupal.- Como cada miembro debe contribuir con sus conocimientos específicos, es de suponer que asumirá también su responsabilidad y dirigirá los aspectos propios de su área. Es esencial que todos los miembros del equipo se pongan de acuerdo sobre los objetivos comunes y acepten, como grupo, la responsabilidad de alcanzar dichos objetivos. La eficiencia total del equipo debe ser mayor que de la suma de sus componentes.
- Trabajo en equipo.- Finalmente, el equipo de trabajo no es una meta en sí mismo, sino el medio para lograr los objetivos propuestos.

Hemos pasado, por tanto, del concepto de equipo a describir aquellas condiciones que deben darse para que el trabajo que realiza un grupo de personas sea verdaderamente un trabajo de equipo, cabe añadir que no exista un funcionamiento jerárquico del equipo, debe darse la ausencia de un dominio profesional específico. Ello implica el reconocimiento en un nivel de igualdad de la competencia técnica de todos los miembros del equipo y que las actuaciones de cada uno de ellos vengan determinadas por aquéllas y no por órdenes emitidas por otro, para que un equipo o grupo sea eficiente, los miembros del mismo deben contar con un ambiente de apoyo, claridad de funciones, metas superiores y un adecuado liderazgo, ambiente propicio basado en un clima de organización, confianza y compatibilidad que sus miembros han tenido la oportunidad de conocer y comprender los roles o funciones de aquellos con los que están trabajando.

El trabajo en equipo es considerado importante, no obstante difícil. Es percibido como una manera de dividir responsabilidades y de alcanzar más rápidamente la recuperación y la salud del paciente. Esta visión se justifica, por cada profesional tener una percepción diferente de la situación, es la “unión” de las diferentes

percepciones lo que facilita la comprensión del todo, permitiendo vislumbrar al paciente en su totalidad. Se requiere adaptación con la finalidad de evitar obstáculos y nuevamente recomenzar. El trabajo en equipo es considerado como una fuente de aprendizaje, por permitir el contacto con otras experiencias a través del diálogo profesional y de las discusiones de casos. Lo que puede ilustrarse con lo siguiente. *En el trabajo en equipo amplias tus conocimientos, puedes subsanar dudas, [...] vamos trabajando con personas de otras áreas, mejoras tu diagnóstico, el poder visionar al paciente como un todo es bueno.*

- Dificultades del Trabajo en Equipo.- Es obvio que en la realidad de cada día los equipos no funcionan siempre tan coordinadamente ni el trabajo en equipo reúne todas las características que se han descrito; además, sería ingenuo suponer que varias personas con distintas formaciones e intereses profesionales puedan trabajar juntas sin fricciones.⁽⁴⁾
 - ❖ Escasa experiencia.
 - ❖ Falta de incentivos.
 - ❖ Exceso de rigidez en algunos integrantes.
 - ❖ Falta de interés.
 - ❖ Dificultad en el control de gestión, en tiempos de estudio e investigación.

1.3 SEGURIDAD HUMANA HOSPITALARIA

La seguridad de los pacientes es un tema que ha sido motivo de análisis, diálogo y reflexión para progresar en actitudes y habilidades éticas, a la luz de la tarea en Enfermería centrada en el cuidado. Esto facilita el abordaje de sucesos adversos que pueden ocurrir a partir de las transformaciones científicas, tecnológicas, sociales y políticas, relacionadas con la atención que se brinda en salud.

La necesidad de seguridad y reaseguramiento es la segunda escala que establece Abraham Maslow dentro de la jerarquía de necesidades, una vez que se han suplido las necesidades fisiológicas. Esta necesidad de sentirnos 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, no hay amor, ni estimación, por lo tanto, se 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, necesidad de una estructura, unos límites, un orden, una ley, entre otras. Todas ellas apuntando a la evitación o neutralización de situaciones de peligro.

4. Rev Latino-am Enfermagem 2007 janeiro-fevereiro; 15(1) www.eerp.usp.br/rlae

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.

Los aportes de pruebas sobre riesgos posibles producidos en contextos diversos han sido numerosos, y desde los decenios de 1950 y 1960 se han realizado estudios que han dado cuenta del problema, aun cuando en ese tiempo no se le dio la dimensión que éste supone. En 1991 el resultado del *Harvard Medical Practice Study* indicó que un 4% de los pacientes sufre algún tipo de daño en el hospital; el 70% de eventos adversos produce incapacidad temporal y el 14% de los incidentes son mortales. En 1999, la publicación *To err is human: building a safer health system*, del Instituto de Medicina de Estados Unidos de América, aporta mayor información al respecto.

Un evento adverso no es más que “el daño, lesión o muerte causados por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente por los profesionales de salud, y que no obedece a la propia enfermedad o estados subyacentes”, o aquel que “hace referencia al resultado clínico que es adverso al esperado y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo”. Para evitar esos errores humanos o incidentes inesperados y no deseados, que originan faltas graves, generalmente por factores muy profundos y variados, se requiere de una serie de acciones que velen por la contratación, formación y retención de los profesionales de salud, en aras de aumentar la seguridad de los pacientes.

El listado de eventos es muy amplio y diversificado, y presenta las siguientes condiciones:

- Fallas en equipos o tecnologías: bombas de infusión endovenosas con deficiencias en las válvulas que originan incremento en la dosis del medicamento, en períodos de tiempo corto, desfibriladores con baterías agotadas, carros de paro con medicamentos vencidos, inapropiada programación del ventilador, entre otros.
- Reacciones por transfusiones sanguíneas equivocadas.
- Faltas en la adherencia a órdenes médicas (suministro de dietas diferentes de las ordenadas).
- Infecciones nosocomiales (neumonías, infecciones urinarias e infecciones de heridas quirúrgicas, entre otras).
- Factor ambiental (trauma mecánico caída de cama y daño en la piel).

Cabe resaltar que una de las complicaciones más frecuentes que ocurre en los pacientes son las infecciones nosocomiales, las cuales pueden llevarlos a la muerte y, por tanto, se han constituido en un reto mundial, en busca de la seguridad del paciente. El riesgo de adquirirlas está en relación directa con el estado de salud del paciente

cuando ingresa a las instituciones, el número de pruebas diagnósticas y el tratamiento que se realiza durante la intervención.

Aquí, cobra importancia reconocer que para explicar el tema de los eventos adversos son dos los criterios utilizados: el humano y el del sistema. El primero de ellos, originado por los actos inseguros y la violación de los procedimientos que el personal del equipo de salud comete debido a cansancio, estrés, falta de motivación, de atención, sobrecarga y/o insatisfacción laboral y negligencia. Es el llamado Síndrome de Bournout, caracterizado por agotamiento, pérdida de energía que experimentan los profesionales cuando sienten que los problemas de los otros los saturan. Este aspecto, que afecta la seguridad de los pacientes, tiene una connotación importante a la hora de velar por el cuidado que se brinda. El ser cuidado observa este comportamiento como una deshumanización del equipo de salud frente a la situación que vive.

El segundo criterio, el del sistema, explica la susceptibilidad que tiene el ser humano de cometer errores, a pesar de estar en la organización de más alta calidad, y por tanto, lo importante es generar mecanismos de defensa para prevenir errores. Al presentarse el error, lo fundamental es centrarse en la búsqueda de la explicación del cómo y el porqué fallaron esos mecanismos de defensa y no en buscar culpables. Los eventos adversos, al igual que afectan la condición de salud de los enfermos, implican repercusiones financieras debido a la alta proporción de los costos de salud de las instituciones, por el incremento de las estancias intrahospitalarias.

Como consecuencia de lo anterior, es válido pensar en la seguridad de los pacientes, entendida como la “reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud”. Tal seguridad es un principio fundamental en el cuidado del individuo y un elemento crítico en los procesos de gestión de calidad. Las proporciones alcanzadas de actos inseguros han exhortado al poder decisorio a establecer políticas en relación con la prevención, medición y evaluación de los errores en la práctica de salud.

Las enfermeras(os) estamos directamente implicadas(os) en la provisión de un ambiente seguro, en el cual las personas puedan desenvolverse sin sufrir daños y en el que perciban una sensación de seguridad. No debemos olvidar que el paciente hospitalizado experimenta una dualidad en tanto que el hospital se convierte en el control de la situación de salud que le aqueja, pero la separación familiar y el cumplimiento de normas que rigen a las instituciones de salud le representan sentimientos de inseguridad. De hecho, en la profesión de Enfermería, los modelos y teorías apuntan a satisfacer las necesidades en los pacientes, y la de seguridad es una de ellas. Por lo tanto, las(os) enfermeras(os) deben desarrollar competencias, construyendo desde la práctica espacios que garanticen el cumplimiento de esta categoría, para que puedan actuar bien y con el mínimo de recursos. Muchos esfuerzos se vienen realizando en la consecución de la seguridad de los pacientes en los distintos niveles de atención.

1.4 INDICADORES EN MATERIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Expertos en la temática de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (UCDE) elaboraron una propuesta, formulando 21 indicadores para la vigilancia, control y evaluación de los sistemas de salud, a la cual Colombia se adhiere por ser miembro de esta organización. Los indicadores en materia de seguridad del paciente son:

Infecciones nosocomiales:

- Neumonías por uso del respirador
- Herida quirúrgica infectada
- Infecciones atribuibles a las intervenciones del equipo de salud
- Úlceras por presión

Eventos centinelas:

- Reacciones por transfusión
- Transfusión por tipo de sangre equivocado
- Error del sitio quirúrgico
- Cuerpos extraños olvidados en pacientes durante procedimientos quirúrgicos
- Fallas relacionadas con el personal de salud
- Errores de medicación

Complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas:

- Complicaciones por anestesia
- Sepsis postquirúrgica
- Embolia pulmonar o trombosis venosa profunda
- Dificultades técnicas con los procedimientos quirúrgicos

Complicaciones obstétricas:

- Lesiones o traumatismo al momento del nacimiento del neonatos
- Trauma obstétrico en partos vaginales
- Trauma obstétrico en partos por cesárea
- Mortalidad materna

Otros eventos adversos:

- Caídas de los pacientes
- Fracturas de cadera

Como consecuencia de lo anterior, se requiere el establecimiento de estrategias para disminuir riesgos, dado que mejorar la seguridad de los pacientes exige un enfoque general y multifacético, que permita identificar y gestionar riesgos reales y potenciales y encontrar soluciones generales a largo plazo.

En principio, es necesario desarrollar acciones tales como: Prevenir los eventos adversos, sacarlos a la luz y minimizar sus efectos cuando se presenten.

Para lograr estas acciones es necesario:

- Apertura para aprender de los errores, con el establecimiento de un sistema completo y oportuno de notificación de los eventos adversos, que facilite el análisis y la reflexión, para la toma de decisiones, que redunde en la prevención de la ocurrencia de los mismos. Se requiere, entonces, realizar investigaciones competentes de las situaciones y un intercambio responsable de los datos. Expertos en seguridad sostienen que la cultura y el clima organizacional inciden significativamente en la prevención y el abordaje de los errores. En un sistema cerrado, encontrado el o los infractores, el problema se resuelve con amonestación o despido y conocen del hecho únicamente los implicados, a menos que los medios de comunicación se enteren. En un sistema abierto, no es el culpable el que interesa, sino las explicaciones del hecho, las cuales se convierten en aprendizajes institucionales para evitar su ocurrencia.

Capacidad para anticiparse a los errores y explorar las debilidades que dan lugar a eventos adversos:

- Análisis de la capacidad instalada y la cultura organizacional requerida.
- Estudios sobre sistemas de registro.
- Epidemiología de los eventos adversos, tipo y tasa de errores por servicio.
- Mejoramiento del sistema de prestación de atención sanitaria, para reconfigurar estructuras, reajustar incentivos.

En una gestión de calidad, los profesionales de salud para lograr la seguridad de los pacientes deben actuar:

- Brindando un trato adecuado al paciente, evitando la violencia que se percibe en la práctica cotidiana.
- Participando activamente en la evaluación de la seguridad y calidad de los cuidados en la práctica.
- Asegurando canales de comunicación eficientes con los pacientes y entre los profesionales mismos.
- Comunicando a los pacientes de los riesgos posibles.
- Informando de los eventos adversos a autoridades competentes.
- Aprendiendo de las lecciones que se derivan del análisis de los errores, para asegurar a los pacientes la lealtad y confianza a los servicios de salud.
- Creando espacios de ampliación en la práctica profesional.

- Mejorando la notificación de eventos adversos.

Al mismo tiempo, las instituciones prestadoras de salud deben velar por la calidad del servicio que ofrecen para la eficaz reducción de desenlaces adversos:

- Manteniendo en niveles de formación y en número adecuados el talento humano.
- Buscando el mejoramiento continuo del sistema de prestación de cuidados, evitando culpar personas.
- Velando por la operatividad de programas de lucha contra las infecciones.
- Normalizando políticas y protocolos de atención, guías de manejo para evitar basarse en la memoria.

Y pensando en los pacientes y la comunidad resulta importante involucrarlos en el asunto de su propia seguridad, y por ello deberán:

- Preguntar si tienen dudas, temores, sino entienden.
- Prestar atención al cuidado que reciben.

Saber qué medicamentos deben tomar y por qué. Asegurarse de que están recibiendo el tratamiento prescrito. No asumir nada.

- Estudiar su diagnóstico, los exámenes que requieren y su plan de tratamiento.
- Participar en todas las decisiones con respecto a su tratamiento.

En este sentido, cobra importancia la reflexión permanente sobre los conocimientos, valores, normas, actitudes y aptitudes como un entramado de factores requeridos para el logro de la excelencia en el ejercicio de la profesión y que llevan implícito el hacer el bien en Enfermería, el cual además tiene su génesis en la ética. Se trata, entonces, de hacer visible lo invisible, siendo competentes al dominar tanto el conocimiento, las técnicas y habilidades propias de la profesión, sabiendo hacer uso adecuado de ellas, al igual que las actitudes que debe poseer el dador del cuidado. Así pues, la seguridad de los pacientes exige, en todos los niveles, el establecimiento de normas de calidad, en el proceso de toma de decisiones, la articulación de los recursos y las capacidades para responder a las necesidades del paciente.⁽⁵⁾

La atención en el cuidado de la salud, cada vez más compleja, conlleva una combinación de procesos que se basan en la estructura, la tecnología y la capacitación del personal existente en ese lugar, ese momento. Para considerar las acciones que se deben realizar en cada establecimiento hay que pensar en adoptar las recomendaciones y poner mucho empeño en la adaptación a las condiciones locales.

5. Villareal Cantillo E. (2007). Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud Uninorte. 23 (1): 112 – 119

Tal vez el paso trascendental es reconocer que existe el riesgo, que éste es permanente, que los eventos ocurren, que se pueden cuantificar y se pueden evitar en una medida tan significativa que no resiste el menor análisis de costo-beneficio. Los beneficios se pueden medir en morbilidad, mortalidad, costos atribuibles, demandas judiciales, percepción de los clientes, etc. El desafío principal tiene que ver con la necesidad de crear una cultura institucional basada en la confianza, la sinceridad, el reconocimiento del riesgo y la comunicación abierta entre todos los actores del sistema asistencial.

Durante mucho tiempo se consideró que la ocurrencia de efectos adversos era debida a fallos humanos. Actualmente el énfasis en la prevención de los efectos adversos se pone en los sistemas. El error humano es apenas una parte del problema de los fallos en la seguridad del paciente. Sin embargo una actitud más consciente por parte del personal de salud evitaría muchos de los errores. Los expertos en el tema coinciden en que la mejora de la seguridad del paciente requiere un cambio de cultura de la organización que tiene que introducir los mecanismos necesarios para disminuir las barreras estructurales, donde el error no sea vivido como algo punitivo, sino que su detección e informe sean parte de un modelo que suma a una cultura que se promueve.

1.5 CUIDADOS BÁSICOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

De acuerdo a la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes estos son algunos de los objetivos que se han impuesto para que todos los hospitales cumplan con los cuidados básicos relacionados con la calidad de atención y la seguridad del paciente:

- El paciente ha de estar correctamente identificado. El paciente debe portar siempre una pulsera que permita su identificación. Si está dormido, anestesiado o confundido se podrá controlar su identidad. Si se muda de habitación o pasa a un área de procedimientos o cuidados especiales, lleva consigo la identificación que permitirá comparar los datos de la persona con la muestra para el laboratorio, la sangre o la medicación que se le administra y el procedimiento que se le realiza. Ya llegará el momento en que con un código de barras se logre mayor eficiencia en el control o vigilar la trazabilidad de la atención de patologías más sensibles a la inadecuación del tratamiento.
- La efectividad de las comunicaciones. La comunicación en la institución, ascendente y descendente, es clave en el funcionamiento. La comunicación puede ser verbal o escrita, telefónica o electrónica, pero siempre tiene que ser clara, precisa, a tiempo y completa y fácilmente entendible por quién la recibe. Cuando se analizan las cosas que salen mal, siempre surge la duda respecto a que si hubiéramos escuchado atentamente o prestado más atención al mensaje probablemente las cosas hubieran resultado diferentes. Muchos de los problemas fueron el resultado de que alguien no oyó algo o lo entendió de manera distorsionada.

- Mejoras en la seguridad de la dispensación y administración de los medicamentos. El parecido del envase por su aspecto y/o el nombre escrito o pronunciado puede inducir a error. Entre los estándares exigidos por la OMS estos medicamentos deben estar identificados con un mecanismo de alerta en el lugar de almacenamiento, de dispensación y administración. A la hora de aplicar un medicamento se debe anteponer un sistema que garantice que es el medicamento indicado para el paciente correcto e identifique la hora y quién lo proveyó.
- El procedimiento correcto, en el paciente correcto y en el sitio correcto. El paciente que va a ser movilizado a un área de procedimientos, por ejemplo, a un quirófano, debe partir con la piel marcada en el sitio de la intervención. Es el mecanismo para evitar errores de lado en los procedimientos sobre órganos pares. El mejor control que se puede instalar es que sea el propio paciente el que valide la marcación del sitio quirúrgico cuando aun está despierto. Un paciente que es requerido desde un área de procedimientos y no tiene marcado en la piel el lugar de la incisión, no puede ser derivado. Será la enfermera, en principio, consciente de su responsabilidad, la encargada de impedir que el paciente sea trasladado a la sala de operaciones, si no tiene el sitio a operar debidamente marcado. En las instituciones sensibles y que cumplen con estándares más exigentes en la seguridad del paciente estos eventos se denuncian por escrito.
- Reducción del riesgo de las infecciones asociadas al cuidado de la salud. El concepto de tolerancia cero para el no cumplimiento de aquellas prácticas o actitudes que puedan permitir la transmisión y emergencia de microorganismos multirresistentes implica un cambio cultural que se asocia a que todas las personas pertenecientes al equipo de cuidado de los pacientes, independientemente del rango y función, podrán interrumpir un procedimiento si no se está cumpliendo con las recomendaciones de las guías escritas. Implica que en la institución están las guías escritas de los procedimientos que se realizan en el área.
- Reducción del riesgo de daño por caídas. La caída de pacientes en el hospital es un fenómeno universal que obliga a las instituciones responsables a asumir el riesgo. Un programa dirigido al respecto debe evaluar las condiciones que ofrece la institución en las áreas de circulación, en las duchas y en el mantenimiento de las camas. El estado mental del paciente, a veces confundido por edad, enfermedad o medicación, pone involuntariamente en riesgo su salud exponiéndolo a situaciones que superan sus habilidades. Ambas condiciones ofrecen oportunidades para intervenir y elevar los estándares en el cuidado de los pacientes.

Hoy existen programas que facilitan todos y cada uno de los pasos para lograr una tecnificación confiable y eficiente. Éstos van desde la captura electrónica del dato, el análisis de la información, hasta la representación gráfica y entendible de los

resultados. Cabe suponer que la aplicación de estrategias sobre la Seguridad del Paciente traerá consigo una merecida reducción de los efectos indeseables de la atención de la salud y una disminución muy significativa de los gastos, ambos ítems muy necesarios para el sistema. Dijo Aristóteles “Somos lo que hacemos día a día, de modo que la excelencia no es un acto, sino un hábito”.⁽⁶⁾

1.6 EVENTO ADVERSO.

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”.

Si queremos dar una atención segura no podemos separar el qué, quién y cómo, siendo necesario inclusive en algunas ocasiones incluir el cuándo. El qué y el quién nos hablan de estructura, con que infraestructura, con que material vamos a hacer un procedimiento, que recursos humanos necesito para ello, por ejemplo, y el cómo y cuándo nos hablan del proceso, cómo vamos a hacer ese procedimiento, en que momento. El diseño tanto estructural como el de los procesos debe ser pensado para poder contener los riesgos y de esta manera reducir la probabilidad de que se presente un evento adverso.

Para el Centro Nacional de Seguridad del Paciente un evento adverso es “Aquel incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de la atención.

En este sentido cabe hacer la diferencia con lo que es evento centinela, el cual ya involucra la presencia de la muerte inesperada, herida física o psicológica grave o el riesgo potencial de que esto ocurra. De tal forma que podemos decir que todos los eventos centinela son eventos adversos (graves) pero no todos los eventos adversos llegan a ser eventos centinelas.

Otro concepto de suma importancia es la quasi falla que, según el Centro Nacional de Seguridad del Paciente de EE. UU. Es aquel “acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad, pero no lo tuvo por casualidad o por la intervención oportuna.

Lo mas interesante es que sin que tengamos que pagar por el error cometido porque no se produjo daño, si podemos obtener la ganancia del aprendizaje, de tal forma que nos sale barato y podemos prevenir errores futuros que en una siguiente ocasión si pueden llegar a ocasionar daño a otro paciente. Por eso debemos poner atención a las quasi fallas, compartirlas y tomar en cuenta la oportunidad de mejora que representan.⁽⁷⁾

6. Durlach R. (2008). Seguridad de los pacientes. Errar es humano. Ocultar los errores es imperdonable. No aprender de ellos no tiene perdón. Seguridad de los pacientes. 1 (1): 10 – 13.

7. Subsecretaría de innovación y calidad. Seguridad del paciente. Boletín. No 2, Septiembre 2005.

Recientemente ha recibido mucha atención el tema de los eventos adversos, tanto a nivel local como internacional. Declaraciones de quienes dirigen los organismos multilaterales y nacionales de salud pública respecto a la magnitud del problema y su impacto, el desarrollo de iniciativas de financiación para su estudio y búsqueda de soluciones. Publicación de artículos periodísticos que presentan los diferentes puntos de vista de los pacientes, las instituciones y los entes que controlan la calidad de los servicios de salud. Pronunciamientos de las aseguradoras respecto a la intención de no pagar las cuentas de los pacientes que hayan presentado ciertos eventos adversos. Realización del seminario internacional de Seguridad del Paciente y difusión de los resultados de investigaciones científicas realizados acerca de la frecuencia y evitabilidad de los mismos. Éstos son algunos ejemplos de la extensión en que se trata el tópico en la actualidad.

El tema genera gran controversia y posiciones antagónicas que surgen por varios motivos: definiciones deficientes o incompletas, diferentes aproximaciones al error humano, que son aplicadas desde disímiles puntos de vista, algunas veces en defensa de intereses particulares. Variadas metodologías de detección, evaluación, análisis e investigación, que requieren mayor valoración para conocer su validez y utilidad en diferentes escenarios culturales, y por último, diferentes respuestas de las sociedades contemporáneas para afrontarlas.

Respecto a la definición, vale la pena aclarar que como evento adverso se califica a las situaciones que terminan en daño no intencional al paciente, como consecuencia del cuidado proveniente o con ocasión de éste, más que como consecuencia de la enfermedad de base. Un ejemplo de esta situación es la lesión de la vejiga en una cirugía por endometriosis severa. Más allá de lo indicada que pudiera estar la cirugía, si ésta no se hubiera realizado, no habría ocurrido la lesión de la vejiga; de este modo algunos eventos adversos serán no prevenibles. Otro ejemplo sería una infección de la herida en un cesárea de urgencia en la que no se aplicó oportunamente el antibiótico profiláctico, posiblemente esta infección hubiera podido prevenirse.

El problema con las definiciones proviene de la definición de error médico, la cual proviene del término "Medical Errors". Según el término, acuñado en 1997 por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, se define como: los errores cometidos por los profesionales de la salud, que resultan en daño al paciente. Esta definición está de acuerdo al abordaje individual del error humano. Esta limitada definición nos conduce al segundo punto en conflicto, sobre cómo se debe abordar el error humano. Las teorías más antiguas abogan por el abordaje individual del error humano, consideran que se debe centrar la atención del error en las personas que están al final del acto inseguro; sea el médico, la enfermera o el farmacéuta. El error surge como consecuencia de un proceso mental aberrante, como la negligencia, el desinterés y la falta de atención, los cuales son propios del ser humano. Los seguidores de esta aproximación manejan los errores bajo conceptos morales: *"las cosas malas les pasan a las malas personas"*, los psicólogos lo llaman la hipótesis del mundo justo. Como lógica consecuencia, las medidas para corregirlos deben ir dirigidas a corregir este mal comportamiento, entonces se debe buscar un culpable para avergonzarlo y

castigarlo como medida ejemplarizante para que no vuelvan a suceder. Esta aproximación es frecuentemente utilizada en las instituciones de salud, por parte de algunos gerentes, que mediante la búsqueda del culpable, intentan minimizar la responsabilidad institucional ante posibles demandas civiles o glosas en las cuentas por parte de las aseguradoras.

Por otra parte, está la aproximación sistémica al error humano, en estrecha relación con conceptos gerenciales modernos, como el pensamiento sistémico propuesto por Senge en 1990 para ser aplicado en el error en medicina en el año 2000 por el psicólogo inglés James Rason. Según este abordaje, el error humano se puede presentar aún en las mejores organizaciones, y dado que la naturaleza humana no se puede cambiar, se requiere modificar las condiciones en las que se desempeñan los seres humanos, para que se reduzca el riesgo de error. Este es el abordaje que se utiliza en otras industrias como la aviación o la energía nuclear, en las que se pretende minimizar el riesgo de error, mediante la creación de barreras que lo prevengan. El sujeto es más bien una víctima de la falta de defensas del sistema. Tiene la gran ventaja de permitírsele aprender de los errores.

En cuanto a la metodología para su estudio, hay aproximaciones que abogan por el autoreporte y la vigilancia activa durante la estancia en el hospital, otras abogan por razones de eficiencia y para que la vigilancia sea posterior a la salida del paciente. Otra discusión gira alrededor de si se deben estudiar sólo los eventos que produjeron daño para evitar su repetición, o si también se deben incluir los eventos que podrían haber terminado en daño; sin embargo, si no hay una oportuna evaluación o análisis que conduzca a la toma de medidas administrativas correctivas, ambos abordajes podrían ser contraproducentes.

Por último, respecto a cómo las sociedades pretenden enfrentar el problema, están quienes abogan por el modelo americano de demandas e indemnizaciones que conllevan a mayores costos, y producir mayor distorsión de las relaciones que deben regir un sistema de salud entre las entidades reguladoras, las aseguradoras, las instituciones de salud, los trabajadores y los pacientes. Otros respaldan el modelo adoptado por las sociedades más avanzadas en la provisión de servicios de salud, y en especial en el manejo del error, que han concluido que las demandas médicas sólo logran encarecer los costos de los relacionados. Por ejemplo, en Nueva Zelanda ha llegado el sistema de "No Fallas", en el cual no se permite la instauración de demandas contra el personal o las instituciones de salud. El estado asume los costos derivados de los malos desenlaces procedidos de la provisión del cuidado o con ocasión de éste. Al mismo tiempo, entidades encargadas de vigilar e investigar las acciones del personal de salud o de las instituciones, se encargan de tomar los correctivos necesarios que haya a lugar. El tema es de gran interés para nuestra especialidad, ya que potencialmente puede afectar a la madre, al feto o al recién nacido. La frecuencia de eventos adversos en obstetricia es considerada baja, ya que la evitabilidad de los eventos es mayor. Además de los vacíos del conocimiento ya mencionados, existen algunos específicos a nuestro quehacer que requieren pronto estudio: se debe determinar la sensibilidad y especificidad de los criterios de detección utilizados de

manera genérica en los servicios quirúrgicos y médicos, así como la posible asociación entre el no cumplimiento de los criterios de calidad de atención de la paciente obstétrica y la aparición de eventos adversos, también los costos relacionados, y por último, pero no menos importante, cómo involucrar a los pacientes y sus familiares en la resolución del evento. Debemos los obstetras y ginecólogos, los médicos familiares, los médicos generales y las enfermeras que brindan atención materna perinatal, trabajar conjuntamente con las instituciones de salud y los pacientes en los aspectos de la seguridad; ya sea su prevención, detección, evaluación y análisis, para llevar a intervenciones que reduzcan el riesgo de error en nuestros procesos de atención y en programas de mejoramiento de calidad en nuestras pacientes.⁽⁸⁾

8. Los eventos adversos en la atención en salud. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 59 No 4 • 2008, pp. 270 – 272, Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología Colombia

CAPITULO 2

2 PROGRAMA DE LAS DIEZ METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE

2.1 MANUAL DE SEGURIDAD

El marco de la Seguridad del Paciente, concordante con las Políticas Nacionales, Estatales e Institucionales tiene la finalidad de minimizar los riesgos que conlleva la Práctica Clínica y maximizar los beneficios que trae con ella, así se fortalecerá la propuesta de mejora en la calidad de la atención médica proporcionada a la población más vulnerable con enfoque a cumplir con las diez líneas de acción para la Seguridad del Paciente derivadas de las 6 Metas internacionales establecidas por la Organización Mundial de la Salud y la Joint Comisión.

Todo lo anterior hace que sea imprescindible la seguridad de todos los pacientes que se hospitalizan en las unidades del ISSEMyM, por lo que los profesionales de la salud deben de conocer las estrategias de seguridad en todo momento, garantizando la seguridad antes de iniciar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico, logrando minimizar el riesgo potencial de un evento adverso para los pacientes.

2.2 MODELO DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

En este contexto el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios a través del Departamento de Atención en Enfermería, propuso un modelo en el cual plantea lo siguiente:

1. Participar en la evaluación de la seguridad y calidad de los cuidados de la práctica.
2. Mejorar la comunicación con los pacientes y profesionales de atención de salud.
3. Informar a los pacientes de posibles riesgos.
4. Trabajar para mejorar los sistemas relacionados con la práctica profesional.
5. Informar de los sucesos adversos a las autoridades que competen.
6. Mejorar los sistemas de prestación del cuidado.
7. Promover una cultura de la comunicación e información, insistiendo en que la seguridad es una de las preocupaciones primordiales para conseguir resultados y para la gestión de calidad de los sistemas de salud.

2.3 DIEZ ACCIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Derivado de lo anterior se ha determinado implementar en las unidades 97 unidades médicas del Instituto las 10 acciones de seguridad del paciente siendo estas las siguientes:

- 1.- Prescripción, Transcripción y Administración Segura de Medicamentos 10 Correctos
 1. *Medicamento correcto*
 2. *Paciente correcto*
 3. *Dosis correcta*

4. *Vía correcta*
5. *Horario correcto*
6. *Registro de medicamentos administrados*
7. *Informar e instruir al paciente sobre los medicamentos que recibe*
8. *Corroborar que el paciente no tome medicamentos no prescritos*
9. *Alergias y descartar interacciones farmacológicas*
10. *Lavado de manos antes de preparar y administrar medicamentos.*

2.- Identificación correcta del paciente

- Usar al menos dos datos diferentes (nombre completo, fecha de nacimiento, CURP o RFC) nunca el número de cama ni hora de ingreso.
- No utilizar número de cama u hora de atención para referirse al paciente.
- Todo paciente se deberá identificar con brazalete, ficha de identificación de cabecera y expediente rectificando datos de forma cruzada.

3.- Comunicación clara y efectiva

- Utilice terminología estandarizada.
- Sea conciso, claro, específico y oportuno.
- No utilice abreviaturas, acrónimos o símbolos.
- Cerciórese que se ha dado a entender (repetir orden quien la reciba en voz alta).
- Implementar un proceso de verificación de indicadores verbales o resultados de exámenes.
- Plan de mejora en caso de falla o error.

4.- Uso de protocolos y/o guías diagnósticas de Enfermería

- Siga protocolos los protocolos y/o guías clínicas de Enfermería de acuerdo al padecimiento (Manual de guías clínicas de Enfermería).

5.- Cirugía y Anestesia segura “Salva Vidas”

- Paciente correcto.
- Cirugía o procedimiento correcto.
- Sitio quirúrgico correcto.
- Momento correcto.
- Plan de mejora en caso de falla o error.

6.- Prevención de Caídas de pacientes

- Identifique pacientes o situaciones de alto riesgo.
- Si el paciente está en cama deje los barandales hacia arriba.
- Informe al paciente y/o familiares medidas preventivas.
- Realice valoraciones con escala de riesgo.

7.- Prevención de Infecciones Nosocomiales

- Higiene de manos antes y después de revisar a cada paciente.
- Lavarse las manos salva vidas.

8.- Factor Humano

- Si no se encuentra al 100% de sus capacidades (por cansancio, prisa o algún otro problema) extérnelo o pida ayuda.

9.- Clima de Seguridad

- De ejemplo de conciencia y cuidado frente a las acciones de seguridad del paciente.
- Fomente la camaradería en pro de la seguridad del paciente.

10.- Haga corresponsable al paciente.

- Facilite que expresen sus dudas.
- Verifique que el paciente haya entendido su padecimiento así como su tratamiento.
- Rectifique todos los tratamientos a los que esté siendo sometido.
- Incluya esta información en el enlace a otros servicios.

Por lo que las actuaciones de los profesionales de Enfermería en el ISSEMYM no quedan apartadas de la experiencia personal, intuición, sentido común, tradición o normas preestablecidas, sino por el contrario se requiere de evidencias para la toma de decisiones que debe mostrar la influencia positiva y significativa sobre Calidad de la Atención Médica.

2.4 OBJETIVOS DEL MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

OBJETIVOS:

General:

Reducir eventos adversos en los derechohabientes de las unidades médicas del ISSEMYM.

Específicos:

1. Analizar propuestas de mejora de las cuasi fallas y eventos adversos de las Unidades médicas del Instituto.
2. Sensibilizar al capital humano las unidades médicas del instituto involucrado en las acciones de seguridad sobre las intervenciones de mejora.
3. Seguimiento del Programa de Seguridad del paciente.

2.5 INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

2.5.1.- Indicador 1. Prescripción, transcripción y administración segura de medicamentos (10 correctos).

Definición del indicador

Este indicador forma parte de los estándares de calidad, se considera un procedimiento que realiza el equipo de salud desde de la indicación de medicamentos, la obtención así como para proporcionar la dosis exacta de los mismos. Las acciones que conforman este indicador están conformadas por una guía de actuación en la Prescripción, Trascricpción y Administración Segura de Medicamentos, con la finalidad de reducir factores de eventos adversos en pacientes con tratamiento farmacológico.

Objetivos:

- Implementar las medidas de seguridad necesarias para prevenir inconsistencias en la prescripción, transcripción y administración segura de los medicamentos.
- Contar con una Guía para la elaboración y actualización de procedimientos, con enfoque hacia la seguridad del paciente, para verificar que los medicamentos se estén prescribiendo, transcribiendo y ministrando correctamente, tomando como eje principal las “10C” (Persona correcta, medicamento correcto, vía correcta, dosis correcta, hora correcta y fecha de caducidad correcta).
- Estandarizar los métodos para prevenir los errores más frecuentes, los cuales corresponden a la prescripción, la transcripción y administración segura del medicamento en las Unidades Médicas.
- Implementar en coordinación con el Comité de Fármaco vigilancia, acciones para el reporte de eventos adversos en fármacos y minimizar su frecuencia e intensidad de las reacciones.

2.5.2.- Indicador 2. Identificación correcta del paciente.

Definición de la Identificación correcta del paciente

Asumiendo que los profesionales de la salud debieran acercarse cada día a los pacientes como si se tratara de la primera vez, un primer paso en la correcta identificación de los pacientes es la utilización de estrategias estandarizadas, que permita en todo momento conocer su identidad, como es; la verbalización del nombre y el primer apellido y el segundo, en caso de que coincidan éste con más de una persona.

Este indicador establece las bases para una adecuada identificación inequívoca de pacientes de las unidades hospitalarias, para su aplicación conjunta con todo el equipo multidisciplinario que garantice un procedimiento común. Existe evidencia que disminuye alrededor de un 50% en los errores asociados a la inadecuada identificación

de los pacientes con el uso de estrategias unificadas en el manejo de identidad del paciente.

Objetivos:

- Mejorar el Sistema de Identificación de los Pacientes Hospitalizados en las unidades del Instituto.
- Evitar errores con la identificación correcta del paciente.
- Normatividad del Sistema de Identificación del Paciente.
- Sensibilizar a los trabajadores de la salud involucrados en la atención del paciente.
- Realizar Supervisión y Monitoreo de la Implementación del Sistema de identificación del Paciente.

2.5.3.- Indicador 3. Comunicación clara y efectiva.

Definición del indicador

La comunicación efectiva como un proceso de intercambio de ideas entre individuos, es el pilar fundamental de las actividades del equipo de salud al permitir la continuidad de la atención y el establecimiento de relaciones interpersonales; que influyen en la recuperación del paciente al procurar el bienestar del mismo, en este sentido, los profesionales de la salud deben sustentar la práctica en la realización de procedimientos que le faciliten su intervención con la finalidad de garantizar cuidados con calidad y ayudarlo en la satisfacción de sus necesidades.

Transmisión de sensaciones, ideas, proyectos, acción entre individuos, que sirve de complementación psicológica y social.

Objetivos:

- Contar con una guía para la elaboración de procedimientos con enfoque hacia la seguridad del paciente libre de riesgos.
- Propiciar una comunicación efectiva, eficiente, empática y ética entre el equipo de salud y de este con el paciente.
- Establecer criterios para brindar la información que debe tener el paciente y su familia respecto al diagnóstico, tratamiento y cuidados a los que este se someterá.
- Instituir mecanismos de comunicación para corresponsabilizar al paciente y su familia en conservar, recuperar y atender su salud.
- Establecer acciones de mejora continua.

2.5.4.- Indicador 4. Uso de protocolos y guías diagnósticas y terapéuticas.

Definición del indicador

Las Guías Diagnósticas y Terapéuticas, son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales de la salud y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención médica más apropiada, seleccionando las opiniones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o condición clínica específica.

Objetivos:

- El objetivo de los Protocolos y Guías Diagnósticas y Terapéuticas es poner al alcance del personal de salud información basada en la mejor evidencia disponible, sobre la efectividad de estrategias e intervenciones para contribuir en la mejora de la calidad y seguridad del paciente en la atención médica.

2.5.5.- Indicador 5. Cirugía y Anestesia Segura “Salva Vidas”.

Definición del indicador

La cirugía es un componente esencial de la asistencia sanitaria en todo el mundo desde hace más de un siglo. Dada la creciente incidencia de las enfermedades médico quirúrgicas, el peso de las cirugías en los sistemas de salud públicos irán en aumento, los estándares mínimos que pueden ser aplicados universalmente definen el “entorno de seguridad en el proceso quirúrgico” como un asunto de salud pública orientada a la seguridad del cuidado quirúrgico.

Los cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrados en el procedimiento quirúrgico, el cirujano es un miembro esencial, pero no el único, de un equipo responsable de la atención al paciente cada una de las cuales desempeña una función de la que dependen la seguridad y el éxito de una operación. Para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de sucesos de este tipo, la Alianza por la Seguridad del Paciente, con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, expertos en seguridad del paciente y pacientes de todo el mundo, ha identificado una serie de controles de seguridad que podrían llevarse a cabo en cualquier quirófano. El resultado ha sido la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía.

Objetivos:

- Mejorar la seguridad de la cirugía a todos los derechohabientes que sea sometidos a una intervención quirúrgica.
- Definir un conjunto básico de normas de seguridad antes, durante y al final de la intervención quirúrgica.

- Aplicación de las listas de verificación al 100% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el área de quirófano y UTQ y continúan con sus cuidados en recuperación.

2.5.6.- Indicador 6. Prevención de caídas.

Definición del indicador

Se define como el conjunto de acciones que se realizan para proteger al sujeto hospitalizado de posibles caídas que pueden o no poner en riesgo su vida; participan también en estas medidas preventivas el profesional médico, paramédico e interdisciplinario, además de la familia del paciente.

Marco de referencia

En general todos los pacientes que son atendidos en un hospital corren el riesgo de tener caídas, en especial quienes ya las han sufrido que dadas sus características físicas o psicológicas son susceptibles de verse afectadas por este tipo de accidentes. En consecuencia es necesario que el ISSEMYM cuente con un estándar que le ayude a la enfermera a realizar una valoración específica del paciente tomando en cuenta sus características fisiológicas, psicológicas y ambientales con el fin de determinar el riesgo de caída e implantar un entorno seguro para minimizarlo y evitar lesiones.

Objetivos:

- Evitar caídas de los pacientes hospitalizados, mediante la aplicación de mediadas de seguridad.

2.5.7.- Indicador 7. Prevención de Infecciones Nosocomiales.

Definición del indicador

A pesar del progreso alcanzado en la atención hospitalaria y de salud pública, siguen manifestándose infecciones en pacientes hospitalizados, que también pueden afectar al personal de los hospitales. Las infecciones contraídas en los establecimientos de atención de salud están entre las principales causas de defunción y de aumento de la morbilidad en pacientes hospitalizados.

Las infecciones nosocomiales más frecuentes son las de heridas quirúrgicas, las vías urinarias y las vías respiratorias inferiores. En el estudio de la OMS y en otros se ha demostrado también que la máxima prevaencia de infecciones nosocomiales ocurre en unidades de cuidados intensivos y en pabellones quirúrgicos y ortopédicos de atención de enfermedades agudas. Las tasas de prevaencia de infección son mayores en pacientes con mayor vulnerabilidad por causa de edad avanzada, enfermedad subyacente o quimioterapia.

Objetivos:

- Mejorar la seguridad de la cirugía a todos los derechohabientes que sea sometidos a una intervención quirúrgica.
- Definir un conjunto básico de normas de seguridad antes, durante y al final de la intervención quirúrgica.
- Aplicación de las listas de verificación al 100% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el área de quirófano y UTQ y continúan con sus cuidados en recuperación.

2.5.8.- Indicador 8. Factor Humano.

Definición del indicador:

Concepto: Conjunto de conocimientos, habilidades y aptitudes inherentes a los individuos que forman la organización.

Objetivos:

- Diseñar y actualizar procedimientos con enfoque hacia la seguridad del paciente, libre de riesgos.
- Establecerán programa permanente de capacitación.
- Contar con un programa permanente para evaluar, aptitudes, conocimientos y destrezas.
- Controlar y supervisar la aplicación de procedimientos, para asegurar la calidad de la atención proporcionada e incrementar las acciones de seguridad del paciente. Consejo de Salubridad General Estándares Internacionales para la Certificación de Hospitales. Capítulo I. Estándares Internacionales Sección III, Metas Internacionales para la Seguridad del paciente.

2.5.9.- Indicador 9. Clima de seguridad.

Es el ambiente psicológico y social de una organización y condiciona el comportamiento de sus miembros. Una moral elevada genera un clima receptivo, amistoso, cálido y agradable.

Involucra factores estructurales, como el tipo de organización, tecnología utilizada, políticas de la institución, metas, reglamentos además actitudes de la conducta social que son motivados o sancionados a través de los factores sociales.

Objetivos:

- Dar a conoce el indicador y sus posible resistencia al cambio.
- Propiciar los aspectos que facilitan la implementación del estudio de clima organizacional para detectar áreas de oportunidad de los departamentos y/o servicios.

- Fortalecer el comportamiento organizacional con la implementación de programas de mejora continua.

2.5.10.- Indicador 10. Corresponsabilidad del Paciente Familiar en su cuidado y tratamiento

Definición del indicador

La participación del paciente y sus familiares en el proceso de atención a la salud es fundamental. El crear un ambiente de confianza, para poder expresar sus dudas ante su enfermedad, el tratamiento recibido, el vínculo con el paciente y favorece la imagen tanto del personal, de la atención médica, como de la Institución misma.

Objetivos:

- Favorecer la corresponsabilidad del paciente y familia en su cuidado y tratamiento en la relación personal de salud-paciente.
- Involucrar al paciente y su familia en el tratamiento médico así como en los cuidados a seguir.
- Establecer un criterio uniforme para la información que debe tener el paciente y su familia respecto al diagnóstico, plan y tratamiento médico al que se someterá.
- Establecer acciones de mejora continua con base en los indicadores propuestos en las Unidades Médicas del Instituto.⁽⁹⁾

9. Chávez M. T., Departamento de atención en Enfermería, Manual de Seguridad del Paciente, ISSEMYM.

CAPITULO 3

3.- INTERVENCIONES DEL PROFESIONAL EN ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LA ATENCIÓN DE LA PACIENTE OBSTÉTRICA.

3.1 PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LA ATENCIÓN DE LA PACIENTE OBSTÉTRICA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

Los errores humanos en la práctica de la medicina constituyen una amenaza para la seguridad de los pacientes. Anteriormente, todas estas fallas eran confinadas al conocimiento de unos pocos o inclusive solo a los directamente involucrados, negando a si la oportunidad a otros prestadores de servicios y a las instituciones de aprender de los errores y a la prevención de los mismos.

Las consecuencias de una práctica insegura incluyen un sinfín de efectos: que pueden ser desde los más leves, que inclusive pueden pasar inadvertidos tanto para el personal como para los propios pacientes, o bien estos pueden ser tan graves que pueden terminar en lesiones, discapacidad o muerte del paciente. La atención a la salud, se ha tornado insegura, lo que refleja un aumento de riesgos innecesarios a los pacientes.

Se estima que cada uno de 10 pacientes que vive en países industrializados sufre eventos adversos mientras recibe cuidados de salud: ante esta situación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente bajo el lema “Ante todo no hacer daño”, misma que tiene la finalidad de reducir la incidencia de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los enfermos al recibir atención.

Los errores en la práctica de enfermería pueden conducir a eventos adversos prevenibles, que se definen “como los daños causados al paciente por un procedimiento cuyo resultado no es atribuible a la enfermedad o condición de salud que origino la búsqueda de atención. Un ejemplo de evento adverso prevenible es el daño causado a un enfermo por la administración errónea en la dosis de un medicamento.

La publicación que mas a contribuido en poner dentro de las agendas nacionales e internacionales el tema de la seguridad del paciente fue: “To err is human: building a safer healthsystem”, Institute of Medicine USA (IOM), 2000.³ En ella se señala que en estados Unidos ocurrieron entre 44,000 y 98,000 muertes anuales como resultado de errores médicos por arriba de los accidentes de motor, cáncer de mama y VIH/SIDA. Este informe considero que al año se gastaban de 17 a 29 millones de dólares por concepto de errores médicos, lo que representaba costos directos en la atención del paciente en 50% del total.

Como resultado de este informe y a la instancia de la OMS, se creó la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente; esta Alianza, realizo una búsqueda sobre estudios en este tema que abarco desde 1984 hasta 2001. De acuerdo con los resultados de estos estudios, se encontró que la magnitud de los eventos adversos fue ligeramente menor a 4% en estudios realizados en Estados Unidos y de casi 17% en Australia.

3.1.1. ACCIONES QUE DESEMPEÑA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA GARANTIZAR EL CUIDADO SEGURO.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) ha manifestado su posición en la seguridad de los pacientes; este organismo, desde el año 2002, está promoviendo que las enfermeras y las asociaciones nacionales de enfermeras de sus países miembros deben realizar las siguientes acciones como parte fundamental del papel que desempeña el personal de enfermería para garantizar cuidados seguros:

- a) Informar a los pacientes y familiares de los posibles riesgos.
- b) Comunicar prontamente las autoridades competentes los casos adversos.
- c) Ejercer una activa función de elevación de la seguridad y calidad de los cuidados.
- d) Mejorar la comunicación con los pacientes y los demás profesionales de atención de salud.
- e) Influir para que los niveles de dotación de personal sean adecuados.
- f) Favorecer las medidas que mejoren la seguridad de los pacientes.
- g) Promover programas rigurosos de lucha contra las infecciones.
- h) Influir a favor de políticas y protocolos de tratamiento normalizados que reduzcan al mínimo los errores.
- i) Relacionarse con los órganos profesionales que representan a los farmacéuticos, los médicos, etc., para que mejore el embalaje y etiquetado de los medicamentos.
- j) Colaborar con los sistemas de comunicación nacionales para registrar y analizar los acontecimientos adversos y aprender de ellos.
- k) Desarrollar mecanismos, por ejemplo mediante la acreditación, para que se reconozcan las características de los dispensadores de atención de salud, que constituyen la marca de excelencia en la seguridad de los pacientes.

Así mismo el CIE, asegura que los niveles inadecuados de la dotación de personal en las instituciones guardan una estrecha relación con el aumento de eventos adversos como son: las caídas de los pacientes, heridas causadas por la permanencia en cama, errores en la medicación, infecciones contraídas en los hospitales y los índices de readmisión, que pueden dar lugar a estancias hospitalarias más prolongadas o a índices más elevados de mortalidad en los hospitales. La escasez y baja motivación o insuficiencia de sus capacidades técnicas son también factores determinantes de la seguridad de los pacientes.

Por este motivo, se requiere que todos los involucrados en la atención a la salud, emprendan acciones para mejorar la calidad de atención y la seguridad del paciente. De ahí que los expertos hacen un llamado a los políticos, proveedores y ciudadanos para instaurar una cultura que promueva el conocimiento y análisis de los errores para conseguir una asistencia más segura. Derivado de estas recomendaciones, las principales organizaciones sanitarias internacionales 4,9,10 coinciden en recomendar a los diferentes gobiernos que sitúen la seguridad del paciente en el centro de todas las políticas sanitarias pertinentes, promoviendo así la comunicación de incidentes

relacionados con la seguridad de pacientes, favoreciendo la formación de profesionales en el análisis de causas para prevenir errores y procurar una atención sanitaria higiénica como el mejor modo de prevenir infecciones.

La seguridad del paciente, es una responsabilidad en el acto del cuidado y dado que el objeto de estudio de enfermería es el cuidado, el profesional de enfermería a nivel internacional está creando una corriente de nuevas estrategias que permitan garantizar la seguridad del paciente.

3.1.2 RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Derivado de lo anterior en México, el Sector Salud ha promovido una serie de recomendaciones relacionadas con la seguridad del paciente entre las que destacan:

- a) Identificación del paciente.
- b) Comunicación clara.
- c) Manejo de medicamentos (diez correctos).
- d) Cirugía y procedimientos (con los tres correctos: cirugía y procedimiento, sitio quirúrgico y momento correcto).
- e) Evitar caídas del paciente.
- f) Uso de protocolos y guías.
- g) Evitar infecciones nosocomiales.
- h) Clima de seguridad.
- i) Factores humanos.
- j) Hacer partícipe al paciente de la toma de decisiones.

Estas recomendaciones se promueven con el propósito de favorecer la calidad del cuidado y la seguridad del paciente. Así mismo, la Comisión permanente de Enfermería ha coordinado la construcción de indicadores de calidad en enfermería, con respecto a la ministración vía oral, vigilancia y control de venoclísis instalada y trato digno de enfermería; si bien estos tres indicadores tienen que ver con la seguridad del paciente, actualmente esta comisión está trabajando en el desarrollo de otros indicadores de cuidado.

Para conocer la magnitud de los eventos adversos en la atención a la salud, México, como algunos sistemas de salud, está transitando hacia sistemas de registro voluntarios y anónimos. En Inglaterra se ha establecido el National Reporting and Learning System, que recoge de manera anónima las incidencias que son del conocimiento de los prestadores y de los usuarios de los servicios de salud. En nuestro caso, una estrategia similar se está adoptando a través de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud y por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) que diseñó una página web para que se registren los errores en la atención médica y derivado de esta información se permita emitir recomendaciones como proponer el rediseño de métodos, procedimientos o protocolos, pero en especial, mejorar la práctica, de los profesionales de salud del país y la seguridad de los pacientes.

Finalmente es necesario considerar otros factores que intervienen para garantizar la seguridad del paciente como son: la capacidad instalada en las instituciones, la provisión de recursos, la cualificación de los recursos humanos, a si como factores subjetivos y poco estudiados que influyen en los momentos críticos tales como: la fatiga, insatisfacción, saturación, falta de protocolos y procedimientos entre otros; varios de estos factores están implícitos en el trabajo cotidiano del personal de enfermería al proporcionar un ambiente seguro en el cual las personas puedan desenvolverse sin sufrir daños y que tengan una sensación de seguridad. No debemos olvidar que el paciente hospitalizado experimenta una dualidad en tanto que el hospital se convierte en el control de la situación de salud que le aqueja, pero la separación familiar y el cumplimiento de normas que rigen a las instituciones de salud, le representan sentimientos de inseguridad.

3.2 PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

La mortalidad materna es un problema prioritario en la agenda internacional. En el mundo, la mortalidad materna para el año 2000, tenía una razón de 400 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. En los países en desarrollo esta razón es de 440 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es de 20 muertes por cada 100,000 nacidos vivos.

Las complicaciones de salud durante el embarazo y el parto son responsables de un 18% de la carga global de enfermedad de las mujeres entre los 15 y 44 años de edad en el mundo entero. Tienen además un serio impacto sobre la salud de los recién nacidos. Los hijos de madres que fallecen por problemas relacionados con el embarazo, parto o puerperio tienen 10 veces más riesgo de morir que los recién nacidos de madres que sobreviven.

En el mundo, a pesar de tener un alto porcentaje de partos institucionales, la morbimortalidad materna y perinatal es alta, lo que lleva a pensar en problemas en calidad en la atención en salud. Se ha estimado que entre un 90 y 95% de las muertes maternas son potencialmente evitables. De hecho, la atención materna es un marcador de la calidad de la atención en el ámbito de la Salud Pública.

Los resultados de la atención materna están determinados por la aparición de complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio y de manera más importante, por la adecuada atención de estas complicaciones. La oportunidad en la atención está relacionada con tres tipos de eventos: los no institucionales (que conducen a demoras en la decisión de acudir en busca de cuidado médico y tardanza en la referencia de pacientes), los institucionales (deficiencias organizacionales) y los errores individuales (que afectan la calidad y oportunidad del cuidado médico proveído).

Dado que la muerte materna es evitable en una importante proporción de casos y que las intervenciones destinadas al tratamiento oportuno de las complicaciones han mostrado ser eficaces, es importante determinar el impacto que tienen los eventos médicos intrahospitalarios en términos de mortalidad y morbilidad.

Se ha definido como evento adverso (EA) al daño no intencionado o complicación que produce bien sea discapacidad al momento de la salida del paciente, la muerte, o una estancia hospitalaria prolongada, y que es fruto del manejo médico más que debido al proceso patológico subyacente del paciente.

La falta de datos completos, oportunos y confiables a nivel local acerca tanto de la frecuencia de los EA en la atención materno perinatal, como de la magnitud en que pueden ser prevenibles, limita el análisis de la morbilidad y mortalidad materna, así como de los eventos asociados a éstas. Lo anterior justifica la vigilancia epidemiológica activa de la morbilidad materna, como un primer paso para poder determinar en qué grado ésta es resultado de la historia natural de la enfermedad o de eventos surgidos del cuidado proveído. Esto permitirá definir las áreas institucionales a intervenir y contar con un nivel basal de comparación que permita la evaluación de las intervenciones dirigidas a impactar de forma positiva la morbilidad y mortalidad materna de causa institucional.⁽¹⁰⁾

La seguridad de los pacientes se ha tornado un tema importante para los sistemas de salud a nivel mundial como un componente que garantice sus expectativas y necesidades durante el proceso de atención. En octubre de 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) conjuntamente con líderes mundiales de salud, presentaron una alianza para reducir el número de enfermedades, lesiones y muertes derivadas de errores en la atención de la salud. Un estudio de la Universidad de Harvard reportó que 70% de los efectos adversos, producto de errores en la atención médica deriva en discapacidades temporales y 14% en la muerte del paciente, teniendo un impacto económico importante. Pero también puede sufrir otro tipo de afectaciones como las de carácter social, familiar y emocional.

Otros estudios mencionan como consecuencia la prolongación de días estancia hospitalaria, demandas judiciales, infecciones intrahospitalarias, discapacidad y el incremento del costo de gastos médicos, que de acuerdo al país oscila entre 6 y 29 mil millones de dólares al año.

La atención médica y de Enfermería en los espacios ambulatorios, hospitalarios, y de algunos otros servicios de salud se han tornado inseguros e innecesarios para los pacientes. Las consecuencias de una práctica insegura incluyen desde las más leves que pasan inadvertidas por el personal de salud o desapercibidas por los propios pacientes, hasta las más graves que terminan en lesiones, discapacidad o muerte de los pacientes.

Para tratar el tema de los errores humanos existen dos abordajes: el humano y el del sistema. En el primero se sostiene que el error tiene su origen en acciones inseguras y en violaciones a los procedimientos que el personal de salud comete como consecuencia de problemas de motivación, sobrecarga de trabajo, cansancio, estrés, falta de atención y negligencia.

10. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Tamizaje de eventos adversos en atención obstétrica Vol. 56 No.1 • 2005 • (18-17).

Bajo este abordaje la literatura señala como estrategias aquellas que se generan para disminuir el riesgo a través de campañas de difusión con carteles y mensajes.

En el abordaje del sistema, la premisa básica es que los humanos son susceptibles de cometer errores, aun cuando trabajen en la mejor organización. De tal forma que el sistema debe crear barreras de defensa que eviten los errores. Bajo este contexto cuando un evento adverso tiene lugar lo importante de la estrategia no es buscar al culpable sino buscar el cómo y por qué las barreras fallaron.

De acuerdo al Modelo del Queso Suizo utilizado por Reason, en la organización deben establecerse defensas, barreras y puestos de seguridad que prevengan la ocurrencia de los errores. La existencia de estas barreras defensivas en el sistema de salud incluyen: barreras tecnológicas (alarmas, barreras físicas, apagadores automáticos y otros); barreras formadas por los proveedores (cirujanos, anesthesiólogos, Enfermeras y otros) y barreras o controles administrativos.

En un mundo ideal estas barreras defensivas deben permanecer intactas, pero en realidad cada una de éstas son como rebanadas de queso suizo que tiene varios orificios. A diferencia del queso, estos orificios se encuentran en continuo movimiento, cerrándose y abriéndose en diferentes momentos. Aunque la presencia de estos orificios no es a menudo la causa de los errores, sino cuando una serie de orificios momentáneamente se alinean en una misma trayectoria y como resultado es posible que ocurra un evento adverso.

Los orificios en las barreras aparecen por dos razones: fallas activas y condiciones latentes. Las fallas activas son actos inseguros cometidos por la gente que está en contacto directo con el paciente. Éstas toman una variedad de formas: desliz, torpezas, equivocaciones y violaciones de los procesos. Por lo general tienen corta vida en la integridad de las barreras de defensa. Las condiciones latentes son las inevitables "huésped patógeno" dentro del sistema. Se originan de las decisiones tomadas por diseñadores, constructores, procedimientos y directivos de la organización. Cada decisión puede convertirse en una equivocación. Todas las decisiones tienen la capacidad de introducir patógenos en el sistema. Las condiciones latentes tienen efectos adversos: pueden traducirse en errores provocados por las condiciones del lugar de trabajo (por ejemplo: presión de tiempo, falta de personal, equipo inadecuado, entre otros).

Esto puede producir orificios o debilidades duraderas en las barreras de defensa, indicadores y alarmas no confiables, procedimientos inoperantes, diseño y construcciones deficientes y otros. Las condiciones latentes, como su nombre lo indica, pueden permanecer dentro del sistema por muchos años antes de que su alineación con las fallas activas puedan crear una oportunidad para que suceda un accidente.

La seguridad de los pacientes, que se ha definido como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro de los servicios de salud, está en la agenda de los principales organismos internacionales que promueven la salud de la población. Aun cuando no se

trata de un fenómeno nuevo, las evidencias científicas documentadas en los últimos años, han obligado a los tomadores de decisiones a establecer políticas relacionadas con la prevención, medición y evaluación de lo que comúnmente se ha conocido como errores de la práctica médica. En este sentido, en México, la Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud, en el Marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud estableció un grupo de trabajo con la responsabilidad de diseñar e implantar estrategias que promuevan la seguridad de los pacientes. El grupo diseña propuestas y líneas de acción sobre la adecuación de los sistemas de información, vigilancia, monitoreo y evaluación de la seguridad del paciente a fin de que sean establecidas en todas las instituciones de salud del país.

En efecto el ingreso del paciente en cualquier institución de salud supone siempre un riesgo, independiente del proceso por el que ingresa. Durante este paso por las instalaciones de la institución pueden suceder incidentes que originen lesiones y entre éstos se destacan por su morbilidad y secuelas las caídas.

Los pacientes que sufren una caída incurren en lesiones físicas, psicológicas y en tiempos prolongados de hospitalización. Este evento por sí solo incrementa significativamente la morbilidad y los costos económicos derivadas de las complicaciones inherentes.

Las causas que provocan las caídas son múltiples y se pueden agrupar en factores intrínsecos (o propios de la persona) y extrínsecos o ambientales.

El índice de caídas es considerado uno de los indicadores que evalúa la calidad de los cuidados, es por ello que se retoma y se promueve entre el personal de enfermería el aceptar y tomar conciencia que uno de los aspectos importantes en los programas de prevención de caídas es la correcta "identificación de los pacientes en riesgo".

Es así, como el Instituto Mexicano del Seguro Social, estableció desde finales del 2005 el Sistema de Vigilancia "Evento Centinela y Riesgos" (VENCER), con el propósito de sistematizar el manejo de los eventos centinela en los hospitales y aprovechar el aprendizaje de la Institución para mejorar la seguridad de los derechohabientes. El "evento centinela" es considerado como un hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro. Se le llama "centinela" porque emite una señal que advierte acerca de algo que requiere atención inmediata. Hasta la fecha los reportes analizados indican que el mayor porcentaje de eventos centinela son las caídas de pacientes y éstas generan a la institución costos adicionales por estudios radiológicos, medicamentos y estancia hospitalaria prolongada por mencionar algunos. Los resultados de los registros de evento centinela reportados en 2006 en la UMAE No. 23 muestran que 53 eventos fueron caídas de pacientes adultas hospitalizadas en ginecología y obstetricia 62.3%; llama la atención que es en el servicio de puerperio de bajo riesgo en el que se inicia la movilización temprana (seis horas posterior al evento obstétrico). Ante esta circunstancia y la preocupación por la seguridad de las pacientes el objetivo de este trabajo fue contar con un índice de seguridad, definido como "aqué"

que mide, identifica situaciones, hechos graves, no deseables o que nunca debieron ocurrir", sí ocurren; obligan al equipo de salud a... detenerse y... evaluar. El índice de seguridad fue incluido en la hoja de indicaciones médicas y tiene la finalidad de ser utilizado por la enfermera cuando moviliza fuera de cama por primera vez a las pacientes hospitalizadas en los servicios de ginecología y obstetricia, así como reducir o evitar el evento centinela por caídas. ⁽¹¹⁾

La vigilancia, prevención y notificación de evento adverso es el procedimiento universal más efectivo para prevenir y/o disminuir secuelas, lesiones o complicaciones en el paciente durante la asistencia de salud.

La preocupación por la seguridad del paciente en los servicios sanitarios no es un tema nuevo, ya que los primeros estudios datan de 1950, pero lo cierto es que en los últimos cinco años, desde que el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el libro «To err is Human: building a safer E/ath system» en 1999, el problema ha adquirido una dimensión mundial y se ha incorporado a las agendas políticas y al debate público.

Desde entonces, no sólo los gobiernos sino también las organizaciones internacionales han desarrollado iniciativas para apoyar estrategias tanto nacionales como internacionales que contribuyan a la mejora de la seguridad de los pacientes en todo el mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la 55 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en el 2002, aprobó la resolución WHA55. en la que se insta a los estados miembros a prestar «la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y a establecer y consolidar sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología. En dicha resolución los estados miembros de la OMS pedían a la Organización que tomara la iniciativa para definir normas y patrones mundiales, alentar la investigación y apoyar el trabajo de los países para concebir y poner en práctica normas de actuación concreta.

En la Asamblea Mundial del 2004 se acordó organizar una Alianza Internacional para La Seguridad de los Pacientes que fue puesta en marcha el 27 de octubre de ese mismo año.

A la iniciativa de la OMS han seguido en el 2005 las de la Comisión Europea y del Consejo de Europa. El 5 de abril del 2005, la Comisión Europea bajo la presidencia luxemburguesa y la Dirección General de Salud y Protección del Consumidor consensuaron la declaración «Patient security: making it happen», en la que se recomienda a las instituciones europeas: a) la creación de un foro de discusión en el que todos los estamentos implicados puedan evaluar las actividades tanto nacionales como internacionales; b) trabajar conjuntamente con la Alianza de la OMS para lograr un acuerdo en temas de seguridad de pacientes y crear un banco europeo de soluciones con estándares y ejemplos de buena práctica; c) crear la posibilidad de establecer mecanismos que apoyen iniciativas a escala nacional teniendo en cuenta

11. Telles M.E. (2008). Evento centinela en la atención obstétrica, Revista Enferm Inst Mex Seguro Soc. 16 (3): (27 – 30).

que el programa de la seguridad del paciente se encuentra dentro de la Dirección General de Salud y Protección del Consumidor; d) asegurar que las directivas y recomendaciones de la Unión Europea (UE) relacionadas con los productos médicos tienen en consideración la seguridad del paciente; e) favorecer el desarrollo de estándares internacionales aplicables a la tecnología médica, y f) asegurar que los marcos reguladores de la UE mantienen la privacidad y confidencialidad de los pacientes, a la vez que permiten a los profesionales el acceso a la información necesaria.

El Consejo de Europa, asimismo, organizó otra reunión el 13 de abril de 2005 en Varsovia, con todos sus estados miembros, que concluyó con la «Declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los Pacientes».

En la actualidad, la seguridad de los pacientes durante el proceso de atención médica ha alcanzado una relevancia prioritaria, determinando la necesidad urgente de garantizarles que sus necesidades de salud se vean satisfechas en las mejores condiciones posibles, sin verse complicadas por eventos adversos ocurridos durante el proceso de la atención.

Como consecuencia de los errores médicos, con frecuencia se da lugar a eventos adversos que representan daño para la salud del paciente, que pueden tener consecuencias graves para la salud, la integridad o la vida del paciente. En el presente documento se hace énfasis en que los eventos adversos pueden presentarse sin que esté de por medio un error médico, sino por fallas en la estructura y en los sistemas, incluyendo recursos físicos y tecnológicos, en el mantenimiento, organización, comunicación, personal, capacitación, procesos no estandarizados, falta de supervisión y otros.

La seguridad del paciente está recibiendo atención cada vez mayor en los sistemas de atención en salud. Un indicador importante de la seguridad del paciente es el índice de eventos adversos en los pacientes atendidos.

FACTORES DE RIESGO PARA PRESENTARSE UN EVENTO ADVERSO	
FACTORES HUMANOS	<ul style="list-style-type: none"> Sobre demanda, turnos, sobrecarga de trabajo, fatiga, competencias (habilidad y conocimiento), falta de procesos, exceso de confianza.
FACTORES DE PROCESOS	<ul style="list-style-type: none"> Fallos organizativos y operativos en los diferentes pasos del proceso, falta de estandarización (protocolos, guías).
EQUIPAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> Infraestructura inadecuada, falta de recursos, mantenimiento reactivo y proactivo, equipos deficientes, obsolescencia.
FACTORES AMBIENTALES	<ul style="list-style-type: none"> Ruido, espacio, ventilación.
GESTION DE LA INFORMACION	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación intra y extra equipo.
LIDERAZGO	<ul style="list-style-type: none"> Falta de Liderazgo, Autocracia, Cultura de la organización con respecto a la seguridad, Inadecuada delegación de responsabilidades, compromisos personales.
SUPERVISION INADECUADA	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de auditorías y seguimientos.

EVENTOS ADVERSOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Muerte. • Flebitis. • Caídas. • Infección de Herida Quirúrgica. • Infección de vías urinarias. • Infecciones por catéter venoso central • Retiro accidental de catéter venoso central. • Multipunción en instalación de catéter venoso central. • Extravasación. • Salida de catéter epidural. • Infección, retracción, erosión de la piel alrededor del estoma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de medicamento erróneo. • Neumonía • Ulceras por presión. • Hemotórax. • Neumotórax • Hemorragias. • Reintervención quirúrgica. • Reacción anafiláctica. • Trombosis. • Dehiscencia de herida. • Fístulas. • Abscesos. • Colocación de solución errónea.
IMPACTO DE EVENTOS ADVERSOS	
EVENTO ADVERSO	IMPACTO
PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte. • Lesiones Físicas. • Incapacidad. • Demora de Alta. • Estancia Prolongada. • Aumento de Costos.
PERSONAL DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés. • Depresión. • Ejercicio a la defensiva. • Costos en el patrimonio. • Pérdida de Imagen
PREMISAS EN LA ATENCION DE SALUD	
<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidad. • Estar centrada en el paciente. • Satisfacer sus necesidades de salud. • Satisfacer sus expectativas. • Calidad • Seguridad • Efectividad y eficiencia. • Equidad. • Satisfacción del usuario. • Satisfacción del personal. • Basarse en la capacitación y actualización permanente del personal 	

Prevención de los eventos adversos:

1. Prevención de los eventos adversos sin error médico:

Resolver los problemas estructurales, casi todos ellos fáciles de identificar y en general de resolver.

En la planeación y organización de los servicios de salud y en los proyectos de las instalaciones hospitalarias, debe privilegiarse las medidas de seguridad para el paciente, teniendo en cuenta los riesgos a que está sujeto durante su hospitalización, con el propósito de otorgarle una mayor seguridad.

El equipo, el material de consumo y los medicamentos deben ser suficientes y suministrarse después de haber acreditado los controles de calidad requeridos.

El mantenimiento de los equipos debe ser suficiente para que se encuentren permanentemente en operación y libres del riesgo de dañar a los pacientes.

Especial énfasis debe tenerse en la selección, capacitación y actualización del personal en los conocimientos médicos vigentes, que permitan garantizar una competencia profesional, congruente con las necesidades de los pacientes.

Medidas específicas:

- Disminuir la altura de las camas.
- Verificar la operación de los equipos.
- Revisar a los pacientes.
- Presencia de los médicos.
- Vigilancia por las noches.
- Controlar los accesos al hospital.
- En casos de defunción la respuesta debe ser inmediata.

2. Prevención de eventos adversos por error médico:

Para prevenir y evitar un error médico, particularmente cuando existe un riesgo de que éste ocurra como consecuencia de la aplicación de un criterio clínico incorrecto, se recomienda las siguientes herramientas:

Guías clínicas: La estandarización de los procesos permite una mayor seguridad, al minimizar las posibilidades de decisiones incorrectas, aun cuando sin quitarle al médico la capacidad de decisión, cuando a su criterio debe actuarse en forma diferente, particularmente en situaciones críticas.

Basarse en las guías clínicas como herramienta que permite conducir el proceso de atención. Conforme a los lineamientos y procedimientos que expertos en la operación de cada una de las áreas hubieran elaborado con tal propósito.

Con frecuencia nos vamos a encontrar con la negativa del personal médico para elaborar o para conducir el proceso de atención conforme a las guías clínicas, con el argumento fútil de que restringen la libertad de acción o de prescripción del médico.

Las guías clínicas sin ser restrictivas de la actuación del médico, ayudan a recabar la información y las evidencias necesarias, representan un apoyo adicional a la práctica médica y a la prevención de los eventos adversos, mediante el análisis crítico y aplicación de la medicina basada en evidencias.

Medicina basada en evidencias: Aplicar los preceptos de la Medicina Basada en Evidencias. Si tenemos en cuenta el significado de la palabra "evidencia ": Certeza clara o manifiesta, de la que no se puede dudar, prueba de algo o revelar o demostrar algo. Se hace patente que en la medida que la práctica clínica pueda contar con las evidencias suficientes, las posibilidades de un error médico se reducirían proporcionalmente, la elección del criterio se realizaría con menor riesgo y se tomaría la mejor decisión para evitar desembocar en un evento adverso. Con relación a las evidencias se puede considerar que existe mayor riesgo de error médico en las siguientes circunstancias:

- Tomar decisiones sin evidencias.
- Tomar decisiones sin tener en cuenta las evidencias.
- Tomar decisiones en contra de las evidencias.
- No tomar decisiones hasta no tener evidencias.

Competencia profesional: En lo referente al error médico, las causas se ubican en su competencia profesional, incluyendo su actualización en los conocimientos médicos vigentes, sus destrezas, su experiencia, así como el desarrollo de un razonamiento clínico escrupuloso, buscando y utilizando las evidencias disponibles. La aplicación de los conocimientos médicos vigentes nos provee de una herramienta invaluable, que permite tener elementos objetivos, documentales y ciertos, en la medida del estado del arte, para sustentar una decisión o la aplicación de un criterio. Ante una evaluación de la práctica médica, por cualquiera de las instancias competentes, ya sean médicas, académicas, administrativas o legales, la actuación conforme a los conocimientos médicos vigentes y su registro cuidadoso en el expediente clínico, además de una actuación en beneficio del paciente, permite contar con un respaldo efectivo en caso de quejas y demandas.

Por lo tanto, es imprescindible que el médico en particular y el personal de salud en general, mantengan actualizados sus conocimientos a través de los diferentes recursos disponibles.

Debe considerarse que existen factores determinantes que nos exponen al riesgo de presentación de un error médico que dé lugar a un evento adverso y a una sanción laboral o legal:

- Actuar sin saber: carecer del diploma de especialista.

- Actuar sin estar autorizado: carecer del Certificado del Consejo de Especialidad o de la Dirección General de Profesiones. Hacer lo que no se sabe que no se debe hacer: ignorancia.
- No hacer lo que se sabe que se debe hacer: negligencia.
- Hacer lo que se sabe que no se debe hacer: dolo.

No se justifica los errores médicos derivados de ignorancia, impericia, imprudencia, negligencia, falta de experiencia o exceso de confianza. El paciente no tiene por qué asumir los costos de la curva de aprendizaje de los médicos ni, aún menos, la mala práctica.

Es necesario reconocer que siempre existe el riesgo de que aun con una práctica clínica depurada y habiendo cumplido todas las normas y cánones de una buena práctica médica, se presente un evento adverso no previsible, no prevenible o inevitable, teniendo en cuenta los numerosos factores capaces de ocasionarlo.

Expediente clínico.

Una buena práctica clínica para prevenir un error médico y por ende, un evento adverso, perdería su utilidad si no se hubiera documentado en el expediente clínico lo ocurrido, a pesar de la aplicación de las guías clínicas, la utilización adecuada de las evidencias disponibles, sobre las cuales sustentamos la elección de un criterio determinado o los razonamientos fundamentados en los conocimientos médicos vigentes. Cualquier acción médica que hubiera ocurrido, cualquier decisión que se hubiera tomado o cualquier criterio que se hubiera aplicado, serían legalmente inexistentes si no hubieran sido documentadas en el expediente clínico.

Los registros en el expediente clínico son, además, el medio de comunicación por excelencia para otorgar una atención coordinada con otros médicos que tengan que intervenir en la atención de un paciente; para comunicar las prescripciones al personal de enfermería y para la evaluación de la calidad de la atención médica.

El expediente clínico es la mejor herramienta para defenderse en contra de quejas o demandas.

La práctica de la clínica es un recurso que aumenta el conocimiento, el interés y la curiosidad científica, sin embargo, existe una tendencia a dejarla de lado, con lo cual "el arte de la clínica se ha ido substituyendo por el arte de la interpretación de la técnica".

Es indispensable retomar y privilegiar una relación médico paciente más estrecho, que facilite la comunicación en ambos sentidos, al igual que con la familia y el resto del personal de salud. Es importante escuchar y tomar en cuenta lo dicho por el paciente, la familia y el personal de salud.

Cada vez observamos con más frecuencia, interrogatorios superficiales y exploración física incompleta, seguidas de la "vía corta" ("by pass"), hacia el estándar de oro:

¿Para qué hacer una exploración completa de los pulmones y del área cardiaca, si contamos con una telerradiografía de tórax?

¿Para qué hacer una larga y detallada exploración neurológica, si existe la resonancia magnética nuclear?

Esta conducta aun cuando podría abreviar tiempo (que en casos de urgencia podría justificarse), es onerosa para los pacientes y para las instituciones y nos expone al error médico. Una buena práctica clínica es el principal proveedor de evidencias para la toma de decisiones y elegir el criterio adecuado.

Epidemiología. En algunos casos, ni el apego a las guías clínicas, ni las evidencias disponibles después de un estudio clínico completo y acucioso, conforme a los conocimientos médicos vigentes, la medicina basada en evidencias y registros acuciosos en el expediente clínico, permiten llegar a una conclusión diagnóstica o terapéutica segura, siendo necesario decidir entre una o más opciones. En estos casos, los estudios epidemiológicos locales orientan hacia la opción más probable.

Experiencia. Decía Sir William Osler en 1919: "El arte de la medicina puede ser aprendido sólo por la experiencia, no puede ser heredado ni revelado. Aprender a ver, oír, sentir, percibir olores, sólo se puede hacer practicando y así llegar a ser un experto".

La mayor experiencia del médico derivada de una práctica clínica desarrollada con calidad, le permite una mejor percepción anticipatoria de los riesgos de que ocurra un evento adverso, e identificar la presencia de signos o síntomas que orientan hacia determinada posibilidad, que con frecuencia resulta ser la correcta.

La experiencia sólo se adquiere al relacionar comparativamente un problema clínico con situaciones similares vistas con anterioridad. Es un hecho de observación que a mayores conocimientos, evidencias y experiencia, habrá menos errores, y que entre menos evidencias haya se requerirá mayores conocimientos y experiencia.

Mejora continua en la calidad de la atención de salud:

Los procesos dirigidos a la mejora continua de la calidad de la atención de salud, deben incorporar programas para la atención y manejo de a los eventos adversos, con el propósito de prevenir su presentación, identificarlos oportunamente, reportar aquellos que hubieran ocurrido y realizar las medidas necesarias para que el fenómeno no se repita, de acuerdo con los siguientes pasos:

Promover un cambio cultural, a través de desarrollar un pensamiento disciplinado, que conduzca a la investigación y análisis sistemático de las causas de los eventos adversos y al trabajo organizado para su prevención.

Es necesario que el paciente tenga confianza: En la institución, en el hospital, en la competencia profesional del personal, en el buen estado de los equipos, en la seguridad física de su persona y sus pertenencias.

El paciente requiere: Participar en la toma de decisiones relacionadas con su atención, que se le procure alivio a su dolor, tiempo para ser escuchado y que se preste atención a la información que proporcione, identificación, reporte, manejo temprano y seguimiento de los eventos adversos y de los riesgos potenciales.

Es necesario contar con una supervisión suficiente que permita garantizar el cumplimiento de las medidas de seguridad al paciente y la aplicación de la normatividad vigente en el proceso de atención.

Identificar y analizar las causas: Con oportunidad y en forma sistemática, sistematizar el análisis de casos, identificar la secuencia de eventos, comparar la secuencia de eventos con lo que debió ocurrir, definir claramente el problema, identificar al personal de salud que hubiera estado involucrado en el proceso, conocer los procesos que contribuyeron con el evento adverso.

Contar con un sistema formal de prevención, identificación oportuna, atención inmediata y respuesta organizada para casos de eventos adversos en general y eventos centinela en particular.

NOTIFICACIÓN EVENTO ADVERSO	
S A - G U A R D I A M E N T E	<ul style="list-style-type: none"> • Respuesta organizada y sistemática de la solución del problema. • Capacitación del personal para cumplir con sus responsabilidades y mejorar su desempeño. • Cobertura del personal faltante. • Disponibilidad de información. • Promover una comunicación adecuada entre los participantes. • Promover un ambiente físico adecuado. • Evitar las barreras en la comunicación de los factores de riesgo. • Buscar la forma de prevenir los factores incontrolables. • Si hubo muerte, responder de inmediato. • Evaluación permanente de resultados para identificar las recurrencias. • Difundir el conocimiento de los eventos adversos, sus causas y estrategias de prevención. • Capacitar al personal en la identificación y prevención de los eventos adversos. • Reingeniería de los procesos a través de cambios en sistemas y procesos, para reducir la posibilidad de casos nuevos. Identificar factores condicionantes: ¿Qué ocurrió? ¿Por qué? ¿Cuáles son los factores inmediatos? ¿Quién participó? Factores humanos relevantes en el evento. • Desempeño del equipo. • Factores controlables que afectaron el resultado. • Factores externos controlables. • Áreas o servicios en riesgo. • Mejorar la seguridad de los pacientes.

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN.

Estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos producidos en el ámbito sanitario, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes. Son una parte de la "cultura de seguridad" donde se entienden los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar.

ASPECTOS LEGALES DE LA NOTIFICACIÓN:

Aspectos a considerar.

- No tener orientación punitiva.
- Sería contradictorio un sistema abierto a la penalización con el objetivo principal de estos sistemas: el autoaprendizaje.
- La mayoría de eventos adversos atribuibles a la atención sanitaria no deberían ser tributarios de acciones legales, puesto que no se puede identificar intencionalidad.
- Existencia de una legislación que proteja a los profesionales y centros notificantes puede ser muy conveniente.

SISTEMA IDEAL DE REGISTRO Y NOTIFICACIÓN:

- NO PUNITIVO
 - ❖ Confidencial.
 - ❖ Independiente.
 - ❖ Análisis por expertos.
 - ❖ Análisis a tiempo.
 - ❖ Orientación sistémica.
 - ❖ Capacidad de respuesta.

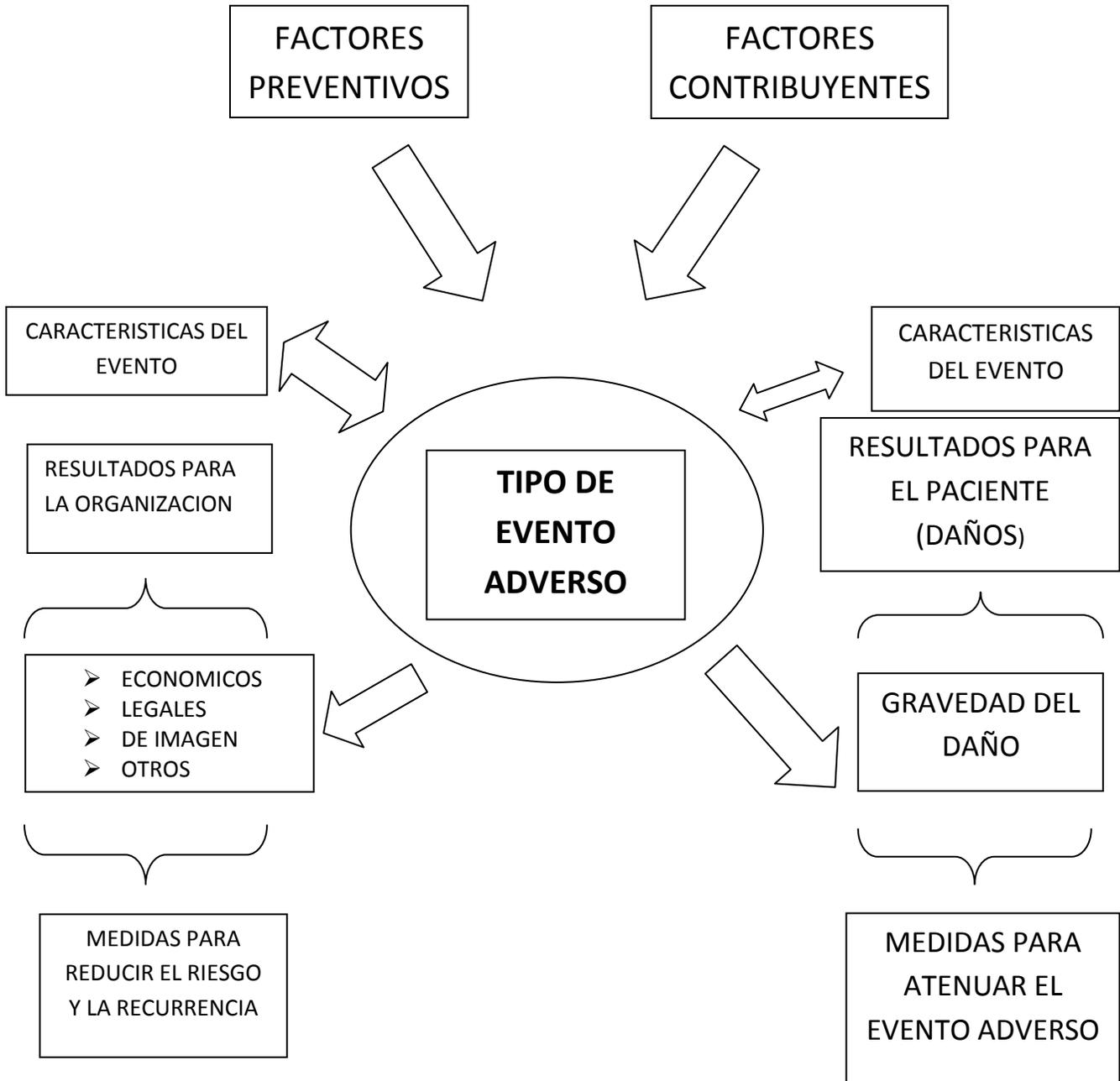
BARRERAS PARA LA NOTIFICACIÓN:

- La falta de conciencia de que un error ha ocurrido.
- La falta de conocimiento de qué se debe documentar y por qué.
- La percepción de que el paciente puede ser indemne al error.
- Miedo a las acciones disciplinarias o denuncias.
- La falta de familiaridad con los mecanismos de notificación.
- Pérdida de autoestima.
- Los profesionales sienten que están demasiado ocupados para documentar.

Aspectos destacables de la experiencia de los sistemas existentes:

- Definición clara del propósito y utilidad que se pretende dar al sistema.
- Utilizar estos sistemas con fines de aprendizaje.
- Desarrollar una nomenclatura estandarizada para la notificación.
- Análisis de casos realizados por expertos.
- Inicialmente no se debe enfocar el éxito de estos sistemas en el volumen de las Notificaciones.
- Definir categorías que permitan identificar factores humanos y de sistema que favorecen la producción de eventos adversos.
- Desarrollar mecanismos efectivos de retroalimentación.
- Implantar medidas derivadas del aprendizaje.
- Difusión de resultados.
- Debe ser no punitivo y estar basado en la confianza y el compromiso de mejora de todos los interesados.
- Se debería consensuar entre los diversos grupos de interés.
- Incluir eventos adversos graves, leves e incidentes.
- Sistema inicialmente voluntario que pueda evolucionar en algunos aspectos hacia la obligatoriedad.
- Inicialmente anónimo (que evolucione en consonancia con la cultura de la seguridad).
- Sistemas basados en la notificación electrónica mediante una Web que pueda canalizar estrategias de difusión y promoción de prácticas seguras.
- Incorporar la posibilidad de apoyo individual a los profesionales que lo requiera.

MODELO TEORICO DEL ESTUDIO DEL EVENTO ADVERSO



*Basado en el Marco Conceptual para la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. OMS. 2007

Marco Legal:

Dentro de las consideraciones legales, la Ley General de Salud establece en el Título Segundo, Artículos VI y XII, la responsabilidad del personal de salud en todo aquello que se refiere a la atención médica e incluye las actividades de protección y restauración de la Salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-EM-002-SSA2-2003. Para La Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales.

Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA 1-2002. Instalación y Operación de la Fármaco vigilancia.

OMS. Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente 2007.

OMS - Guías Internacionales de Armonización (ICH E6) relativas a la Investigación Clínica.

No.	INDICADOR	EVENTO ADVERSO
1	Lavado de manos (indicador universal).	Aplica en todos.
2	Venopunción periférica.	Multipunción en instalación de catéter venoso periférico. Flebitis.
3	Manejo del paciente móvil.	Caídas. Neumonía. Ulceras por presión.
4	Instalación de sonda vesical.	Infección de vías urinarias.
5	Instalación de catéter venoso central.	Multipunción en instalación de catéter venoso central. Infecciones relacionadas a catéter venoso central. Retiro accidental de carácter venoso central, Migración de la Guía, Taponamiento Cardíaco. Neumotórax, Hemotórax. Trombosis, Embolia, Punción Arterial.
6	Curación de catéter venoso central.	Infecciones relacionadas a catéter venoso central. Retiro accidental de catéter venoso central.
7	Instalación de catéter epidural.	Salida de catéter epidural.
8	Planeación de manejo de estomas.	Infección, retractación, erosión de la piel alrededor del estoma, fístula, absceso.
9	Instalación del Dren pleural	Hemotórax. Neumotórax.
10	Manejo del paciente Post Quirúrgico.	Reintervención quirúrgica. Hemorragia. Trombosis. Dehiscencia de herida. Infección de herida quirúrgica Fístula, Absceso.
11	Ministración de medicamentos.	Reacción anafiláctica. Ministración de medicamento Erróneo. Trombosis. Absceso.
12	Ministración de soluciones.	Colocación de solución errónea.

**ANÁLISIS
E
INTERPRETACIÓN
DE
RESULTADOS**

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Resultados obtenidos del trabajo de investigación titulado: Conocimiento de las 10 Metas Internacionales de Seguridad en la Atención Obstétrica por el Equipo de Salud, realizada en el Hospital regional ISSEMYM Zumpango, en especial en el Servicio Unidad Tocoquirúrgica.

Los resultados de las 10 Metas Internacionales de Seguridad reporta la siguiente información relacionada a los eventos adversos en la atención exclusiva a pacientes obstétricas:

Los datos generales de la población en estudio reporta principalmente el género femenino en un 71%, el resto es masculino en un 29%, por lo que observamos que el género femenino predomina en el equipo de salud de la unidad tocoquirúrgica de esta institución (Ver cuadro y gráfica No. 1). La distribución de edad del personal se encuentra desde 21 años a más de 41 años, el promedio del grupo es de 32 años de edad y los intervalos con mayor frecuencia son los siguientes: de 26 a 30 años de edad con el 29%, en segundo lugar los intervalos de 31 a 35 años y de 36 a 40 años con un 21%, en tercer lugar el intervalo de más de 40 con un 17% y por último el intervalo de 21 a 25 años en el cual encuentra el 12% (Ver cuadro y gráfica No. 2).

La categoría de los integrantes del equipo de salud cuenta con los siguientes porcentajes: en primer lugar se tiene al Médico Especialista con un 34%, al personal de Enfermería General con un 29%, el profesional de Enfermería Especialista con 25%, el Médico Residente con un 8% y el Médico General con un 4%. De acuerdo a los resultados se muestra que el equipo está integrado principalmente por personal de enfermería y médicos especialistas, el resto lo constituye médicos residentes, médicos y enfermeras generales (Ver cuadro y gráfica No. 3).

En lo que respecta al turno el 50% lo ocupa la guardia nocturna, le sigue el turno matutino con un 21%, el turno especial con un 17% y por último el turno vespertino con un 12%. Dichos resultados reflejan la participación de los diversos turnos y es importante comentar que se obtuvo el total de la participación de los compañeros excepto las personas que por algún motivo se ausentaron el día de la aplicación. (Ver cuadro y gráfica No. 4).

Haciendo referencia a la antigüedad laboral se encontró que el equipo de salud está constituido por 24 personas distribuidos (6) en el 25% de la población cuenta con solo un 1 año de antigüedad, en segundo lugar con 7 años de antigüedad en (5) personas representada por el 21%, en tercer lugar con 3 años (4) personas con el 17%, continuando en la cuarta posición con 6 años de servicio para el 13% de la población (3) personas, quinto lugar el personal con 5 años de servicio (2) personas en el 8% de la población y por último el personal de 2, 4, 8 y 13 años de servicio cada uno de ellos representa el 4% es decir (1) persona por cada año de antigüedad señalado anteriormente. Dichos resultados reflejan que la población en estudio la mayoría tienen pocos años de antigüedad comparado con los de mayor antigüedad laboral. (Ver cuadro y gráfica No. 5).

El nivel académico del equipo de salud se encontró distribuido en forma descendente de la siguiente manera: Especialidad Médica (8) personas que representan el 33%, con Licenciatura en Enfermería (6) profesionistas integradas en el 25%, el personal de Enfermería Especialista y Técnico en Enfermería cada uno con (3) personas integradas en un 13% respectivamente, Médicos Residentes en un 8% (2) con recursos en esta categoría y por último un recurso en cada nivel académico con el 4% cada uno el personal de Enfermería General y el Médico General. Los resultados muestran que el equipo de salud está constituido principalmente por el personal de Enfermería seguido del personal médico. (Ver cuadro y gráfica No. 6).

En el cuadro y gráfica No. 7 muestra el conocimiento que refiere tener el personal de Enfermería General en relación a las Diez Metas Internacionales de Seguridad enfocadas en especial a los cuidados de la paciente obstétrica en el servicio de la Unidad Tocoquirúrgica se encontró que generalmente aplica con conocimiento la ministración de medicamentos en 87%, posteriormente refiere conocer la aplicación del indicador Cirugía y Anestesia Segura en un 81%, a continuación el indicador que involucra la corresponsabilidad familiar y paciente reporta un 73%, mientras que el factor humano parece aplicarse en el 69%, la conciencia de prevenir caídas en un 65%, contar con el conocimiento del factor clima de seguridad laboral la contempla el 62%, mientras que la Identificación de la paciente y la Comunicación Efectiva solo identifican el 61% en ambos y por último la prevención de las Infecciones Intrahospitalarias la reporta solo el 55%. En lo general se concluye que el factor absolutamente desconocido por dicho personal está relacionado con el conocimiento de los Protocolos y Guías Terapéuticas que en presente estudio en la paciente obstétrica están relacionadas: SSA-013-08 Diagnóstico y tratamiento del reflujo gastroesofágico en pediatría en el primer nivel de atención, SSA-019-08 Atención de climaterio y menopausia, SS-020-08 Atención integral de pre eclampsia, SSA-026-08 Prevención, diagnóstico y referencia de la amenaza de aborto en el 1er nivel de atención, IMSS-031-08 Diagnostico de apendicitis aguda, IMSS-048-08 Realización de operación cesárea, IMSS-052-08 Vigilancia y manejo de parto, IMSS-058-08 Detección y diagnóstico de enfermedad hipertensiva en el embarazo, IMSS-063-08 Diagnóstico y manejo del parto pre termino, IMSS-088-08 Diagnóstico y tratamiento del aborto espontaneo y manejo inicial del aborto recurrente y SSA-103-08 Prevención y manejo de la hemorragia post parto en el primer y segundo niveles de atención. Los resultados confirman que en general no se cuenta con un dominio general de dichas metas porque refieren tener el antecedente solo de algunos indicadores de forma parcial.

El conocimiento de los indicadores para el personal de Enfermería General y Especialista podemos deducir que muestra más dominio de las metas internacionales el personal de Enfermería General comparado con la Enfermera Especialista. La coincidencia en ambas categorías es la aceptación del desconocimiento sobre el indicador No. 4 relacionado al dominio de los Protocolos y Guías Terapéuticas. Los resultados obtenidos en forma descendente fue el indicador Ministración de Medicamentos con un 83%, mientras que el indicador prevención de caídas con un 76%, el indicador Cirugía y Anestesia Segura con un 71%, el indicador de corresponsabilidad reporta el 65%, a continuación la comunicación Efectiva con el 63%,

la identificación correcta en un 54%, el indicador relacionado al clima de seguridad indica el 53%, el Factor Humano con el 52%, la prevención de Infecciones Nosocomiales solo el 49% y por último el profesional de Enfermería General y Especialista desconocen el indicador relacionado a los Protocolos y Guías Terapéuticos. (Ver cuadro y gráfica No. 7 y 8).

Los resultados del personal Médico Residente refiere estar involucrado con los indicadores principalmente el factor humano con un 93%, identificación correcta del paciente en un 88%, mientras que el clima de seguridad informa un 87%, cuidar la Cirugía y Anestesia Segura el 76%, la corresponsabilidad el 75%, llevar a cabo la comunicación Efectiva el 63%, la Ministración de Medicamentos solo el 50%, prevención de Infecciones Intrahospitalarias con 47% , la prevención de Caídas el 43% y la debilidad generalizada en el equipo de salud tanto del personal de Enfermería como médico fue reportado el indicador No. 4 uso de protocolos y Guías Terapéuticas con un desconocimiento vinculado a dicha meta de seguridad, por lo que se sugiere a futuro un reforzamiento a través de una estrategia didáctica para promover el programa de seguridad en el paciente. (Ver cuadro y grafica No. 7, 8 y 9).

El Médico Especialista informa sobre la aplicación de las 10 Metas de Seguridad principalmente en la Cirugía y Anestesia Segura con el 90%, corresponsabilidad 83%, seguridad en el Factor Humano el 80%, Ministración de Medicamentos 78%, EL Clima de seguridad con 67%, Identificación del Paciente y la Comunicación Efectiva con 66%, Prevención de Infecciones Nosocomiales 58%, la Prevención de caídas 52% y nuevamente se refuerza el comentario anterior que el indicador relacionado al Uso de Protocolos y Guías Terapéuticas es totalmente desconocido como se muestra en los cuadros y gráficas No. 7, 8, 9 y 10.

El Médico General arrojo la siguiente información en relación a las 10 Metas de Seguridad en el Paciente, teniendo como punto principal el indicador de Cirugía y anestesia Segura con un 88%, seguido del rubro de Clima de seguridad con un 76%, a continuación se encontró a la Identificación Correcta del paciente, Comunicación Efectiva y a la Corresponsabilidad del Paciente y Familiar con un 75% cada uno, el Factor Humano con un 71%, la Prevención de Caídas con un 57%, la Prevención de Infecciones Nosocomiales con un 50%, en la cuestión de Criterios de Ministración de Medicamentos con tan solo 44% y se reitera la falta total del conocimiento a cerca de el indicador No. 4 del Uso de protocolos y Guías Terapéuticas. (Ver Cuadro y gráfica 7, 8, 9, 10 y 11)

En forma general se encontró que el Médico Residente tiene mejor conocimiento de las Metas con un 68% siendo que este personal está en cierta forma actualizado, pero no difiere mucho con el Médico Especialista y general con un 67% cada uno; se puede decir que el conocimiento de estos profesionales de la salud es proporcional al nivel que ellos manejan. La Enfermera General maneja el conocimiento en un 63% y la Enfermera Especialista en un 56% siendo esto por una probable rutina en el servicio del cuidado de la paciente. Todo esto nos demuestra que a pesar de conocer las Metas hace falta una capacitación pronta y continua para mejorar el sistema de gestión del

cuidado en la paciente obstétrica ya que en general el porcentaje es bajo y no se alcanza ni un 70%. (Ver cuadro y gráfica No.12).

El indicador número 6 relacionado a caídas ocupó el octavo lugar en un orden decreciente con un 52% en relación al dominio de la información, el indicador número 7 relacionado a la prevención de infecciones Nosocomiales ocupó el noveno lugar con un 48% y el indicador número 8 factor humano alcanzó el cuarto lugar que corresponde al 65%. Por lo tanto el resto de los indicadores que cuentan con riesgo del dominio de la información de dichas metas de seguridad son los siguientes: la meta correspondiente a protocolos y Guías diagnósticas y terapéuticas, cirugía y anestesia segura, a continuación la corresponsabilidad del paciente y la familia en su tratamiento, Ministración de medicamentos, el indicador correspondiente a comunicación efectiva, identificación del paciente y clima de seguridad (Ver cuadro y gráfica No. 13).

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Las conclusiones del presente estudio titulado: “CONOCIMIENTO DE LAS DIEZ METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA POR EL EQUIPO DE SALUD” muestra las siguientes conclusiones:

Las infecciones nosocomiales es una meta de las mas importantes; por medio de esta como su nombre lo dice nos da la pauta para evitar infecciones intrahospitalarias. El manejo inadecuado del indicador en el presente estudio resulta inquietante ya que se trabaja con pacientes de post parto atendidas con episiotomía, pacientes con puerperio quirúrgico, con recién nacidos y sumado a cada uno de los procedimientos del equipo de salud se involucra directamente al presente indicador el procedimiento llamado lavado de manos, este acto tan sencillo pero a su vez tan significativo, puesto que esta simple acción nos evita la presencia de infecciones en pacientes obstétricas.

Otro indicador es la prevención de caídas en pacientes obstétricas, en lo general no existe el conocimiento y por ende el manejo óptimo para evitar el riesgo que implica una caída, esto nos hace referencia a que no se tiene el cuidado necesario durante su estancia hospitalaria en el trabajo de parto, parto y/o puerperio esto probablemente se debe a la carga de trabajo, rutina del servicio, recursos humanos insuficientes, el desconocimiento del indicador entre múltiples factores que influyen en dicho indicador.

La meta relacionada al “Factor Humano” esta directamente relacionada a la actuación consciente y responsable de cada recurso humano que debe cuidar y proteger la seguridad de otra persona. Es importante señalar que dicho factor generalmente deja vulnerable la seguridad de la paciente cuando no estamos brindando un cuidado de calidad, es importante comentar que la presente meta influye directamente en el resto de los indicadores lo que refleja la trascendencia de cuidar la presente meta de seguridad para prevenir accidentes, incidentes incluida la muerte. Las principales manifestaciones del presente indicador se reflejan en el equipo de salud con muestras de cansancio, enfermedad, enojo, distracción entre otras razones personales, profesionales y sociales.

Por lo tanto se concluye de acuerdo a los resultados de las Diez Metas Internacionales de Seguridad es relativo o nulo el conocimiento con que cuenta el Equipo de Salud para garantizar la seguridad en la atención de la paciente obstétrica.

Dentro del equipo de salud se encontró que el área médica en especial el Médico Residente muestra tener conocimiento de las Metas, probablemente se deba a la experiencia que en materia logro obtener en los diversos centros hospitalarios comparado con el personal de Enfermería que generalmente cuenta con un centro laboral. Otro punto a comentar es que el conocimiento es similar en las diferentes categorías médicas llámese Médico Residente, Médico Especialista y Médico General; se puede decir que el conocimiento de estos profesionales de la salud es similar independientemente de la categoría laboral.

Los resultados del personal de Enfermería muestra que la categoría de Enfermería Especialista curiosamente es el personal con el conocimiento mínimo de dichas metas, a continuación se ubica el personal de Enfermería General, lo que refleja que la preparación en este caso es indirecta al conocimiento de dichas metas de seguridad; aunque cabe señalar que los resultados por el área médica y de Enfermería son similares en relación a las 10 Metas Internacionales de Seguridad en la paciente Obstétrica dichos resultados en el equipo de salud son alarmantes y la cultura de la prevención debe ser prioridad para la seguridad humana.

Independientemente de la categoría o de la profesión el dominio de las 10 Metas Internacionales de Seguridad es responsabilidad de todos y cada uno de los integrantes del equipo de salud porque las consecuencias de los eventos adversos son susceptibles de ser prevenibles y eliminar la posibilidad de involucrarnos en un problema legal derivado del ejercicio laboral. El quehacer profesional del equipo de salud tiene consecuencias a nivel individual, en equipo e institucional, dañando así el prestigio y la confianza de las instituciones de salud.

Todo esto nos demuestra que a pesar de conocer parcialmente o en forma nula las Metas se requiere de una capacitación integral y con un profundo sentido de responsabilidad social y ética profesional para mejorar el sistema de gestión del cuidado en la paciente obstétrica, sin olvidar que en el presente estudio están involucradas la vida de dos o más seres humanos y nuestro compromiso involucra la seguridad Perinatal y trascienden dichas metas de seguridad para cualquier tipo de paciente.

Como conclusión general del presente estudio basado a la hipótesis que a la letra dice: “Conocimiento de las 10 METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD para la atención obstétrica el equipo de salud no tiene el conocimiento sobre la prevención de infecciones nosocomiales, la prevención de caídas y el factor humano” se sabe que fue disprobada porque esta investigación nos arrojó que al menos en estos tres indicadores no se tiene el conocimientos suficiente por parte del equipo de salud. Si bien podemos agregar que en la Prevención de Caídas el personal de Enfermería solo cuenta con el conocimiento básico, el demás equipo de salud no tiene bien definido este indicador. Refiriéndonos a la Prevención de Infecciones Nosocomiales ningún elemento del equipo de salud tiene un dominio de este indicador, ni siquiera se puede decir que se tenga el conocimiento básico. El Factor Humano en el cual a pesar de haber conseguido un porcentaje favorable este sigue siendo bajo, en la presente investigación se da uno cuenta de que puede ser muy variable este indicador porque aunque se conozca las actividades de cada uno de los integrantes del equipo de salud pueden ser muy variables y estas a su vez pueden afectar en un mayor o menor grado la actitud hacia el paciente y verse reflejadas en algún evento adverso. Finalizando se deja ver con claridad que hace falta el fomento del conocimiento, la capacitación y difusión de cada uno de los indicadores de seguridad del paciente obstétrica en la Unidad Tocoquirúrgica.

SUGERENCIAS

SUGERENCIAS

- La elaboración de un plan de enseñanza para la capacitación del equipo de salud en materia de las 10 Metas Internacionales de Seguridad, dicho programa involucra la participación de la Dirección, Jefes de Enseñanza y expertos en la materia.
- Comprometer la capacitación del total del personal del equipo de salud incluyendo al personal de base, personal de nuevo ingreso, médicos residentes, Pasantes de Servicio Social, suplentes en todas las categorías sin distinción alguna.
- Desarrollar investigación relacionada a la evaluación y seguimiento de las Diez Metas Internacionales de Seguridad.
- Proponer un programa preventivo dirigido especialmente para la atención de la paciente Obstétrica en materia del cumplimiento de las 10 Metas Internacionales de Seguridad.
- Diseñar y proponer un programa anual de sesiones clínicas dirigido al personal del Hospital para abordar las 10 metas de Seguridad internacional y otras las que sean necesarias para difundir la información.
- Sensibilizar al personal de salud para participar en el reporte, control y seguimiento de eventos adversos, con la finalidad de mejorar la calidad en el servicio.
- Proponer investigación para identificar las barreras, limitaciones y situaciones que originan eventos adversos en pacientes obstétricos.

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Epidemiología. Sistema Único de Información. Núm. 22, Vol 26, Semana 22, del 31 de Mayo al 6 de Junio de 2009.
2. Diana milena L. V., Sandra Milena Ríos Villegas, Luz V. E., Seguridad del paciente en la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín 2008.
3. Efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en Ginecología y Obstetricia: una revisión crítica. Revista calidad asistencial, 2005; 20(2):90-9. España.
4. Rev Latino-am Enfermagem 2007 janeiro-fevereiro; 15(1) www.eerp.usp.br/rlae
5. Villareal Cantillo E. (2007). Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud Uninorte. 23 (1): 112 – 119
6. Durlach R. (2008). Seguridad de los pacientes. Errar es humano. Ocultar los errores es imperdonable. No aprender de ellos no tiene perdón. Seguridad de los pacientes. 1 (1): 10 – 13
7. Subsecretaría de innovación y calidad. Seguridad del paciente. Boletín. No 2, Septiembre 2005.
8. Los eventos adversos en la atención en salud. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 59 No 4 • 2008, pp. 270 – 272, Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología Colombia
9. Chávez M. T., Departamento de atención en Enfermería, Manual de Seguridad del Paciente, ISSEMYM.
10. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Tamizaje de eventos adversos en atención obstétrica Vol. 56 No.1 • 2005 • (18-17)
11. Telles M.E. (2008). Evento centinela en la atención obstétrica, Revista Enferm Inst Mex Seguro Soc. 16 (3): (27 – 30)

BIBLIOGRAFÍA

- Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007; 23 (1); 112-119.
- Seguridad del Paciente Hospitalizado, Rúelas Enrique, Médica Panamericana, 119 páginas, España, 1 edición (2008).
- Seguridad en el Paciente, Subsecretaría de Innovación y Calidad, México (D.F.) 2005; 1; 4-6.
- Seguridad en el Paciente, Subsecretaría de Innovación y Calidad, México (D.F.) 2005; 2; 3-7.
- Lineamientos generales para el cuidado de la seguridad del paciente, CONAMED, México (D.F.) 13; 38-56.
- <http://www.dgepi.salud.gob.mx>
- García-Barberos M. Alianza mundial para la seguridad del paciente. [Sitio en internet]. URL disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo14.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. [Sitio en internet]. URL disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>
- Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Hamilton JD. Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust 1996; 164 (12):754.
- Reason J. Human error: models and management, BMJ 2000: 768-770.
- Restrepo, FR. Seguridad del paciente y seguimiento a riesgos en el sistema único de habilitación en el contexto del Sistema Obligatorio de Garantía de la Atención en Salud. [Sitio en internet]. URL disponible en: <http://www.minproteccion-social.gov.co/VBeContent/Library/documents/DocNewsNo15750DocumentNo3401.pdf>
- Diccionario de la Real Academia Española.
- Primera Guía de Seguridad del Paciente “Primera Estrategia Identificación Correcta del Paciente”, Dirección Corporativa de Administración, Subdirección de

Servicios de Salud, Unidad de Planeación, Normatividad e innovación, Pemex, Agosto 2008.

- R. Figueroa, F. Ortiz, J. Arredondo. Infecciones nosocomiales de origen gíneco – obstétrico en un hospital de atención perinatal. Salud Pública de México, Enero – Febrero, año/vol. 36, número 001, Instituto Nacional de Salud Publica, Cuernavaca México, p.p. 10-16, 2004.
- Rev Latino-am Enfermagem 2007 janeiro-fevereiro; 15(1). www.eerp.usp.br/rlae
- <http://www.salud.gob.mx/unidades/epide>
- Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad maternal y perinatal 2009 – 2015/ Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima: Ministerio de Salud: 2009. 56p.
- J. C. March, M. A. Prieto, A. Suess y M. Escudero, Seguridad del paciente: Una perspectiva antropológica. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Granada, España, 2008.

ANEXOS

TABLAS Y CUADROS

Cuadro No. 1

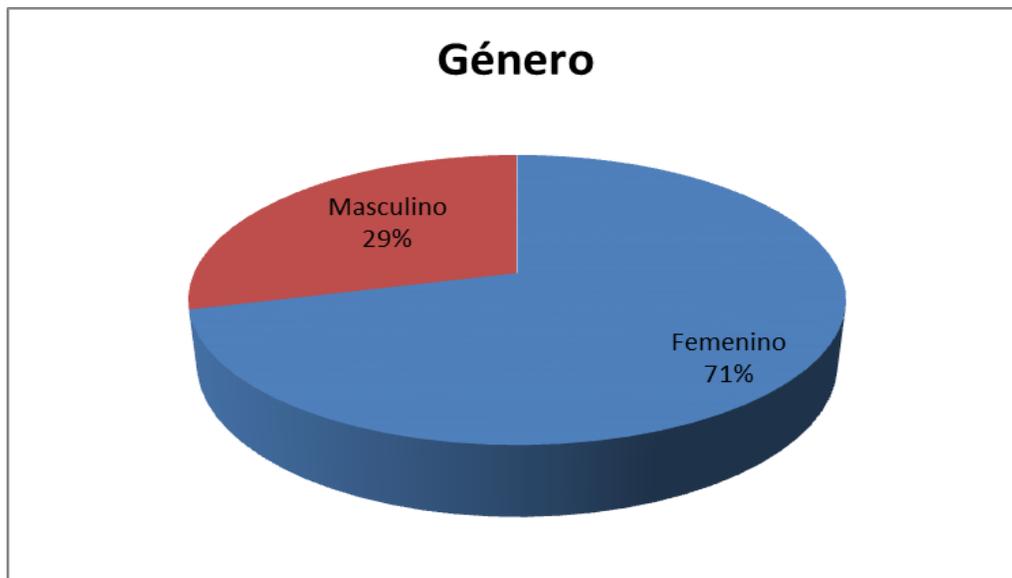
GÉNERO DEL EQUIPO DE SALUD QUE PARTICIPÓ EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTO DE LAS 10 METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD.

GÉNERO	Fx	%
Femenino	17	71%
Masculino	7	29%
TOTAL	24	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al Equipo de Salud del Hospital Regional ISSEMyM Zumpango, 2011.

Gráfica No. 1

GÉNERO DEL EQUIPO DE SALUD QUE PARTICIPÓ EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTO DE LAS 10 METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD.



Fuente: Cuadro No. 1

Cuadro No. 2

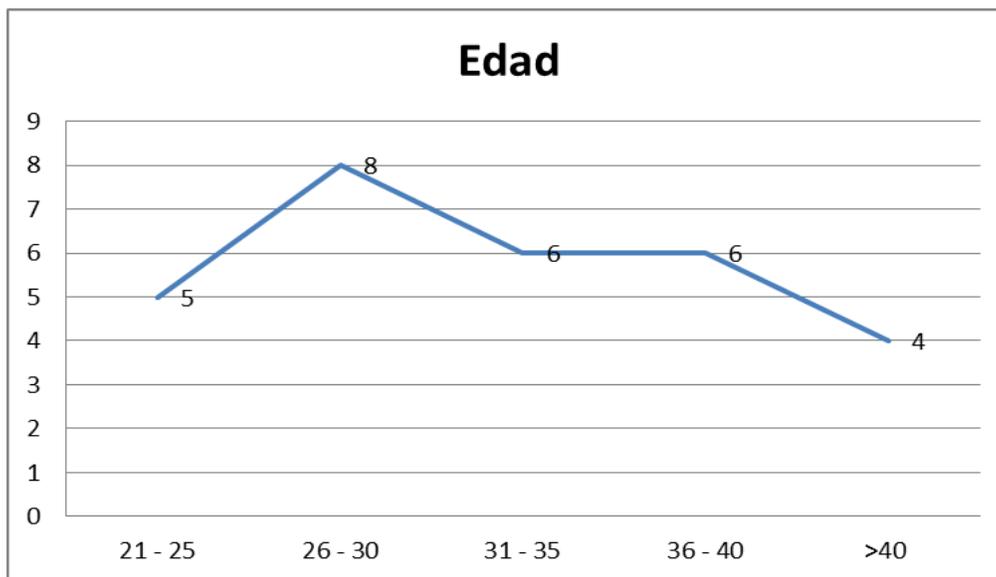
EDAD DEL EQUIPO DE SALUD QUE PARTICIPÓ EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTO DE LAS 10 METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD.

EDAD	Fx	%
21 – 25	3	12%
26 – 30	7	29%
31 – 35	5	21%
36 – 40	5	21%
>40	4	17%
TOTAL	24	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al Equipo de Salud del Hospital Regional ISSEMyM Zumpango, 2011.

Gráfica No. 2

EDAD DEL EQUIPO DE SALUD QUE PARTICIPÓ EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTO DE LAS 10 METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD.



Fuente: Cuadro No. 2

Cuadro No. 3

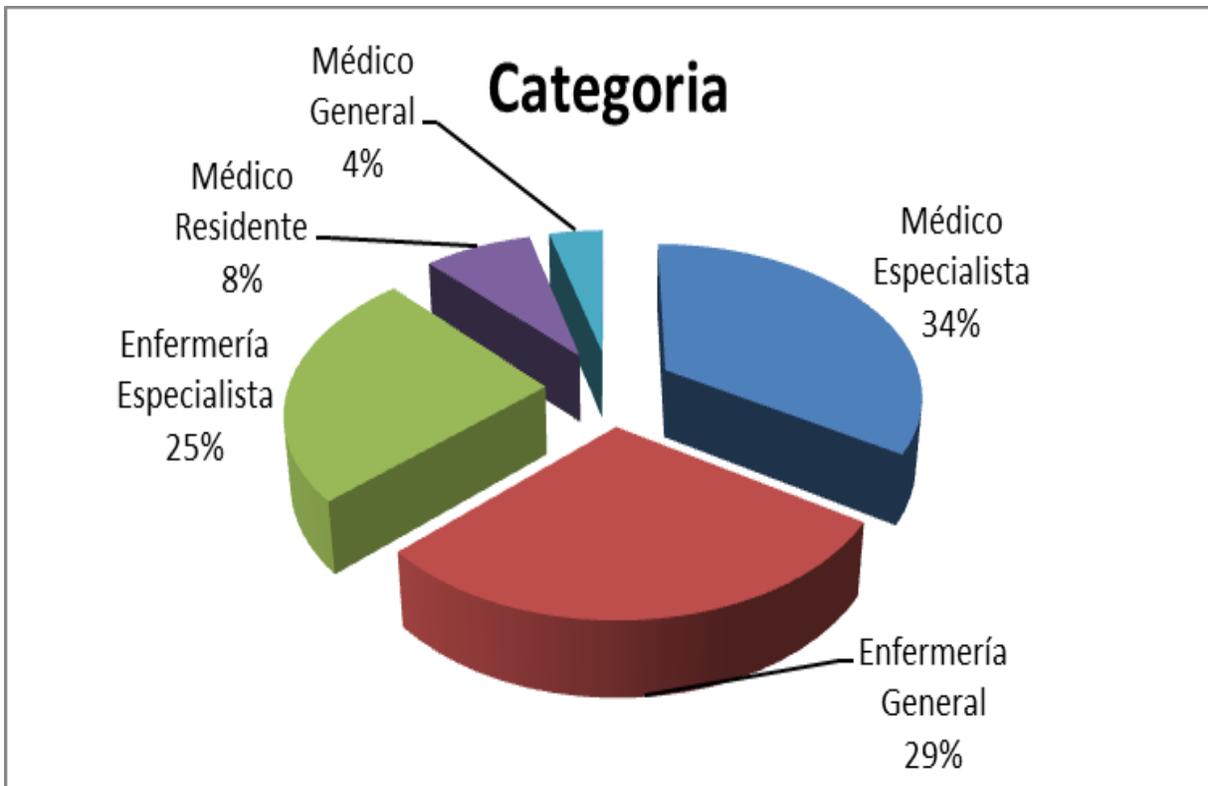
CATEGORÍA DEL EQUIPO DE SALUD QUE PARTICIPÓ EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTO DE LAS 10 METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD.

EQUIPO DE SALUD	Fx	%
Médico Especialista	8	34%
Enfermería General	7	29%
Enfermería Especialista	6	25%
Médico Residente	2	8%
Médico General	1	4%
TOTAL	24	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al Equipo de Salud del Hospital Regional ISSEMyM Zumpango, 2011.

Gráfica No. 3

CATEGORÍA DEL EQUIPO DE SALUD QUE PARTICIPÓ EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTO DE LAS 10 METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD.



Fuente: cuadro No. 3

Cuadro No. 4

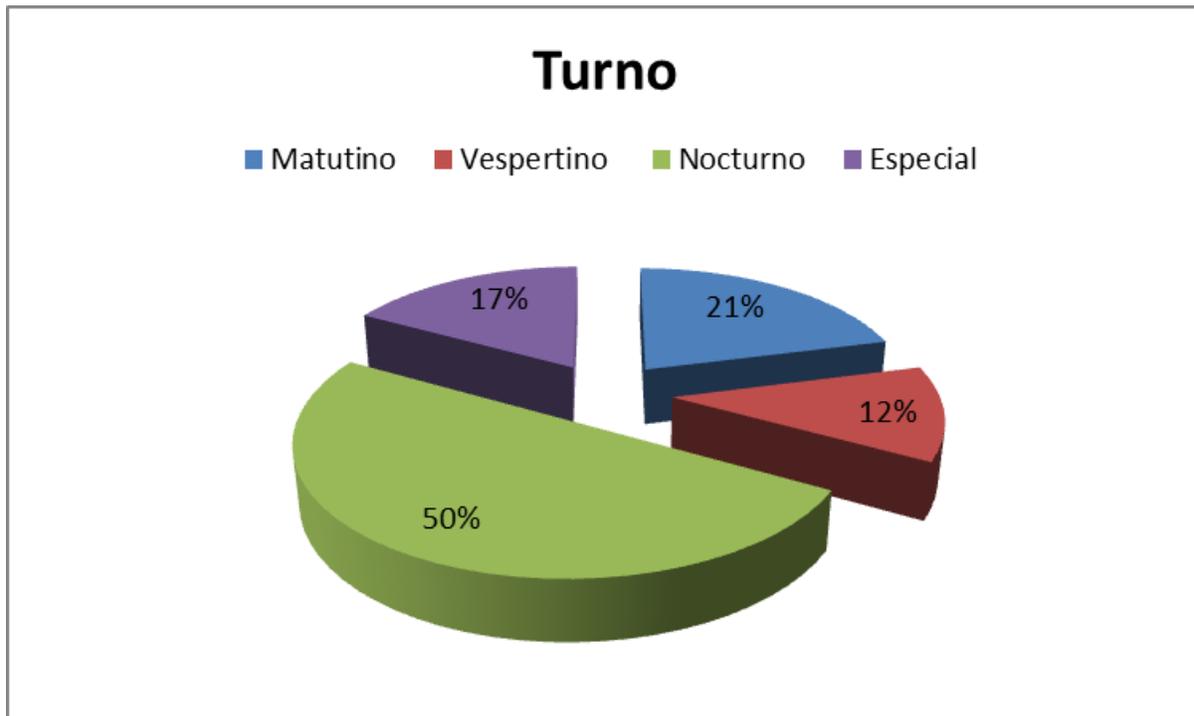
TURNO DEL EQUIPO DE SALUD QUE PARTICIPÓ EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTO DE LAS 10 METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD.

TURNO	Fx	%
Matutino	5	21%
Vespertino	3	12%
Nocturno	12	50%
Especial	4	17%
TOTAL	24	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al Equipo de Salud del Hospital Regional ISSEMyM Zumpango, 2011.

Gráfica No. 4

TURNO DEL EQUIPO DE SALUD QUE PARTICIPÓ EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTO DE LAS 10 METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD.



Fuente: Cuadro No. 4

Cuadro No. 5

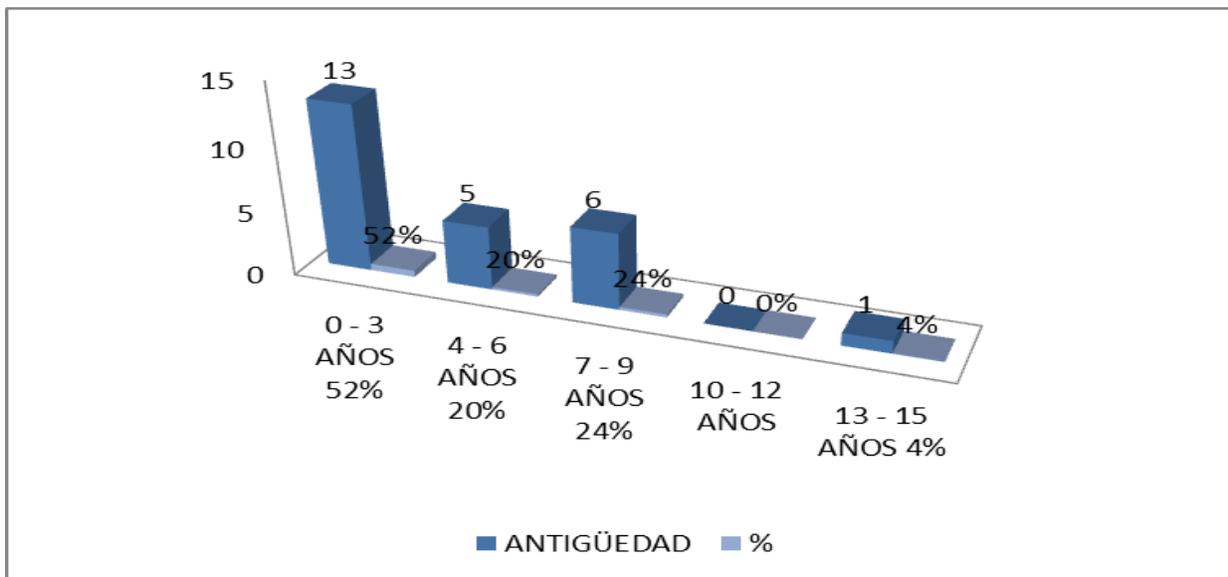
ANTIGÜEDAD DEL EQUIPO DE SALUD QUE PARTICIPÓ EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTO DE LAS 10 METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD.

ANTIGÜEDAD	Fx	%
1 año	6	25%
2 años	1	4%
3 años	4	17%
4 años	1	4%
5 años	2	8%
6 años	3	13%
7 años	5	21%
8 años	1	4%
13 años	1	4%
TOTAL	24	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al Equipo de Salud del Hospital Regional ISSEMyM Zumpango, 2011.

Gráfica No. 5

ANTIGÜEDAD DEL EQUIPO DE SALUD QUE PARTICIPÓ EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTO DE LAS 10 METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD.



Fuente: Cuadro No. 5

Cuadro No. 6

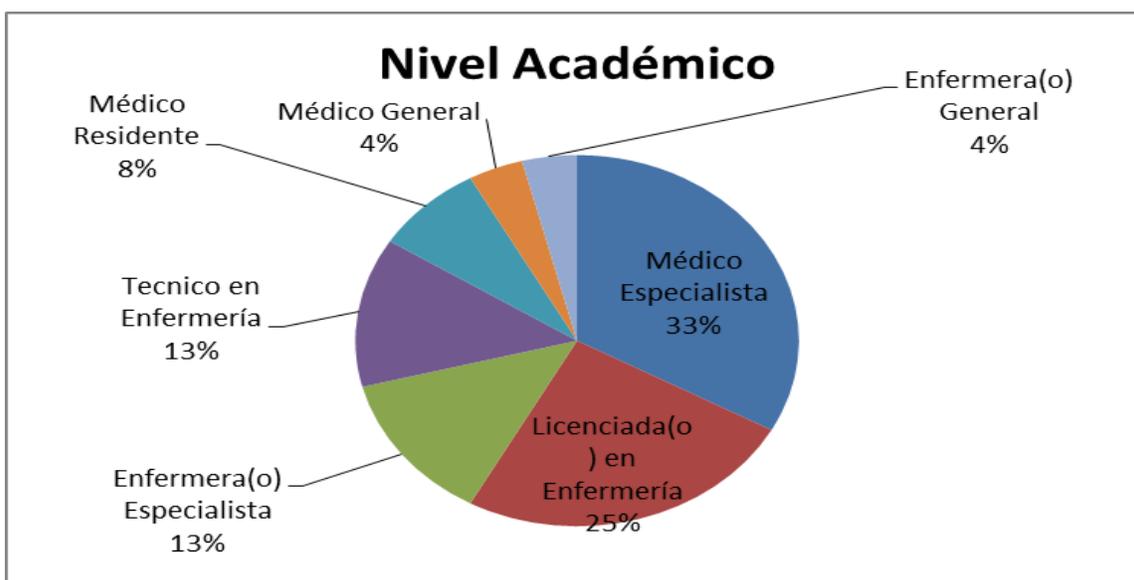
NIVEL ACADÉMICO DEL EQUIPO DE SALUD QUE PARTICIPÓ EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTO DE LAS 10 METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD.

NIVEL ACADÉMICO	Fx	%
Enfermera(o) Especialista	3	13%
Enfermera(o) General	1	4%
Licenciada(o) en Enfermería	6	25%
Médico Especialista	8	33%
Médico General	1	4%
Médico Residente	2	8%
Técnico en Enfermería	3	13%
TOTAL	24	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al Equipo de Salud del Hospital Regional ISSEMyM Zumpango, 2011.

Gráfica No. 6

NIVEL ACADÉMICO DEL EQUIPO DE SALUD QUE PARTICIPÓ EN EL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTO DE LAS 10 METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD.



Fuente: Cuadro No. 6

Cuadro No. 7

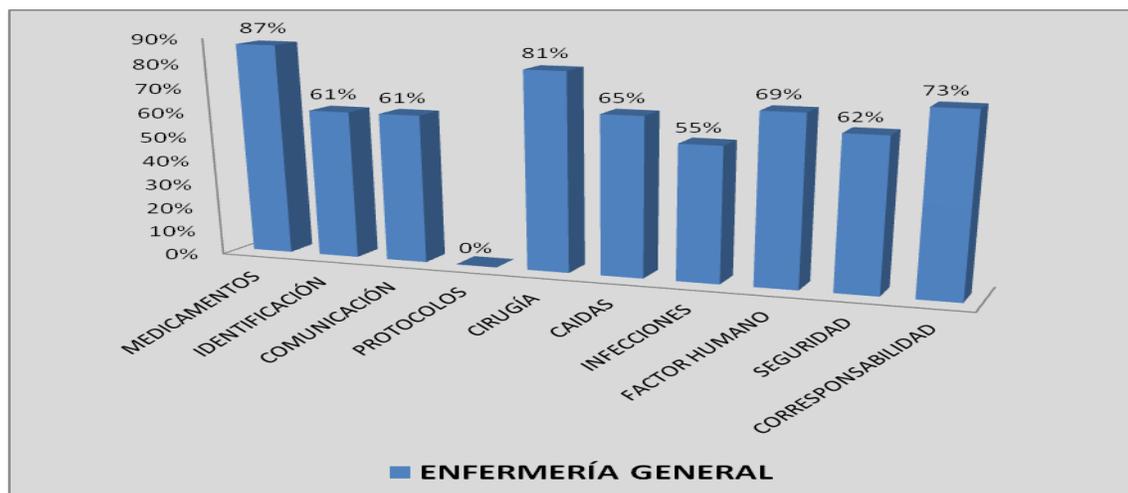
CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA GENERAL CON RESPECTO A LAS DIEZ METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD EN LA PACIENTE OBSTÉTRICA.

CONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA GENERAL	%
Medicamentos	87%
Identificación	61%
Comunicación	61%
Protocolos	0%
Cirugía	81%
Caídas	65%
Infecciones	55%
Factor Humano	69%
Seguridad	62%
Corresponsabilidad	73%

Fuente: Cuestionario aplicado al Equipo de Salud del Hospital Regional ISSEMyM Zumpango, 2011.

Gráfica No. 7

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA GENERAL CON RESPECTO A LAS DIEZ METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD EN LA PACIENTE OBSTÉTRICA



Fuente: cuadro No. 17

Cuadro No. 8

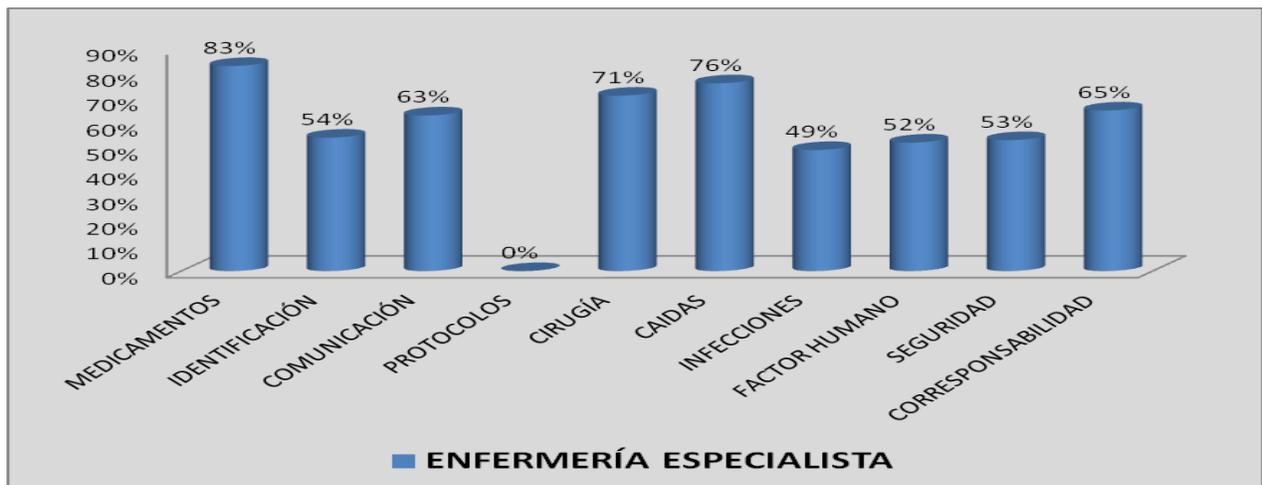
CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ESPECIALISTA CON RESPECTO A LAS DIEZ METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD EN LA PACIENTE OBSTÉTRICA.

CONOCIMIENTO ENFERMERÍA ESPECIALISTA	%
Medicamentos	83%
Identificación	54%
Comunicación	63%
Protocolos	0%
Cirugía	71%
Caídas	76%
Infecciones	49%
Factor Humano	52%
Seguridad	53%
Corresponsabilidad	65%

Fuente: Cuestionario aplicado al Equipo de Salud del Hospital Regional ISSEMyM Zumpango, 2011.

Gráfica No. 8

CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ESPECIALISTA CON RESPECTO A LAS DIEZ METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD EN LA PACIENTE OBSTÉTRICA.



Fuente: Cuadro No. 8

Cuadro No. 9

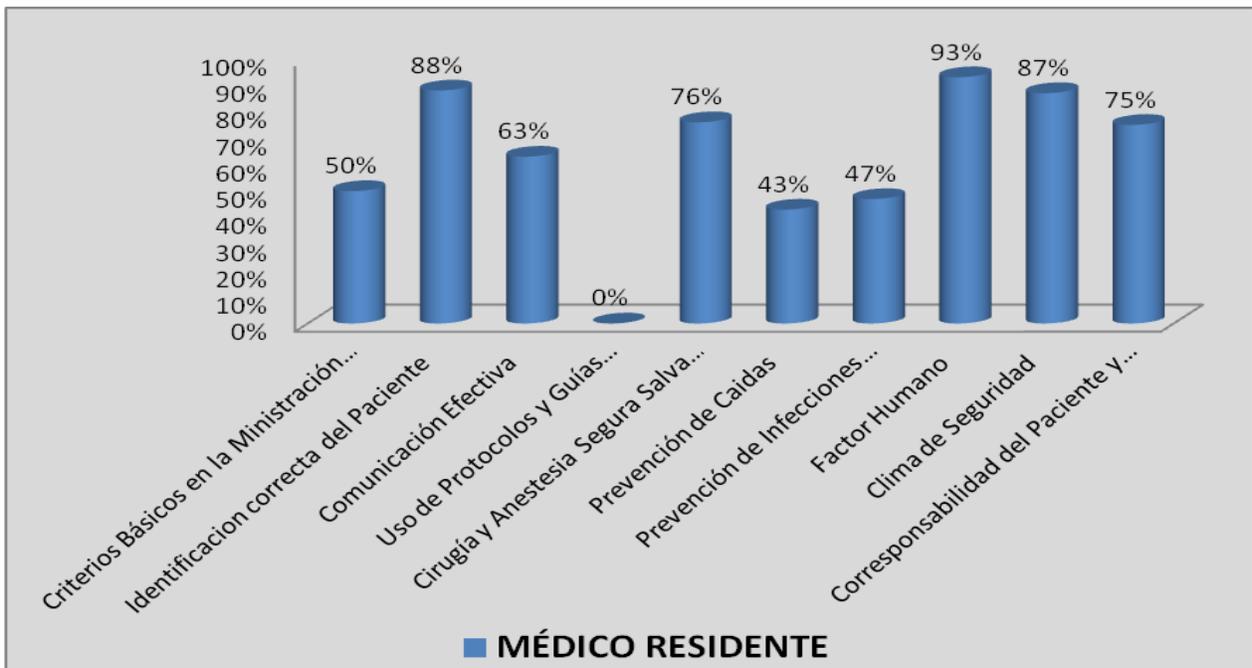
CONOCIMIENTO DEL MÉDICO RESIDENTE CON RESPECTO A LAS DIEZ METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD EN LA PACIENTE OBSTÉTRICA.

CONOCIMIENTO MÉDICO RESIDENTE	%
Medicamentos	50%
Identificación	88%
Comunicación	63%
Protocolos	0%
Cirugía	76%
Caídas	43%
Infecciones	47%
Factor Humano	93%
Seguridad	87%
Corresponsabilidad	75%

Fuente: Cuestionario aplicado al Equipo de Salud del Hospital Regional ISSEMyM Zumpango, 2011.

Gráfica No. 9

CONOCIMIENTO DEL MÉDICO RESIDENTE CON RESPECTO A LAS DIEZ METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD EN LA PACIENTE OBSTÉTRICA.



Fuente: Cuadro No. 9

Cuadro No. 10

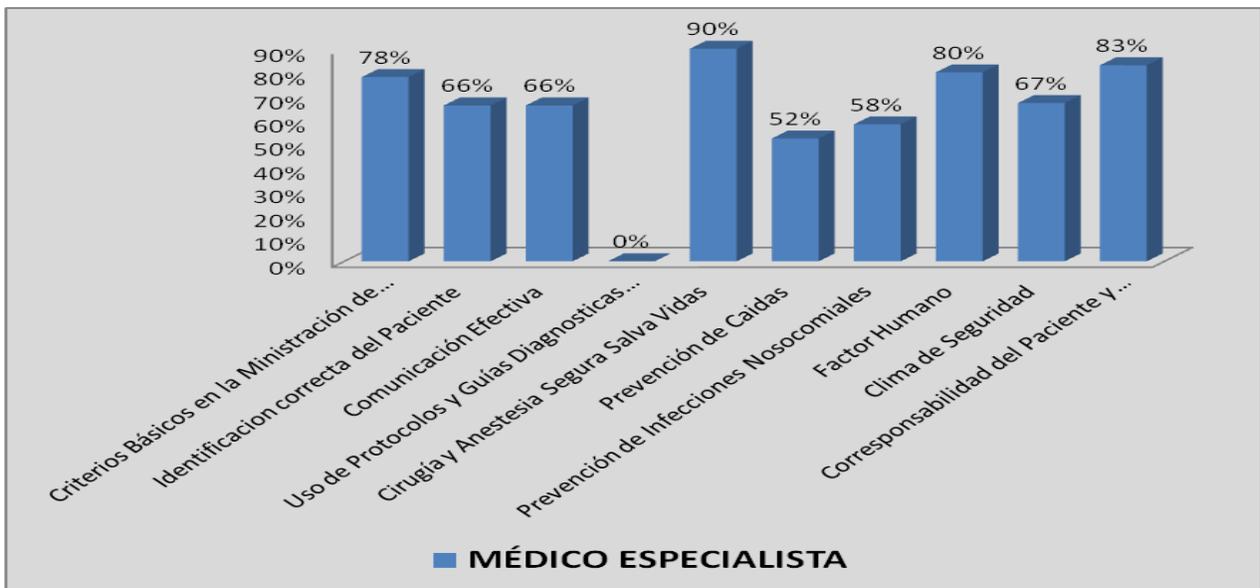
CONOCIMIENTO DEL MÉDICO ESPECIALISTA CON RESPECTO A LAS DIEZ METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD EN LA PACIENTE OBSTÉTRICA.

CONOCIMIENTO MÉDICO ESPECIALISTA	%
Medicamentos	78%
Identificación	66%
Comunicación	66%
Protocolos	0%
Cirugía	90%
Caídas	52%
Infecciones	58%
Factor Humano	80%
Seguridad	67%
Corresponsabilidad	83%

Fuente: Cuestionario aplicado al Equipo de Salud del Hospital Regional ISSEMyM Zumpango, 2011.

Gráfica No. 10

CONOCIMIENTO DEL MÉDICO ESPECIALISTA CON RESPECTO A LAS DIEZ METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD EN LA PACIENTE OBSTÉTRICA.



Fuente: Cuadro No. 20

Cuadro No. 11

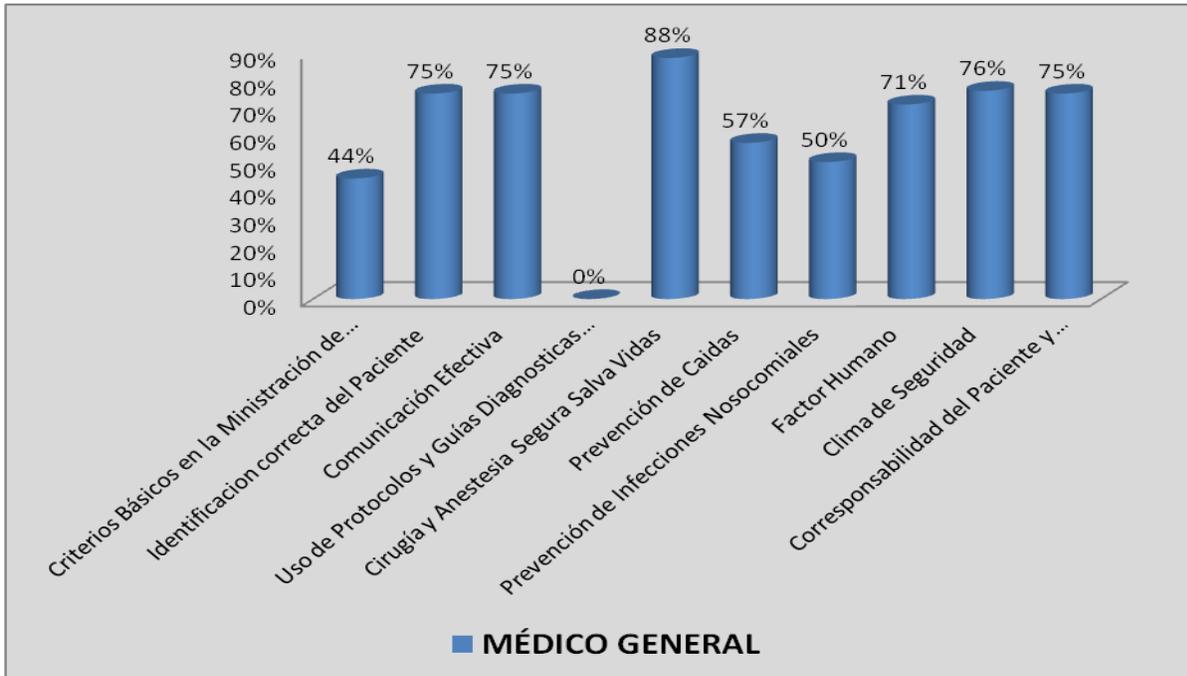
CONOCIMIENTO DEL MÉDICO GENERAL CON RESPECTO A LAS DIEZ METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD EN LA PACIENTE OBSTÉTRICA.

CONOCIMIENTO MÉDICO GENERAL	%
Medicamentos	44%
Identificación	75%
Comunicación	75%
Protocolos	0%
Cirugía	88%
Caídas	57%
Infecciones	50%
Factor Humano	71%
Seguridad	76%
Corresponsabilidad	75%

Fuente: Cuestionario aplicado al Equipo de Salud del Hospital Regional ISSEMyM Zumpango, 2011.

Gráfica No. 11

CONOCIMIENTO DEL MÉDICO GENERAL CON RESPECTO A LAS DIEZ METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD EN LA PACIENTE OBSTÉTRICA.



Fuente: Cuadro No. 11

Cuadro No. 12

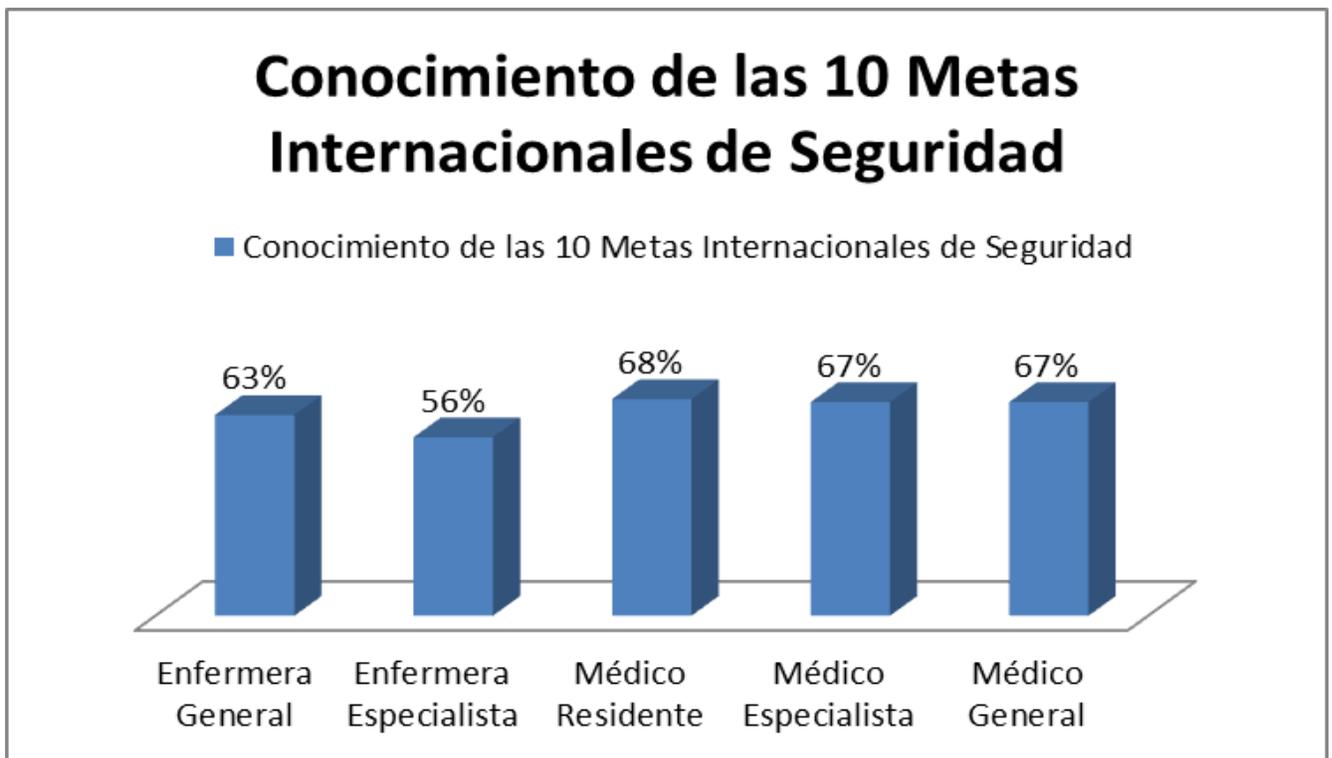
CONOCIMIENTO POR CATEGORÍA CON RESPECTO A LAS DIEZ METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD EN LA PACIENTE OBSTÉTRICA.

CONOCIMIENTO DE LAS 10 METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD	Fx	%
Enfermera General	637	63%
Enfermera Especialista	488	56%
Médico Residente	197	68%
Médico Especialista	771	67%
Médico General	96	67%

Fuente: Cuestionario aplicado al Equipo de Salud del Hospital Regional ISSEMyM Zumpango, 2011.

Gráfica No. 12

CONOCIMIENTO POR CATEGORÍA CON RESPECTO A LAS DIEZ METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD EN LA PACIENTE OBSTÉTRICA.



Fuente: cuadro No. 14

Cuadro No. 13

CONOCIMIENTO DEL EQUIPO DE SALUD SOBRE LAS DIEZ METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD EN LA PACIENTE OBSTÉTRICA POR INDICADOR

CONOCIMIENTO DEL EQUIPO DE SALUD POR INDICADOR	%
Criterios Básicos en la Ministración de Medicamentos	61%
Identificación Correcta del Paciente	66%
Comunicación Efectiva	65%
Uso de Protocolos y Guías Diagnósticas y Terapéuticas	-
Cirugía y Anestesia Segura Salva Vidas	58%
Prevención de Caídas	52%
Prevención de Infecciones Nosocomiales	48%
Factor Humano	65%
Clima de Seguridad	69%
Corresponsabilidad del Paciente y Familiar en su Cuidado y Tratamiento	60%

Fuente: Cuestionario aplicado al Equipo de Salud del Hospital Regional ISSEMyM Zumpango, 2011.

Gráfica No. 13

CONOCIMIENTO DEL EQUIPO DE SALUD SOBRE LAS DIEZ METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD EN LA PACIENTE OBSTÉTRICA POR INDICADOR



Fuente: cuadro No. 25



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA PERINATAL**



CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

PROYECTO: Conocimiento por parte del personal de salud sobre los programas para prevenir eventos adversos en la paciente obstétrica.

OBJETIVO GENERAL: Valorar el conocimiento en los eventos adversos por medio de las 10 METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD en la atención obstétrica por el equipo de salud.

Como es de su conocimiento, se ha diseñado y se está implantando el Programa de Seguridad del Paciente, los cuales hacen referencia a las acciones de carácter preventivo, para evitar un evento adverso. Uno de los aspectos más importantes que se encargan de vigilar es la seguridad del paciente; con la finalidad de evitar un accidente de cualquier índole que ponga en riesgo la salud.

Es por ello, que para evaluar estos factores de riesgo he propuesto una encuesta llamada **“Indicadores de Seguridad del Paciente”** que recolecta los 10 indicadores del Manual de Seguridad del Paciente (ISSEMYM) dirigidos al equipo de salud del “Hospital Regional ISSEMYM Zumpango”, que voluntariamente acepten participar.

Estos procedimientos serán realizados por personal calificado y no implican un riesgo de ningún tipo; por el contrario, ésta evaluación le mostrará un panorama general acerca de su conocimiento sobre las acciones preventivas de eventos adversos en los pacientes. En agradecimiento a su participación se les proporcionará pláticas a cerca de todos los indicadores en medida de lo posible, para así fomentar la Seguridad en el paciente y de nosotros mismos.

Para participar es necesario firmar esta Carta de Consentimiento.

Yo _____ y _____ declaro libre y
(Nombre del participante) (Firma)

voluntariamente que **SI ACEPTO** participar en el proyecto, a través de los instrumentos llamados **“Indicadores de Seguridad del Paciente”** que se llevará a cabo en el “Hospital Regional ISSEMYM Zumpango”.

Zumpango, Estado de México a ____ de _____ del _____.

Nombre del testigo _____
Puesto desempeñado _____
Servicio _____
Firma _____

De antemano, **¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!**

L.E. Jorge Antonio Yáñez Rodríguez
Estudiante de Maestría en Enfermería Perinatal

Nombre del investigador Firma

En caso de una pregunta o aclaración en relación a los procedimientos de la investigación puede ponerse en contacto con la M.SP Ana María Oviedo Zúñiga a los teléfonos: (01 591) 917- 27-02 ó 917-41-39 en la Coordinación Maestría en Enfermería.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA PERINATAL**

“MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE”

“CONOCIMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LOS PROGRAMAS PARA PREVENIR EVENTOS ADVERSOS EN LA PACIENTE OBSTETRICA”.

El presente cuestionario tiene como propósito fundamental recoger información sobre los conocimientos del equipo de salud que se tienen acerca de los programas para prevenir eventos adversos en la paciente obstétrica, por lo que se le solicita su colaboración.

DATOS GENERALES

Instrucciones: En las siguientes preguntas, algunas requieren respuesta por escrito y otras utilizando la “X”. En las respuestas por escrito, por favor hágalo dentro del recuadro, utilizando letra clara de molde.							
1. GÉNERO:	MASCULINO					FEMENINO	
EDAD: (AÑOS CUMPLIDOS):							
CATEGORÍA:							
TURNO:							
SERVICIO:							
ANTIGÜEDAD EN EL INSTITUTO:							
NIVEL ACADÉMICO:							
Enfermería		Médico		Trabajo social		Camillero	
Auxiliar		Interno		Secundaria		Primaria	
Técnico en Enfermería		General		Bachillerato		Secundaria	
Enfermera General		Residente		Técnico		Bachillerato	
Enfermera Especialista		Especialista		Licenciatura		Licenciatura	
Lic. Enfermería				otra		otra	
Maestro en Enfermería							

II MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. Cumplimiento de los criterios básicos en la ministración de medicamentos			
No.	PROCEDIMIENTO	SI	NO
1	Realiza lavado de manos.		
2	Verifica que los datos del registro de medicamentos y el nombre del paciente corresponden con la orden médica.		
3	Se cerciora que el paciente no sea alérgico a algún medicamento.		
4	Verifica el nombre y la presentación del medicamento.		
5	Verifica la caducidad del medicamento.		
6	Verifica la dosis y hora de ministración de medicamentos.		
7	Verifica la vía por la cual se va a ministrar un medicamento.		
8	Le habla al paciente por su nombre y le explica el procedimiento que le va a realizar.		
9	Registra el medicamento al término del procedimiento en el formato establecido.		
	TOTAL		

Fuente: Programa de Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Subdirección de enfermería Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México 2009.

2. Instrumento de Evaluación del Indicador de Identificación Correcta del Paciente

No.	PROCEDIMIENTO	SI	NO
1	La trabajadora Social realiza la identificación cruzada del paciente.		
2	El Médico identifica grafica y verbalmente al paciente.		
3	La Enfermera le habla por su nombre y primer apellido al paciente antes de realizarle cualquier procedimiento.		
4	El médico identifica de manera cruzada al paciente durante la visita médica o la consulta.		
5	Llenado correcto y completo de los datos de identificación.		
6	El personal de Enfermería, medico y administrativo, conoce la Meta Internacional de "Identificación del Paciente".		
7	El personal Paramédico (camilleros), identifica por su nombre y primer apellido, antes de trasladarlo a otro servicio o estudios de gabinete.		
8	El personal de seguridad y vigilancia corrobora la identificación del paciente durante su egreso.		
	TOTAL		

Fuente: Programa de Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Subdirección de enfermería Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México 2009.

3. Instrumento de Evaluación del Indicador de Comunicación Efectiva

No.	PROCEDIMIENTO	SI	NO
1	El equipo de salud realiza la identificación cruzada del paciente.		
2	El equipo de salud utiliza lenguaje sin términos médicos.		
3	El equipo de salud brinda educación para la salud.		
4	El médico resuelve todas sus dudas sobre su tratamiento.		
5	El paciente y familia conoce sus derechos y obligaciones		
6	El personal de Enfermería, medico y administrativo, conoce la Meta Internacional de "Comunicación Efectiva".		
7	El personal Paramédico (camilleros), identifica por su nombre y primer apellido, antes de trasladarlo a otro servicio o estudios de gabinete.		
8	Plan de alta de cuidados y tratamiento médico a seguir integrado en el expediente clínico		
	TOTAL		

Fuente: Programa de Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Subdirección de enfermería Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México 2009.

Instrucciones: De los siguientes protocolos y guías terapéuticas complete el No. de clave o el nombre de la guía correspondiente.

4. Uso de Protocolos y Guías Diagnosticas y Terapéuticas.		
No.	Clave Catalogo Maestro	Título de la Guía de Práctica Clínica
		LO CONOCE:
1		Diagnóstico y tratamiento del reflujo gastroesofágico en pediatría en el primer nivel de atención.
2	SS-019-08	
3		Atención integral de pre eclampsia.
4	SSA-026-08	
5		Diagnóstico de apendicitis aguda.
6	IMSS-048-08	
7		Vigilancia y manejo de parto.
8	IMSS-058-08	
9		Diagnóstico y manejo del parto pre término.
10	SSA-064-08	
11		Diagnóstico y tratamiento del aborto espontaneo y manejo inicial del aborto recurrente.
12	SSA-103-08	

Fuente: Programa de Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Subdirección de enfermería Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México 2009.

5. Instrumento de Evaluación del Indicador de Cirugía y Anestesia Segura Salva Vidas

No.	ACTIVIDAD		SI	NO	
1	INICIO ANTES DEL PROCESO ANESTESICO	Confirma verbalmente el nombre del paciente			
2		Sitio quirúrgico marcado cuando corresponda.			
3		Procedimiento o plan de cirugía.			
4		Consentimiento informado firmado por el paciente o familiar (Anestesia, cirugía y transfusión).			
5		Expediente clínico completo al ingreso del paciente			
6		Controles de seguridad de inspección del equipo de anestesia, Instrumental y medicación de cada caso.			
7		Pulsímetro colocado y en funcionamiento.			
8		Registro de alergias del paciente por el anesthesiologo y de ser así especificar cuáles son.			
9		El paciente está en ayuno.			
10		Existe dificultad en vía aérea/riesgo de aspiración.			
11		Existe riesgo de pérdida de sangre menor a 500ml de 7ml/kg en niños y fluidos			
12		Existe instrumental y material disponible para el tipo de cirugía.			
13		Se verificaron los indicadores de esterilización.			
14		Presencia física del equipo quirúrgico antes de la inducción.			
15	PREOPERATORIA (ANTES DEL A INCISION CUTANEA)	Los miembros del equipo se presentaron por su nombre y función.			
16		Cirujano, Anestesiólogo, y enfermera confirman verbalmente.	Paciente. Sitio Quirúrgico. Procedimiento.		
17		Se anticiparon a los eventos críticos.	Cirujano. Reviso, cuales con los eventos críticos e inesperados, duración de la cirugía pérdida sanguínea. Anestesiólogo. Reviso la existencia de algo específico concerniente al paciente. Enfermería. Confirmando la esterilidad quirúrgica (incluyendo los indicadores de resultado).		
18		Se cuenta con el equipo que se requiere.			
19		Se administro la profilaxis antibiótica dentro de los 60 min. previos.			
20		Se muestran las imágenes diagnosticas esenciales.			
21	SALIDA (ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIROFANO)	La enfermera confirma verbalmente con el equipo quirúrgico	Nombre del procedimiento que se registra. Recuento de gases, agujas e instrumental completo. Identificación de la muestra biológica (incluyendo el nombre del paciente).		
22		Se reporta la existencia de algún problema en relación con el material y los equipos y recursos humanos.			
23		Reportan el cirujano, Anestesiólogo y Enfermera los antecedentes del pre y transoperatorio en recuperación.			
24		El cirujano, Anestesiólogo y Enfermera revisan las indicaciones concernientes a la recuperación y al manejo del paciente.			
25		El cirujano, Anestesiólogo y Enfermera registran en la Historia Clínica las preocupaciones claves en la recuperación y atención del paciente.			
		TOTAL			

Fuente: Programa de Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Subdirección de enfermería Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México 2009.

6. Instrumento de Auditoria		Prevención de Caídas	
No.	PROCEDIMIENTO:	SI	NO
1	El equipo de salud identifica los factores de riesgo de caída (física, mentales y farmacológicos)		
2	Registra en el reporte de enfermería el grado de riesgo de una caída (alto, mediano y bajo).		
3	Instala las medidas de seguridad en la unidad del paciente; barandales, timbre, banco de altura, lámpara de cabecera.		
4	Acude rápidamente al llamado del paciente.		
6	Realiza el recorrido de cubículos para observar a los pacientes que le han sido asignados cada hora.		
7	Permanece cerca del cubículo cuando el paciente hace uso del orinal, cómodo y retrete y lo ayuda		
9	Permanece con el paciente antes de bajarlo a la cama.		
	Total		

Fuente: Programa de Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Subdirección de enfermería Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México 2009.

7. Instrumento de Auditoria		Prevención de Infecciones	
No.	PROCEDIMIENTO:	SI	NO
1	La enfermera conoce la NOM-045-SSA2-2005.		
2	El equipo de salud identifica los factores de riesgo para desencadenar infecciones nosocomiales.		
3	El equipo de salud describe los cinco correctos.		
4	Existen carteles del lavado de manos en las áreas específicas según la norma.		
5	El equipo de salud conoce las medidas de protección universal.		
6	Existen tarjetones de semaforización de las técnicas de aislamiento.		
7	Evidencia de riesgos de cultivos de las áreas de riesgo con apego al programa anual de servicio.		
8	Registro de exhaustivos y sanitización del área o servicio		
9	El equipo médico utiliza las precauciones universales para fluidos corporales.		
10	Cumplimiento de la NOM 087-SEMARNAT-SSA12002		
11	Existen cambios de circuitos de ventiladores cada 72 horas.		
12	El equipo de salud conoce el manejo de los accesos vasculares.		
13	Existe cambio de equipos para venoclisis (macro gotero, micro gotero, llaves de tres vías c/s extensión u otros accesorios) cada 72hrs.		
14	Existe subcomité del uso racional de antibióticos.		
15	El equipo de salud realiza el protocolo estandarizado en el proceso de instalación de venopunción periférica.		
16	El equipo de salud realiza el protocolo estandarizado en el proceso de instalación de catéter urinario.		
17	Existencia del control del personal vacunado.		
18	Portación correcta del uniforme (clínico o quirúrgico)		
	TOTAL		

Fuente: Programa de Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Subdirección de enfermería Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México 2009.

8. INSTRUMENTO DE EVALUACION DEL INDICADOR DE FACTOR HUMANO			
No.	PROCEDIMIENTO:	SI	NO
1	El equipo de salud realiza la identificación cruzada del paciente		
2	El equipo describe la meta internacional “Cirugía segura salva vidas”		
3	El equipo de salud identifica riesgos de caídas.		
4	El equipo de salud conoce los 10 correctos.		
5	El paciente conoce sobre su autocuidado, cuidados y tratamiento.		
6	El personal de enfermería, médico y administrativo conoce la Meta Internacional de Comunicación Efectiva.		
7	El equipo de salud realiza la técnica correcta de lavado de manos.		
	TOTAL		

Fuente: Programa de Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Subdirección de enfermería Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México 2009.

9. CLIMA DE SEGURIDAD

Indicaciones: Marca con una "x" la respuesta que consideres correcta y realiza tus propuestas concretamente.

1.- ASPECTOS GENERALES

SENTIDO DE PERTENENCIA	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	POCAS VECES	NUNCA
1 Me siento parte importante del área a la que pertenezco en esta organización.				
2 Me siento comprometido para presentar a la jefatura de Enfermería propuestas y sugerencias que mejoren mi desempeño.				

5INFORMACIÓN	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	POCAS VECES	NUNCA
3 Soy informado a tiempo de todos los temas vinculados con mis tareas				
Recibo información de mi inmediato superior sobre los proyectos y planes para el área a la que pertenezco.	4 Jefe o responsable de piso			
	5 Supervisora			
	6 Coordinadora de Enseñanza			
	7 Jefe de Enfermeras			
8 Los datos e información son distribuidos en el área para que todos estemos enterados				

COOPERACION	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	POCAS VECES	NUNCA
El inmediato superior me brinda ayuda o apoyo cuando lo necesito.	9 Jefe o responsable de piso			
	10 Supervisora			
	11 Coordinadora de Enseñanza			
	12 Jefe de Enfermeras			
13 El personal del área se suma espontáneamente para resolver problemas de nuestros usuarios.				
14 Estoy satisfecho con la calidad de servicio y respuestas que me brindan otros servicios.				

RELACION CON MI SUPERIOR		SIEMPRE	CASI SIEMPRE	POCAS VECES	NUNCA
Sabe escuchar y aceptar mis sugerencias.	15 Jefe o responsable de Piso				
	16 Supervisora				
	17 Coordinadora de Enseñanza				
	18 Jefe de Enfermeras				
Reconoce los logros (académicos, laborales relacionados con la función).	19 Jefe o responsable de piso				
	20 Supervisora				
	21 Coordinadora de Enseñanza				
	22 Jefe de Enfermeras				
Establece objetivos y metas claras.	23 Jefe o responsable de piso				
	24 Supervisora				
	25 Coordinadora de Enseñanza				
	26 Jefe de Enfermeras				
Cuando necesito hablar con él está dispuesto a escucharme.	27 Jefe o responsable de piso				
	28 Supervisora				
	29 Coordinadora de Enseñanza				
	30 Jefe de Enfermeras				
Soluciona conflictos adecuadamente.	31 Jefe o responsable de piso				
	32 Supervisora				
	33 Coordinadora de Enseñanza				
	34 Jefe de Enfermeras				
Me sensibiliza para implementar programas.	35 Jefe o responsable de piso				
	36 Supervisora				
	37 Coordinadora de Enseñanza				
	38 Jefe de Enfermeras				

EVALUACION DEL DESEMPEÑO	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	POCAS VECES	NUNCA
39 Mi última evaluación es una fiel expresión de mi desempeño.				

Fuente: Programa de Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Subdirección de enfermería Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México 2009.

10. Instrumento de Evaluación del Indicador de Corresponsabilidad del paciente y familiar en su cuidado y tratamiento

No.	PROCEDIMIENTO:	SI	NO
1	Los miembros del equipo de salud, realizan la identificación cruzada del Paciente.		
2	Cuando acude a consulta, el médico le resuelve sus dudas sobre su tratamiento.		
3	La Enfermera que le atiende le explica los procedimientos que le realiza.		
4	Ha recibido pláticas sobre el cuidado a la salud por parte de algún miembro del equipo de salud.		
5	Recibe capacitación sobre los cuidados que debe proporcionar a su Paciente.		
6	El personal de enfermería y personal médico le han instruido sobre los cuidados de debe proporcionar a su paciente.		
7	Los integrantes del equipo de salud, conocen la meta de Corresponsabilidad del paciente en su cuidado y tratamiento.		
10	Reporte de esta meta en los formatos que integran el expediente clínico.		
	TOTAL		

Fuente: Programa de Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Subdirección de enfermería Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México 2009.