CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Consejo de Salubridad General.

El Consejo de Salubridad General, con fundamento en los artículos 4o, párrafo cuarto y 73, fracción XVI, Bases 1a y 3a, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 3o, fracciones I y II, 4o, fracción II y 17, fracción VI, de la Ley General de Salud, así como 1, 9, fracciones II, VI y XII y 10, fracción VIII, del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 4o, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconoce el derecho humano que toda persona tiene a la protección de la salud;

Que en términos de lo dispuesto en los artículos 73, fracción XVI, Base 1a, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 4o., fracción II, de la Ley General de Salud, el Consejo de Salubridad General tiene el carácter de autoridad sanitaria y sus disposiciones generales son obligatorias en el país;

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 en su meta nacional México Incluyente, objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud, prevé la estrategia 2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, en la que se incluye como una de sus líneas de acción, la relativa a instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud;

Que acorde con lo anterior, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, dentro de su objetivo 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad; estrategia 2.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud, se prevén las líneas de acción relativas a impulsar el cumplimiento de estándares de calidad técnica y seguridad del paciente en las instituciones de salud, así como actualizar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud;

Que conforme a las fracciones I y II, del artículo 3o., de la Ley General de Salud, son materia de salubridad general la organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud; así como la atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;

Que corresponde al Consejo de Salubridad General, en términos de lo dispuesto en los artículos 17, fracción VI, de la Ley General de Salud y 9, fracciones II y VI, del Reglamento Interior de dicho Consejo, participar en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, así como aprobar los acuerdos necesarios y demás disposiciones generales de observancia obligatoria en el país en materia de salubridad general, en ambos casos dentro del ámbito de su competencia;

Que si bien, existen en el marco jurídico vigente, diversos mecanismos orientados a impulsar la calidad y seguridad en la prestación de los servicios de atención médica, como lo es la certificación que realiza el Consejo de Salubridad General a aquellos establecimientos para la atención médica que de manera voluntaria se someten a dicho proceso; así como la acreditación que efectúa la Secretaría de Salud a los establecimientos que brindan servicios de atención médica en el marco del Sistema de Protección Social en Salud, resulta necesario se impulse de manera generalizada que todo establecimiento que preste los servicios mencionados, los brinde con calidad e implemente acciones esenciales para la seguridad del paciente, y

Que en este contexto, en la Primera Sesión Extraordinaria celebrada el día 06 de marzo de 2017, el pleno del Consejo de Salubridad General, acordó emitir el siguiente

ACUERDO

ÚNICO. Se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado "*Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente*", mismo que se incluye como Anexo Único del presente Acuerdo.

TRANSITORIO

ÚNICO. El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Ciudad de México, a los seis días del mes de marzo de dos mil diecisiete.- El Presidente del Consejo de Salubridad General y Secretario de Salud, **José Ramón Narro Robles**.- Rúbrica.- El Secretario del Consejo de Salubridad General, **Jesús Ancer Rodríguez**.- Rúbrica.

Directorio

Secretaría de Salud

Consejo de Salubridad General

José Ramón Narro Robles
Secretario de Salud y Presidente del Consejo de Salubridad General

José Meljem Moctezuma
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Pablo Antonio Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Marcela Guillermina Velasco González
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Fernando Gutiérrez Domínguez
Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad

Manuel Isidoro Mondragón y Kalb
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Ernesto Héctor Monroy Yurrieta
Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Gustavo Nicolás Kubli Albertini
Titular de la Unidad de Análisis Económico

Onofre Muñoz Hernández
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Manuel Hugo Ruíz de Chávez Guerrero
Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética

Gabriel O´Shea Cuevas
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Sebastián García Saisó
Director General de Calidad y Educación en Salud

Odet Sarabia González
Directora General Adjunta de Calidad en Salud

Jesús Ancer Rodríguez
Secretario del Consejo de Salubridad General

Vocales Titulares:

Secretaría de Hacienda y Crédito Público

Secretaría de Desarrollo Social

Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales

Secretaría de Economía

Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación

Secretaría de Comunicaciones y Transportes

Secretaría de Educación Pública

Instituto Mexicano del Seguro Social

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Academia Nacional de Medicina de México, A. C.

Academia Mexicana de Cirugía, A. C.

Universidad Nacional Autónoma de México

Sara Fonseca Castañol
Directora General Adjunta de Articulación

ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Contenido

Prefacio Dr. José Meljem Moctezuma
Prefacio Dr. Jesús Ancer Rodríguez
Introducción
Marco normativo
I. Acciones Esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario
Acción Esencial 1
Identificación del paciente
Acción Esencial 2
Comunicación Efectiva
Acción Esencial 3
Seguridad en el proceso de medicación
Acción Esencial 4
Seguridad en los procedimientos
Acción Esencial 5
Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)
Acción Esencial 6
Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas
Acción Esencial 7
Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas
Acción Esencial 8
Cultura de seguridad del paciente
II. Acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno ambulatorio
Acción Esencial 1
Identificación del paciente
Acción Esencial 2
Comunicación Efectiva
Acción Esencial 3
Seguridad en el proceso de medicación
Acción Esencial 4
Seguridad en los procedimientos
Acción Esencial 5
Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)
Acción Esencial 6
Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas
Acción Esencial 7
Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas
Acción Esencial 8
Cultura de seguridad del paciente
Glosario
Referencias

Anexos

1. Lista de Medicamentos de Alto Riesgo
2. Lista de Medicamentos de aspecto parecido y de nombre parecido. (*Look alike, sound alike LASA*)
3. Factores de Riesgo
4. Factores que deben estar contendidos en la herramienta para evaluar el riesgo de caídas en pacientes
5. Dimensiones de la Cultura de Seguridad
6. Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales de México
7. Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en los Establecimientos de Salud Ambulatorios

PREFACIO

Es bien sabido que la falta de seguridad en el proceso de atención a la salud, produce daño a los pacientes, que en algunas ocasiones ha llegado a cobrar vidas y en otras ha dejado secuelas que llegan a ser muy graves, generando situaciones afectaciones, personales, familiares y laborales, cuya remediación representa un alto costo.

Los datos más recientes publicados, muestran que la falta de seguridad del paciente en Estados Unidos es la tercera causa de muerte en ese país apoderándose de 220,000 vidas cada año; en términos económicos se estima un costo de entre 17 y 29,000 millones de dólares anuales por eventos adversos prevenibles en dicho país.

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

Para atender este problema, se han impulsado diversas acciones a nivel internacional, sin embargo, no se ha logrado avanzar lo suficiente, a pesar de diversas campañas, acciones, metas y demás estrategias que se han puesto en marcha.

Desde el año 2000, la Secretaría de Salud, ha venido trabajando para atender este problema; sin embargo, un aspecto que aún no se ha desarrollado suficientemente es el regulatorio y para ello, se iniciaron mesas de discusión entre las áreas técnicas del Consejo de Salubridad General y de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para identificar los aspectos cardinales de la seguridad del paciente que deban seguir los establecimientos de atención médica, mismos que permitan abatir la presentación de eventos adversos; es así como se originan las ocho acciones esenciales en seguridad del paciente, mismas que están conformadas por las seis metas internacionales, que se complementan con dos acciones más: el reporte de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente.

Las acciones esenciales para la seguridad del paciente se encuentran inmersas de forma transversal dentro del Modelo de Gestión de Calidad permitiéndole a los establecimientos ir desarrollando y madurando sus procesos para alcanzar los estándares tanto de Acreditación como de Certificación y lograr los cinco resultados de valor que establece el propio Modelo: Salud en la Población, Acceso Efectivo, Organizaciones Confiables y Seguras, Experiencia Satisfactoria al transitar por el sistema y Costos Razonables.

Estas acciones esenciales para la seguridad del paciente serán la piedra angular para el desarrollo de la Norma Oficial Mexicana para la Seguridad del Paciente.

Así, México contará con un marco regulatorio más sólido que permita brindar una atención médica con calidad y más segura, porque como bien plasma Goethe: ***"No basta saber, se debe también aplicar, No es suficiente querer, se debe también hacer"***.

Dr. José Meljem Moctezuma
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Secretaría de Salud

Desde 1917 el Consejo de Salubridad General fue establecido como un Órgano Colegiado dependiente directamente del Presidente de la República con carácter de autoridad sanitaria, emitiendo disposiciones de carácter obligatorio en materia de Salubridad General en todo el país mediante la definición de prioridades, la expedición de acuerdos y la formulación de opiniones del Poder Ejecutivo Federal, para fortalecer la articulación del Sistema Nacional de Salud.

Entre sus principales preocupaciones ha permanecido el desarrollo de una cultura de la calidad de la atención, de los servicios de salud y la seguridad de los pacientes. Razón por la cual, ha unido esfuerzos a través del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM), con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, cuyo producto son las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP); mismas que se encuentran inmersas de manera transversal dentro de un solo Modelo de Gestión de Calidad que permite atender tanto al proceso de Acreditación como al de Certificación.

Las AESP surgen del consenso de los equipos multidisciplinarios de expertos, teniendo en mente el derecho de la población a la protección de la salud y la universalización de los servicios de salud, de manera equitativa, integral, sustentable, efectiva y de calidad; y en ellas se exponen las acciones mínimas de seguridad del paciente a implementarse por los establecimientos de atención médica mexicanos.

La selección de estas acciones son el resultado de la evaluación de años de implementación con excelentes resultados de seis barreras de seguridad en el cuidado de los pacientes, el aprendizaje a base del análisis de los errores del personal en los establecimientos de salud y la medición de la percepción de la cultura de seguridad del paciente.

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

De esta manera, con la publicación de estas AESP no sólo se cumple con una de las funciones del Consejo de Salubridad General, de participar en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, sino que, además se demuestra un alto compromiso desarrollando en cada organización una ***cultura donde la máxima hipocrática de "primero no dañar" sea una prioridad.***

Dr. Jesús Ancer Rodríguez
Secretario del Consejo de Salubridad General

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención médica en los hospitales; cada año en el mundo se administran 16,000 millones de inyecciones, en su mayor parte con fines terapéuticos, de ese total, el 40% se administra con jeringas y agujas reutilizadas no esterilizadas, y en algunos países la proporción asciende hasta un 70%. Cada año, las inyecciones administradas sin las suficientes precauciones de seguridad causan 1,3 millones de defunciones y la pérdida de aproximadamente 26 millones de años de vida, principalmente debido a la transmisión por vía sanguínea de virus tales como los de las hepatitis B, C y el VIH. La carga económica ocasionada por la atención dispensada sin las suficientes precauciones genera gastos médicos y de hospitalización, infecciones nosocomiales, pérdida de ingresos, discapacidad y litigios que en algunos países cuestan entre US$ 6000 millones y US$ 29000 millones por año. **(1)**

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue puesta en marcha en octubre de 2004, con el propósito de coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo, mediante la colaboración internacional y la adopción de medidas entre los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS, los expertos técnicos, los consumidores, los profesionales y los grupos industriales. **(2)**

De acuerdo al Instituto de Medicina, la seguridad del paciente, se define como la atención libre de daño accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento. **(3)**

La OMS en mayo de 2007 lanzó las "Nueve Soluciones para la Seguridad del Paciente", con la finalidad de ayudar a reducir el riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria, mediante la reformulación de los procedimientos de asistencia al enfermo para evitar los errores humanos y hacerlos más seguros. En los países desarrollados, se estima que hasta uno de cada 10 pacientes hospitalizados sufren

daños asociados al proceso de la atención recibida y en los países en desarrollo la cifra es probablemente mucho mayor. Lo más importante en materia de seguridad de los pacientes es evitar que éstos sufran daños durante el tratamiento y la atención. (4)

Las nueve soluciones propuestas por la OMS, guardan relación con los medicamentos de aspecto o nombre parecidos; identificación de pacientes; comunicación durante el traspaso de pacientes; realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto; control de las soluciones concentradas de electrólitos; asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales; evitar los errores de conexión de catéteres y tubos; usar una sola vez los dispositivos de inyección; y mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud. (4)

La Joint Commission International (JCI) identifica, mide y comparte las mejores prácticas relacionadas con la calidad y la seguridad de los pacientes, y establece seis objetivos internacionales que ayudan a las organizaciones a abordar las áreas de mayor problemática relacionada con la seguridad de los pacientes: (5)

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

El Comité Europeo de la Sanidad (CDSP) en el informe “La prevención de los eventos adversos en la atención sanitaria”, hace una serie de recomendaciones a los Estados miembros relativas a la gestión de la seguridad y la calidad en la atención a la salud, considerando, que el acceso a la atención segura es un derecho básico de cada uno de los ciudadanos de todos los Estados miembros y que pacientes y ciudadanos tienen derecho a recibir y a tener fácil acceso a información pertinente sobre la seguridad de la atención en salud en un formato y un lenguaje que puedan comprender. Estas recomendaciones están dirigidas a situar la seguridad del paciente en el centro de todas las políticas sanitarias pertinentes, en especial como uno de los fundamentos de las políticas de mejora de la calidad y en la elaboración de un marco político en materia de seguridad del paciente que sea coherente y completo. (6)

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

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

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

En el estudio “Análisis crítico de las quejas CONAMED, 1996-2007”, de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico se identifican como causa raíz de las quejas por atención médica: la falta de seguridad en el traslado de pacientes, falta del lavado de manos, omisión en la identificación correcta del paciente, omisión de procedimientos normados para la atención segura, inadecuada o deficiente integración del expediente clínico

y diversos problemas por la inadecuada comunicación entre el equipo de salud y el paciente y su familia.[7] Derivado de los resultados de este estudio, la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes de la OMS, solicitó a la CONAMED su aval para el lanzamiento de la campaña "Las prácticas quirúrgicas seguras, salvan vidas", como resultado la OMS editó y difundió el documento *"Surgical Safety Checklist" (First Edition)*, en el que se señalan los puntos que deben ser verificados antes de la anestesia, antes de la incisión en la piel y antes de que el paciente salga de la sala de cirugía.[8]

En este sentido, se debe señalar que los principios generales de la seguridad del paciente son parte fundamental de los instrumentos de rectoría que emite esta Secretaría para regular la prestación de servicios de atención médica. [9]

El Consejo de Salubridad General es un Órgano Colegiado que depende directamente del Presidente de la República, con carácter de autoridad sanitaria sin intervención de ninguna Secretaría de Estado y sus disposiciones generales son obligatorias para las autoridades administrativas del país. Asimismo, es el responsable de la operación del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, que tiene por objeto reconocer a los establecimientos que cumplen con los estándares necesarios para otorgar servicios con calidad y seguridad para los pacientes, a través de su subsistema sustantivo denominado "Certificación de Establecimientos de Atención Médica".

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

A la par de los procesos del subsistema "Certificación de Establecimientos de Atención Médica", el subsistema "Información, Transparencia, Difusión y Promoción" del SiNaCEAM, se ha ocupado de la difusión de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente desde el año 2009, a través de la impartición de cursos y talleres masivos dirigidos a las organizaciones de atención a la salud, tanto del sector público como privado, interesadas en la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente, así como a los propios evaluadores de este Consejo, con el fin de permanecer en un proceso de capacitación continua.

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

En México, la seguridad en la atención médica se ha constituido en parte fundamental de los programas nacionales de salud, en búsqueda de una atención efectiva y de calidad accesible para toda la población, por lo que aparece como uno de los elementos del **Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018**, que señala:

Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud

Estrategia 2.3.1. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.

Línea de acción: Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral.

Estrategia 2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.

Línea de acción: Instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud. [10]

Asimismo, el **Programa Sectorial de Salud 2013-2018**, establece:

Objetivo 2: Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad

Estrategia 2.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud.

Líneas de acción

2.2.1. Impulsar acciones de coordinación encaminadas a mejorar la calidad y seguridad del paciente en las instituciones de salud.

2.2.2. Impulsar el cumplimiento de estándares de calidad técnica y seguridad del paciente en las instituciones de salud.

2.2.5. Actualizar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud. [11]

En su caso, la **Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica**, señala:

Objetivo 1. Mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente en los servicios de salud.

Estrategia 1.1. Calidad con énfasis en la seguridad del paciente;

Líneas de acción:

1.1.9. Evaluar la cultura de calidad y seguridad a nivel nacional;

1.1.10. Adoptar metas internacionales de seguridad del paciente para la disminución de eventos adversos;

1.1.13. Fomentar la cultura del reporte y análisis de los eventos adversos. **(12)**

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

Marco Normativo

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

La Ley General de Salud, el Reglamento de Insumos para la Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, entre otros, contienen disposiciones que regulan diversas etapas de la atención a la salud.

Por otro lado, la Secretaría de Salud cuenta con tres Comités Consultivos Nacionales de Normalización, a través de los cuales se ha impulsado que en la integración de Normas Oficiales Mexicanas y otros instrumentos jurídicos, se consideren aquellos aspectos que incidan en la calidad y seguridad de los pacientes, entre los que se destacan:

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

- NORMA Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2012, Instalación y operación de la farmacovigilancia.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

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

- NORMA Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

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

- NORMA Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2007, Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de radioterapia.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de hemodiálisis.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

- NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud, Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

Es de destacar, que existen otros instrumentos normativos que si bien no son emitidos por la Secretaría de Salud, su observancia en las instituciones del Sistema Nacional de Salud favorece la adopción de medidas para mejorar las condiciones en que se otorga la atención médica.

I. Acciones Esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario

Acción Esencial 1

Identificación del paciente

En un entorno donde se busca una práctica segura tanto para el paciente como para el profesional responsable de su cuidado, es indispensable la correcta identificación de los pacientes, como medida que favorezca la disminución de la probabilidad de errores médicos durante el proceso de atención a la salud.

La adopción del sistema de identificación estandarizado en las instituciones de salud, evita exponer a los pacientes a riesgos innecesarios o a procedimientos no programados, que tienen consecuencias para el paciente, que van desde incidentes menores hasta aquellos con secuelas permanentes o incluso la muerte. **(13)**

Es frecuente que la identificación de los pacientes se realice sólo por el número de cama, diagnóstico, características físicas o psicológicas, o nombre, sin embargo, estos identificadores aislados pueden ser insuficientes y no asegurar que sean correctos o exista duplicidad.**(14)** Esto aunado a que los pacientes pueden estar bajo efectos de sedación, desorientados o presentar problemas relacionados con el lenguaje, la audición, el idioma o la edad, incrementa el riesgo de errores en la identificación.

Esto ocurre con mucha frecuencia en las actividades relacionadas con la atención médica **(15)** y se asocian con frecuencia a errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusión de sangre o hemoderivados, en el laboratorio de análisis clínicos, en la realización de procedimientos y en los egresos de los recién nacidos.

La identificación incorrecta de los pacientes está considerada causa fundamental de numerosos errores, por lo que la Comisión de Acreditación de los Estados Unidos de América (Joint Commission), determinó como uno de sus objetivos nacionales, mejorar con la mayor exactitud posible la identificación del paciente **(16)** y forma parte de las seis Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente, publicadas en el 2006 por esta Comisión. Ante esta problemática, la Organización Mundial de la Salud (OMS), lanzó en mayo del 2007 las "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" incluyendo entre ellas, la Correcta Identificación del Paciente.**(17)**

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

Objetivo general

Mejorar la precisión de la identificación de pacientes, unificando este proceso en los establecimientos del Sector Salud, utilizando al menos dos datos para identificar al paciente (nombre completo y fecha de nacimiento) que permitan prevenir errores que involucran al paciente equivocado.

Acción Esencial 1 A

De la identificación general del paciente

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

- El personal de salud debe identificar al paciente desde el momento en que éste solicita la atención, con al menos dos identificadores, que serán el nombre completo del paciente y su fecha de nacimiento (día, mes y año); en su caso, adicionalmente podrán agregarse otros determinados en la normativa de la institución.
- Todos los documentos que se generen durante el proceso de atención, incluyendo el expediente clínico, recetas médicas, solicitudes y resultados de estudios de gabinete y laboratorio, etc., deben contener el nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento.**(18)**
- No se debe incluir en los datos de identificación, el número de cama, número de habitación o servicio en el que se encuentre el paciente, horario de atención, ni diagnóstico.

Acción Esencial 1 B

De la estandarización

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

Tarjeta de cabecera o a pie de cama

- Se debe colocar en la cabecera de la cama de pacientes hospitalizados **(18)**, así como en los lugares donde se administren tratamientos de hemodiálisis, quimioterapia, radioterapia y cirugía de corta estancia.
- Debe contener, al menos el nombre completo y la fecha de nacimiento del paciente.**(18)**
- Los datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento) tendrán un tamaño en una proporción 2:1 respecto al resto de la información y se registrarán con un color contrastante con el del medio para facilitar la identificación de manera visual.
- Además de los datos de identificación del paciente, en este documento es recomendable anotar: grupo sanguíneo y el factor Rh, alergias, edad. La escala de Valoración de Riesgo de Caídas y riesgo de transmisión se sugiere que se incluya en un formato dinámico, dado que ambas variables pueden cambiar durante la atención del paciente.**(18)**

Brazalete o pulsera

- Debe colocarse a los pacientes hospitalizados, así como aquellos que acudan para tratamiento en unidades de hemodiálisis, quimioterapia, radioterapia y cirugía de corta estancia.
- Debe colocarse en la extremidad superior derecha. Cuando por sus condiciones físicas o tratamiento no sea posible, se debe colocar en la extremidad superior izquierda o en cualquiera de los tobillos. **(18)**
- Cuando por las condiciones del paciente no sea posible colocarlo en alguna extremidad, se debe colocar junto a la tarjeta de cabecera. **(18)**
- Debe contener los identificadores utilizados en el establecimiento (nombre completo y fecha de nacimiento).
- El personal que registre los identificadores debe confirmarlos con el paciente o con algún familiar; en caso de que el paciente no esté en condiciones de responder, verificar los datos con el expediente clínico. **(18)**
- En la hoja de valoración de enfermería se debe registrar la colocación del mismo, así como los datos de quien realizó la verificación de los identificadores.**(19)**

- Se debe informar al paciente y a su familiar sobre la importancia de portarlo y de no retirarlo durante su estancia en el establecimiento.
- Cuando exista cualquier duda respecto de la información contenida o legibilidad de la misma se debe reemplazar, realizando el registro correspondiente en la hoja de enfermería. **(18)**
- En situaciones en que la vida del paciente se pueda ver afectada, tienen prioridad los cuidados antes de la identificación del paciente. En cuanto sea posible, el personal de enfermería, es el encargado de colocarlo. **(20)**
- La institución de salud debe tener establecido el procedimiento de identificación para pacientes que ingresen como desconocidos y que por su estado de conciencia no puedan proporcionar sus datos, recomendando que se incluyan los siguientes datos como identificadores: género del paciente, edad aparente, si tiene alguna señal particular, fecha y hora de ingreso y algún dato sobre la forma en que ingresó (Ministerio Público, patrulla, Averiguación Previa, etc.)
- En todos los casos, se debe retirar y desechar, cuando se dé el egreso hospitalario.**(18)**
- En los recién nacidos debe colocarse inmediatamente después del parto. Se colocará de manera individual en la muñeca derecha y otro en el tobillo izquierdo, con los datos de la madre (Datos de identificación de la madre y la fecha de nacimiento y sexo del recién nacido), esta información debe confirmarse con la madre y/o con un familiar y en el expediente clínico.**(21)**
- En caso de recién nacidos que ingresan desde su domicilio al establecimiento, se procederá de acuerdo a lo indicado en el párrafo anterior.**(21)**

Acción Esencial 1 C

De la identificación del paciente previa a la realización de procedimientos

- El personal de salud debe comprobar los datos de identificación del paciente mínimo en los siguientes casos: (17-18)
  a. La administración de todo tipo de medicamentos,
  b. Administración de infusiones intravenosas con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico,
  c. Transfusión de hemoderivados,
  d. Extracción de sangre u otras muestras para análisis clínicos,
  e. Realizar procedimientos médicos o quirúrgicos.
  f. Traslados dentro o fuera del establecimiento.
  g. Antes de la dotación de dietas.
  h. Antes del inicio de la terapia de remplazo renal con hemodiálisis.
  i. Identificación de cadáveres, y
  j. Antes de la vacunación.
- En caso de que el paciente esté inconsciente o con cualquier tipo de discapacidad que impida la comunicación, los datos deben validarse con su acompañante, antes de realizar cualquier procedimiento al paciente.
- En caso de que para la realización de algún procedimiento preventivo, diagnóstico o terapéutico sea necesario el retiro del identificador, se debe colocar de manera inmediata cuando éste concluya.**(18)**

Acción Esencial 1 D

De la identificación del paciente en soluciones intravenosas y dispositivos

- El personal de salud debe registrar en los membretes de las soluciones intravenosas los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), además del nombre de la solución y/o componentes, frecuencia de administración, fecha y hora de inicio y término, y nombre completo de quien instaló y, en su caso, de quien lo retira.
- En las sondas y catéteres de los pacientes, el personal de salud debe colocar un membrete con los datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), fecha y hora de instalación y nombre completo de quien instaló.

Acción Esencial 1 E

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

- Las solicitudes deben contar con los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), además de la fecha y hora del estudio, identificación del solicitante, estudio solicitado y diagnóstico probable.[18]
- Las placas radiográficas deben contener del lado derecho los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), fecha y hora del estudio, identificación del establecimiento y clave o iniciales del profesional que la realiza. El personal que realiza el estudio debe especificar en los resultados del mismo la existencia de incidentes y accidentes durante el proceso, en caso de que hayan existido.[22]
- El personal del laboratorio y patología debe verificar que los datos de la etiqueta del recipiente de la muestra biológica coinciden con los datos de las solicitudes. En caso de no coincidir, se debe comunicar de inmediato al médico tratante y esperar indicaciones del mismo.[17]

Es importante que el establecimiento diseñe el proceso de identificación del paciente y se asegure que las acciones básicas se realicen de manera correcta, es decir, utilizar el nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento en el momento oportuno (previo a los momentos críticos) para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso o centinela relacionado con el paciente equivocado.

Acción Esencial 2

Comunicación Efectiva

Las brechas en la comunicación durante el proceso de atención médica, pueden provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, al proporcionar un tratamiento inadecuado y potencialmente generar daño, debido a que un paciente puede ser tratado por diversos profesionales de la salud en múltiples entornos, como el quirúrgico, en urgencias, cuidados intensivos, rehabilitación, atención primaria y atención ambulatoria especializada; adicionalmente los pacientes se moverán en las áreas de diagnóstico y tratamiento lo que implica que reciben atención por personal de diversos turnos, lo que supone un riesgo de seguridad en cada intervalo que es atendido si no existe una comunicación adecuada entre el personal y con el paciente.[23]

Las órdenes verbales o telefónicas presentan un mayor margen de error que las órdenes escritas o las que se envían electrónicamente. La interpretación de las órdenes verbales es problemática, debido a los diferentes acentos, dialectos y pronunciaciones. El ruido de fondo, las interrupciones, y los nombres de los medicamentos desconocidos y la terminología a menudo agravan el problema. Una vez recibida una orden verbal debe ser transcrita como una orden por escrito, lo que añade complejidad y riesgo para el proceso de la instrucción. El único registro real de una orden verbal es en el recuerdo de los involucrados.[24]

Una comunicación deficiente entre los trabajadores del sistema de salud, como las órdenes escritas o verbales poco claras, representan problemas subyacentes asociados a errores de la medicación. Para prevenir errores de medicación, la OMS recomienda principalmente, en los hospitales, permitir las indicaciones verbales o telefónicas exclusivamente en casos de urgencia.[25]

El Consejo de Salubridad General refiere que es importante considerar la inclusión y estandarización de la estrategia para las órdenes o indicaciones verbales y/o telefónicas, relacionadas con la atención de los pacientes, resultados de laboratorio, banco de sangre, patología y gabinete utilizando el proceso de Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar.[15]

Se recomienda que la limitación del uso de las abreviaturas y símbolos no sólo se circunscriba a la prescripción médica, sino que se aplique a otros documentos que se manejen en los establecimientos de atención a la salud, tanto manuscritos como generados a través de medios electrónicos, como protocolos de tratamientos, prescripciones, registros de enfermería, etiquetas de mezclas intravenosas y de estuches de medicación, entre otros. [26]

Por otro lado, se debe considerar la comunicación inmediata de los resultados críticos de laboratorio, patología y gabinete en los que la vida del paciente puede estar en peligro si no se actúa con rapidez. [27-28]

Objetivo general

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

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

Acción Esencial 2 A

Acciones para mejorar la comunicación entre el equipo médico:

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

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

Acción Esencial 2 B

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

Acción Esencial 2 B 1

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

- El personal de salud que reciba cualquier indicación verbal o telefónica, debe anotar en la bitácora los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), nombre, cargo y firma de la persona que la emitió y de la que recibió la orden, y la fecha y hora en la que se recibió la orden.
- El personal de salud que emita o reciba cualquier indicación verbal o telefónica, deber cumplir el siguiente proceso: (24-15)

  a) La persona que recibe la orden debe escucharla atentamente.

  b) La persona que recibe la orden debe escribirla en la bitácora.

  c) La persona que recibe la orden debe leer la orden a la persona que la emitió.

  d) La persona que emitió la orden debe confirmar que la información es correcta.

  e) La persona que recibió la orden debe transcribirla de la bitácora al expediente.

  f) La persona que emitió la orden debe confirmarla y verificar que se encuentra en el expediente clínico, firmándola en un plazo no mayor a 24 horas cuando labore entre semana o no más de 72 horas en turnos especiales. En caso de ausencia del médico tratante, el jefe del servicio debe firmar la indicación.

Acción Esencial 2 B 2

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

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

Acción Esencial 2 C

De la comunicación durante la trasferencia de pacientes:

El personal de salud utilizará la Técnica SAER por sus siglas en español: Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación, (SBAR por sus siglas en inglés *Situation-Background-Assessment-Recommendation*) durante la transferencia de pacientes de un servicio a otro, durante los cambios de turno o cuando sea referido a otra unidad **(29)** con al menos los siguientes datos:

Situación:

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

Antecedentes:

- Motivo y fecha de ingreso.
- Datos significativos de la historia clínica.
- Diagnóstico principal de ingreso.
- Procedimientos realizados.
- Medicación administrada.
- Líquidos administrados.
- Alergias.
- Resultados de laboratorio o de imágenes relevantes.
- Dispositivos invasivos.
- Cualquier otra información clínica útil.

Evaluación:

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

Recomendación:

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

Acción Esencial 2 D

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

- Escribir con letra legible **(30)**
- Colocar siempre un espacio entre el nombre completo del medicamento con la sustancia activa, la dosis y las unidades de dosificación. Especialmente en aquellos medicamentos que tengan la terminación "–ol" se deberá, mantener un espacio visible entre éste y la dosis, ya que puede prestarse a confusión con números "01".
- Cuando la dosis es un número entero, nunca debe escribirse un punto decimal y un cero a la derecha de dicho punto decimal (ej. Correcto 30, incorrecto 30.0).
- Cuando la dosis es menor a un número entero, siempre se colocará un cero previo al punto decimal, seguido del número de la dosis.
- Cuando la dosis es un número superior a 1,000, siempre debe utilizar "comas" (,) para separar los millares, o utilizar las palabras "Mil" o "1 millón"
- Nunca deben abreviarse las palabras: unidad, microgramos, día, una vez al día, por razón necesaria, unidades, unidades internacionales, intranasal, subcutáneo, más, durante y por.

Acción Esencial 2 E

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

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

Acción Esencial 2 F

De la referencia y/o contra referencia del paciente.

- Debe elaborarla un médico del establecimiento y contener:**(31)**

  a. Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.

b. Copia del resumen clínico, que contenga motivo del envío, diagnóstico y tratamiento aplicado. (31)

c. Datos de identificación del establecimiento que envía y del establecimiento receptor.(31)

d. Fecha y hora que fue referido y en la que se recibió el paciente.

e. Nombre completo y firma de quien lo envía y de quien lo recibe.

- El establecimiento debe disponer de un directorio de unidades a las que puede enviar a pacientes, que debe contener el tipo de pacientes que recibe, requisitos y nombre del contacto.

Acción Esencial 2 G

Del egreso del paciente. (31)

- Debe elaborarlo el médico y contener:

a. Datos de identificación del paciente.

b. Fecha de ingreso/egreso.

c. Motivo del egreso.

d. Diagnósticos finales.

e. Resumen de la evolución y el estado actual.

f. Manejo durante la estancia hospitalaria, incluyendo la medicación relevante administrada durante el proceso de atención.

g. Problemas clínicos pendientes.

h. Plan de manejo y tratamiento.

i. Recomendaciones para la vigilancia ambulatoria.

j. Atención de factores de riesgo.

k. Pronóstico.

Es importante que cada organización identifique todas las áreas, servicios o situaciones en las que el personal de salud pueda recibir órdenes clínicas, verbales o telefónicas, y/o resultados de laboratorio o gabinete de manera verbal o telefónica, y asegurar que la acción básica (barrera de seguridad) se realice de manera correcta (escuchar-escribir-leer-confirmar), en el momento oportuno para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso o centinela. Asimismo, cada organización implementará el mecanismo estructurado de comunicación que permita la entrega oportuna y coordinada de la información del paciente durante las transiciones, al utilizar de manera estandarizada y sistémica el siguiente orden para comunicar la información de un paciente: Situación actual, antecedentes que circunscriben la situación actual del paciente, evaluaciones, recomendaciones y actividades pendientes.

Acción Esencial 3

Seguridad en el proceso de medicación

Los medicamentos constituyen el recurso terapéutico más utilizado en los países desarrollados. En consecuencia, no es de extrañar que los errores de medicación sean una de las causas más frecuentes de los acontecimientos adversos ligados a la atención médica. En EE.UU. el primer informe del Instituto de Medicina señaló que los errores por medicamentos eran los de mayor prevalencia en hospitales.(32)

Uno de cada cuatro errores de medicación notificados en los Estados Unidos, se debe a confusión en el nombre del medicamento.(33)

Los resultados del proyecto IBEAS mostraron que en algunos países, uno de cada diez ingresos en el hospital es debido a reacciones adversas a medicamentos (34) y el capítulo México del mismo estudio, refiere que el 8.2% de los eventos adversos detectados estaban relacionados con el uso de medicamentos..(35)

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, refiere en su documento titulado “Soluciones para la seguridad del paciente”, que todos los medicamentos, productos biológicos, vacunas y medios de contraste tienen un determinado riesgo, pero que las soluciones concentradas de electrólitos son particularmente peligrosas y en la mayoría de las veces no es posible revertir los efectos que causa la inadecuada administración de estos medicamentos (36) (Anexos 1(44-45-46) y 2 (47)).

En este sentido, la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, recomienda como puntos fundamentales una adecuada planificación de la disponibilidad, el acceso, la prescripción, la preparación, la distribución, el etiquetado, la verificación, la administración y el control de los medicamentos, productos biológicos, vacunas y medios de contraste tienen un determinado riesgo, de modo tal que se puedan evitar y eliminar los posibles eventos adversos. (36)

La gestión de la medicación abarca el sistema y los procesos que emplea una organización para administrar farmacoterapias a sus pacientes, lo que requiere una participación multidisciplinaria y coordinada del personal de una organización de atención médica, para seleccionar, adquirir, almacenar, recetar, transcribir, distribuir, preparar, dispensar, administrar, documentar y controlar las terapias con medicamentos. **(37)**

Objetivo general

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

Acción Esencial 3 A

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

Acción Esencial 3 A 1

De la adquisición de electrolitos concentrados.

- *La adquisición de los electrolitos concentrados debe cumplir con lo estipulado para el etiquetado de los mismos de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y remedios herbolarios.* **(41)**

  a) Color azul para bicarbonato de sodio 7.5%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

  b) Color verde para sulfato de magnesio 10%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

  c) Color amarillo para gluconato de calcio 10%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

  d) Color rojo para cloruro de potasio 14.9%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

  e) Color naranja para fosfato de potasio 15%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

  f) Color blanco para cloruro de sodio 17.7%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

Acción Esencial 3 A 2

De la alerta visual para medicamentos de alto riesgo.

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

Acción Esencial 3 A 3

Del almacenamiento general de los medicamentos y electrolitos concentrados.

- Los medicamentos y electrolitos concentrados deben ser almacenados en un lugar seguro y con las condiciones ambientales que el laboratorio farmacéutico indique.
- El personal responsable del almacenamiento de los medicamentos, asegurará el etiquetado y resguardo de los medicamentos de alto riesgo, los cuales deben ser marcados con un círculo color rojo en el almacén de farmacia para ser calificado como medicamento de alto riesgo.
- En los lugares donde se almacenen electrolitos concentrados, se debe colocar en un lugar visible el código de colores que corresponden al etiquetado de los electrolitos concentrados, de acuerdo con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y remedios herbolarios. **(41)**

  a) Color azul para bicarbonato de sodio 7.5%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

  b) Color verde para sulfato de magnesio 10%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

  c) Color amarillo para gluconato de calcio 10%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

  d) Color rojo para cloruro de potasio 14.9%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

  e) Color naranja para fosfato de potasio 15%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

  f) Color blanco para cloruro de sodio 17.7%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

Acción Esencial 3 B

De la prescripción. ***(38-39-40)***

- Los médicos del establecimiento deben escribir la prescripción médica en el expediente del paciente y en la receta médica, con letra clara, legible sin abreviaturas, sin enmendaduras ni tachaduras, de acuerdo a las acciones mencionadas para mejorar la Comunicación Efectiva.

- La receta debe contener:
  a. Impreso el nombre y domicilio del establecimiento.
  b. El nombre completo, número de cédula profesional y firma autógrafa de quien prescribe.
  c. Fecha de elaboración.
  d. Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.
  e. Nombre genérico del medicamento.
  f. Dosis y presentación del medicamento.
  g. Frecuencia y vía de administración.
  h. Duración del tratamiento.
  i. Indicaciones completas y claras para su administración.
  j. No debe tener correcciones que pudieran confundir al personal, paciente o farmacéutico.
  k. No se deben utilizar abreviaturas en dosis, diagnósticos e indicaciones.

Acción Esencial 3 C

De la transcripción.

- El personal de enfermería transcribirá en la hoja de enfermería los medicamentos y las indicaciones médicas sin modificar la prescripción original. En caso de duda debe aclararlas con el médico tratante.
- El personal de enfermería solicitará el medicamento a la farmacia hospitalaria, para los pacientes hospitalizados. Esta solicitud debe ser clara, legible, sin tachaduras ni enmendaduras.

Acción Esencial 3 D

De la dispensación.

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

Acción Esencial 3 E

De la recepción y almacenamiento de los medicamentos.

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

Acción Esencial 3 F

De la administración. ***(42-43)***

- Sólo el personal autorizado para ello podrá preparar y administrar los medicamentos.
- No se administrarán medicamentos que carezcan de etiquetas o cuando éstas no sean legibles.
- El personal de salud debe preguntar al paciente la presencia de alergias y verificará los datos en el identificador personal y la ficha de identificación del paciente, antes de la administración de algún medicamento o hemocomponente.
- El personal de salud que administre los medicamentos debe verificar:
  a) *Paciente correcto,* preguntando al paciente su nombre completo y fecha de nacimiento y verificar que éstos coincidan con los datos señalados en el identificador.
  b) *Medicamento correcto,* identificando siempre el medicamento al retirarlo de la zona de almacenamiento y verificar el nombre del medicamento con las indicaciones del expediente clínico del paciente y con la hoja de enfermería.
  c) *Dosis correcta,* comprobar en los registros del expediente y en la hoja de enfermería la dosis prescrita.
  d) *Vía correcta,* confirmar la vía de administración del medicamento indicada en la etiqueta, expediente clínico y la hoja de enfermería.

e) *Horario correcto,* confirmar en el expediente clínico y en la hoja de enfermería los intervalos indicados para la administración del medicamento.

f) *Registro correcto* de los medicamentos, inmediatamente después de su administración, se deben registrar en el expediente clínico y en la hoja de enfermería el nombre del fármaco, fecha, hora de administración, dosis, vía de administración y nombre de quien la administró.

- Los medicamentos que el paciente trae desde su casa, deben ser resguardados por el personal de enfermería y, en su caso, solicitar indicaciones del médico para aplicarlos.
- Los medicamentos que por indicación médica se suspende su administración, deben ser entregados a la farmacia.
- Las solicitudes de Nutrición Parenteral Total (NPT), deben contar por lo menos con los siguientes datos:

a) *Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.*

b) *Peso del paciente.*

c) *Número de expediente.*

d) *Servicio que solicita.*

e) *Fecha y hora de solicitud.*

f) *Componentes de la mezcla.*

g) *Glucosa kilo minuto.*

h) *Concentración de la mezcla.*

i) *Calorías Totales.*

j) *Kilocalorías.*

k) *Nombre del médico solicitante.*

l) *Cédula profesional de quien la solicita.*

- En caso de que se omita administrar un medicamento, debe registrarse en el expediente clínico y en la hoja de enfermería, señalando claramente las causas por las que no se administró.

Acción Esencial 3 G

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

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

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

Acción Esencial 3 H

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

- La doble verificación se realiza durante:

a) *El proceso de preparación de al menos: los electrolitos concentrados, insulinas, anticoagulantes vía parenteral, citotóxicos y radiofármacos.*

b) *El proceso de administración de al menos: los electrolitos concentrados, insulinas, anticoagulantes vía parenteral, citotóxicos y radiofármacos.*

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

Acción Esencial 3 I

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

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

Acción Esencial 4

Seguridad en los procedimientos

La Alianza Mundial para la Seguridad de la Cirugía refiere que el propósito de la cirugía es salvar vidas, pero la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables, algunos datos que refieren la magnitud del problema refieren que hasta 25% de los pacientes quirúrgicos hospitalizados sufren complicaciones postoperatorias; que la tasa bruta de mortalidad registrada tras la cirugía mayor es del 0.5 al 5.0%; que en los países industrializados, casi la mitad de los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con la atención quirúrgica; y que el daño ocasionado por la cirugía se considera evitable al menos en la mitad de los casos. **(48)**

Asimismo, la Alianza Mundial para la Seguridad de la Cirugía, refiere que al menos siete millones de pacientes se ven afectados por complicaciones quirúrgicas cada año, de los que aproximadamente un millón fallecen durante la cirugía o inmediatamente después. **(48)**

En México durante 2009, la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud, realizó el estudio de prevalencia de eventos adversos "Evaluación de Seguridad Quirúrgica", entre los principales resultados encontrados fueron que uno de cada veinticinco pacientes que fue intervenido quirúrgicamente en las instituciones públicas del país, presentó un evento adverso; el 58.0% requirió de pruebas diagnósticas adicionales y en el 80% fue necesario indicar un nuevo tratamiento; el 56.6% fueron considerados como eventos graves, es decir, fue necesario realizar otra intervención quirúrgica nuevamente, o provocó incapacidad, o la muerte del paciente. **(49)**

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, publicó en 2008, la "Lista de Verificación para las Intervenciones Quirúrgicas" (LVSC), con el propósito de apoyar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de muertes debidas a errores quirúrgicos. La Alianza, con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, expertos en seguridad del paciente y pacientes de todo el mundo, identificó una serie de controles de seguridad que aplican en cualquier quirófano. Con la Lista de Verificación para las Intervenciones Quirúrgicas, se refuerzan las prácticas de seguridad ya aceptadas y se fomenta la comunicación y el trabajo en equipo entre las distintas disciplinas clínicas. **(50)**

En 2012, la DGCES, realizó los ajustes a la LVSC, publicada por la OMS, y en ese mismo año fue publicada en la página electrónica de la DGCES. En 2015 se revisó y publicó la LVSC actualizada. **(51)**

Objetivo general

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

Acción Esencial 4 A

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

Acción Esencial 4 A 1

Del marcado del sitio quirúrgico.

- El marcado debe realizarse sobre la piel del paciente y de manera que permanezca después de la asepsia y antisepsia.
- Previo al ingreso a la sala de cirugía, el cirujano responsable de la atención debe marcar el sitio quirúrgico, cuando la cirugía se realice en órganos bilaterales o estructuras que contengan niveles múltiples.
- El marcaje se realizará en presencia de un familiar en el caso de que el paciente no se encuentre consciente, sea menor de edad o que tenga alguna discapacidad.

- Se debe utilizar una señal tipo diana y fuera del círculo mayor las iniciales del cirujano. (en cirugía oftalmológica el marcado se realizará con un punto arriba de la ceja del lado correspondiente).
- Estará permitido realizar el marcaje documental cuando el procedimiento sea en mucosas o sitios anatómicos difíciles, en procedimientos dentales, recién nacidos prematuros o cuando el paciente no acepte que se marque la piel.
- Se puede omitir en situaciones de urgencias y en lesiones visibles, como las fracturas expuestas o tumoraciones evidentes.

Acción Esencial 4 A 2

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

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

Se deben seguir las siguientes fases de la LVSC:

FASE 1. Entrada

Antes de la inducción de la anestesia.

El anestesiólogo, el cirujano y el personal de enfermería:

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

El anestesiólogo debe:

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

El cirujano debe:

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

FASE 2. Pausa quirúrgica

Antes de la incisión:

El cirujano debe:

- Confirmar que cada uno de los miembros del equipo quirúrgico se hayan presentado por su nombre y función (sin omisiones). Los miembros del equipo quirúrgico pueden ser cirujano, anestesiólogo, ayudante de cirujano, circulante y cualquier otro tipo de personal que participe en el procedimiento quirúrgico.

- Confirmar de manera verbal con el anestesiólogo y el personal de enfermería (instrumentista y circulante) la identidad del paciente, el procedimiento que se va a realizar, el sitio quirúrgico (en caso de órgano bilateral, marcaje derecho o izquierdo, en caso de estructura múltiple el nivel a operar) y la posición del paciente.
- Verificar que se cuenta con los estudios de imagen que se requieren.
- Participar en la prevención de eventos críticos informando los pasos críticos o no sistematizados, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista.

Enfermería debe:

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

El anestesiólogo debe:

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

FASE 3. Salida

Antes de que el paciente salga del quirófano:

El cirujano debe:

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

El cirujano, anestesiólogo y personal de enfermería deben:

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

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

La LVSC debidamente llenada y firmada por todos los integrantes del equipo quirúrgico, debe integrase al expediente clínico del paciente.

Acción Esencial 4 B

Del Tiempo Fuera para procedimientos fuera de quirófano.

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

- Transfusión de sangre y hemocomponentes (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: paciente, procedimientos, acceso vascular, grupo y Rh y hemocomponente correcto.
- Radioterapia (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: paciente, procedimiento, sitio y dosis correcta.).
- Terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables, procedimientos, paciente, prescripción dialítica, filtro correcto (si se tienen contemplado y autorizado el re-uso) evaluación del sangrado activo y valoración del acceso vascular).

- Toma de biopsia.
- Procedimientos odontológicos.
- Colocación/retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intrauterinos, catéteres para hemodiálisis, entre otros).
- Estudios de gabinete que requieren medios de contraste.
- Terapia Electroconvulsiva.
- Colocación y manejo de accesos vasculares.

El médico responsable de la atención debe:

- Confirmar que es el paciente correcto, procedimiento correcto, sitio quirúrgico correcto, en caso de órgano bilateral, marcaje derecho o izquierdo, según corresponda, en caso de estructura múltiple especificar el nivel a operar y la posición correcta del paciente.
- Verificar que se cuenta con los estudios de imagen que se requieren.
- Prever eventos críticos, verificando la fecha y método de esterilización del equipo e instrumental.
- Promover que el paciente y/o cuidador reciban información completa y fácilmente comprensible sobre su proceso asistencial y los riesgos que conlleva.

Acción Esencial 5

Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)

Las Infecciones Asociadas con la Atención de la Salud (IAAS), han sido reconocidas por más de un siglo como un problema crítico que afecta la calidad del cuidado de la salud de los pacientes atendidos en los hospitales, asimismo, los resultados de diversos estudios, han demostrado que aproximadamente hasta una tercera parte de las IAAS pueden ser evitadas. **(52)**

Una proporción significativa de estas infecciones, se deben a la contaminación y transmisión de microrganismos a través de las manos de los trabajadores de la salud, convirtiéndola en la principal ruta de propagación. Pero a pesar de su beneficio, a lo largo del tiempo, la higiene de manos se ha encontrado con diferentes limitaciones para su cumplimiento, empezando por el escepticismo, de algunos grupos de profesiones de la salud, la falta de conocimiento y capacitación, la falta de tiempo, la carga de trabajo, la disponibilidad de insumos e infraestructura inadecuada, la difusión deficiente en los establecimientos de atención médica, la falta de integración y de participación en los diferentes niveles, como el personal de salud, los responsables de los establecimientos o bien los responsables de las diferentes instituciones. **(53)**

La OMS en 2005 lanzó el primer reto mundial “Una atención limpia es una atención más segura”, encaminado a que todos los profesionales de la salud realicen la higiene de manos como parte de los procesos de atención a la salud, constituyéndolo como una medida primordial para disminuir las infecciones asociadas a ellos. **(54)**

En 2008 México se une a este reto, mediante la Campaña Sectorial “Está en tus manos”, tomando en cuenta los lineamientos propuestos por la OMS, que consisten en difundir las técnicas de higiene de manos, como son: lavado con agua y jabón, y la desinfección de manos con soluciones alcoholadas (u otro antiséptico) en los 5 momentos esenciales de los procesos de atención a la salud. **(55)**

Objetivo general

Coadyuvar a reducir las IAAS, a través de la implementación de un programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención.

Acción Esencial 5 A

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

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

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

El Área Administrativa del establecimiento debe:

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

El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente debe:

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

El CODECIN:

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

La UVEH debe:

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

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

Acción Esencial 5 B

Del programa integral de Higiene de Manos.

El personal de salud deberá:

- Realizar la higiene de las manos durante los 5 momentos propuestos por la OMS y de acuerdo a las técnicas establecidas:

  a Antes de tocar al paciente.

  b Antes de realizar una tarea limpia/aséptica.

c Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.

d Después de tocar al paciente.

e Después del contacto con el entorno del paciente.

- Mantener las uñas cortas y limpias.
- Evitar utilizar anillos o pulseras, durante la jornada laboral.
- Evitar la higiene de manos con agua y jabón inmediatamente antes o después de frotar las manos con una solución de base alcohólica.
- Realizar la higiene de manos con agua y jabón simple, con la técnica establecida por la OMS o frotarlas con una preparación alcoholada antes de manipular medicamentos o preparar alimentos.
- Realizar la higiene de manos antes de utilizar guantes, preferentemente con una solución de base alcohol. Cuando las manos se encuentren visiblemente sucias, realizar la higiene de manos con agua y jabón.
- En caso de utilizar solución de base alcohol, esperar que esta se haya secado completamente antes de colocarse los guantes.

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

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

- Coordinar las acciones de higiene de manos.
- Difundir material alusivo a la higiene de las manos en las diferentes áreas del establecimiento, dicho material debe ser visible a personal, pacientes y familiares.
- Realizar supervisiones periódicas para verificar la adherencia del personal de salud a las prácticas recomendadas de higiene de las manos.
- Realizar autoevaluaciones de programa de higiene de manos por lo menos una vez al año.
- Informar los resultados del apego a las acciones de higiene de manos, tanto al personal del establecimiento y a los directivos.
- Aplicar la Cédula Única de Gestión de acuerdo al Manual del Programa para la Prevención y Reducción de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (PPRIAAS).
- Analizar la información resultado de la Cédula Única de Gestión, para que durante las sesiones del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) y el CODECIN, con el personal de la UVEH y los jefes de servicio, identifiquen áreas de oportunidad y se tomen decisiones con el propósito de estandarizar los procesos relacionados con las IAAS y el uso racional de antimicrobianos.
- Verificar el abasto y mantenimiento del material y equipo necesario para la higiene de manos.
- Verificar la calidad del agua.

Acción Esencial 6

Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Existe suficiente evidencia científica nacional e internacional para considerar las caídas de los pacientes como un severo problema de seguridad, que requiere de herramientas y acciones específicas que permitan valorar el riesgo de caídas y la adopción de medidas de carácter preventivo.[32, 56-63]

En el año del 2008 al realizar el análisis del grado de cumplimiento de los criterios de calidad establecidos en el indicador de caídas del Sistema de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), se detectó que sólo se cumplía 50%, concluyendo que en las unidades hospitalarias del Sector Salud no se contaba con una herramienta técnica que permitiera su adecuada identificación. [64]

La Comisión Permanente de Enfermería, en colaboración con representantes de diversas instituciones del Sistema Nacional de Salud, coordinó los trabajos para el desarrollo de una herramienta técnica que definiera una escala para valorar el grado de riesgo de caída del paciente hospitalizado.[10-11-12]

La escala de valoración del grado de riesgos de caídas en el paciente hospitalizado se elaboró tomando en consideración la experiencia del Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez y fue validada a través de su aplicación en otros establecimientos de salud, mostrando un alto grado de confiabilidad y equivalencia con otras escalas internacionales para la prevención de caídas. [65-66]. Dicha escala está basada en los siguientes criterios:

I. Limitación física.

II. Estado mental alterado.

III. Tratamiento farmacológico que implique riesgo.

IV. Problemas de idioma o socioculturales.

V. Pacientes sin factores de riesgo evidentes.

Es recomendable que el personal de salud tome en cuenta las siguientes acciones para reducir el riesgo de daño al paciente hospitalizado por causas de caídas, de acuerdo a los factores de riesgo en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud que se señalan en Anexo 3 de este documento.

Objetivo general

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

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

Acción Esencial 6 A

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

El personal de salud:

- Debe evaluar el riesgo de caídas del paciente, utilizando el instrumento o herramienta establecida previamente en la Institución; la herramienta de evaluación debe contener como mínimo los criterios mencionados en el Anexo 4 de este documento.
- La evaluación del riesgo de caídas debe realizarse en todos los pacientes que se encuentren en servicios ambulatorios, servicio de urgencias, así como en aquellos pacientes que ingresen a hospitalización.
- Debe reevaluar el riesgo de caída del paciente en:
    a. Cada cambio de turno.
    b. Cambio de área o servicio.
    c. Cambio en el estado de salud.
    d. Cambio o modificación del tratamiento.
    e. Informar a pacientes y familiares sobre el riesgo de caída y las medidas de seguridad que se aplican para prevenirla, entre ellas, solicitar la ayuda del personal para la movilización del paciente.

Acción Esencial 6 B

De las acciones de seguridad para prevención de caídas.

Acción Esencial 6 B 1

De las acciones generales para la prevención de caídas.

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

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

Acción Esencial 6 B 2

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

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

Acción Esencial 6 B 3

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

En pacientes pediátricos debe:

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

Acción Esencial 6 C

De las acciones de la organización.

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

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

Del personal de limpieza:

- Debe mantener los pisos secos y colocar señalizaciones cuando el suelo esté mojado.

Es importante que cada organización implemente la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas acorde a criterios específicos y funcionales para cada establecimiento en función de las características de sus pacientes con el fin de implementar las medidas necesarias para reducir el riesgo de caídas.

Acción Esencial 7

Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas

La OMS, refiere que para emprender iniciativas de seguridad adecuadamente orientadas, es fundamental comprender los problemas y los factores que contribuyen a crearlos. En la 59ª Asamblea Mundial de la Salud, la OMS exhorto a los Estados Miembros para que establecieran y perfeccionaran los sistemas de notificación y aprendizaje sobre la seguridad del paciente.**(71)**

El principal objetivo de los sistemas de notificación obligatoria, es proporcionar información centrada en los errores asociados con lesiones graves o la muerte.**(32)**

En 2013, la Organización Panamericana de la Salud refirió que aún no se disponía de información contrastada para definir cómo debe implantarse un sistema de reporte, pero refiere algunas recomendaciones básicas, que los sistemas de notificación o reporte deben favorecer el aprendizaje de la propia experiencia y tener como objetivo mejorar los resultados en materia de seguridad del paciente. Asimismo, plantea que los sistemas de notificación implantados en la Región, han sido útiles para establecer barreras a la ocurrencia de eventos adversos.**(72)**

La Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente (CISP), coloca a la notificación del evento como el principal medio por el que se identifican los eventos adversos, con el propósito de mejorar la atención otorgada a un paciente; identificar y corregir las fallas de los sistemas; prevenir la repetición de eventos; ayudar a crear una base de datos orientada a la gestión de riesgos y la mejora de la calidad; y contribuir a ofrecer un entorno seguro para la atención de los pacientes. **(70)**

Objetivo general

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

Recomendaciones

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

Al menos deberán registrarse, reportarse y analizarse lo siguiente:

- Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.
- Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.
- Riesgo potencial o inminente de que ocurran los incisos a y/o b.
- Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado.
- Muerte materna.

- Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemocomponentes o trasplante de órganos o tejidos.
- Suicidio.
- Violación, maltrato u homicidio de cualquier paciente.
- Entrega de menor de edad equivocado a familiar o representante legal.
- Entrega de cadáver equivocado a familiar o representante legal.
- Evento Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunización (aplicación de biológico).

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

Acción Esencial 8

Cultura de seguridad del paciente

La Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad (AHRQ) de Estados Unidos, refiere que la cultura de seguridad de una organización es el producto de los valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso y el tipo de gestión de una organización de salud y la seguridad de la organización. **(67)**

En el informe publicado en 2003 por el *National Quality Forum* de Estados Unidos, dentro del "Conjunto de Prácticas Seguras para Mejorar la Atención a la Salud", se refiere como punto de partida la creación y sostenimiento de la cultura de seguridad en la atención, con elementos que incluyen liderazgo, medición de la cultura, trabajo en equipo y sistematización en la identificación y mitigación de los riesgos asociados a la atención. **(68)**

La CISP, refiere que las organizaciones con culturas de la seguridad eficaces, reconocen que las actividades de su organización son de alto riesgo y propensas a los errores, propician un entorno que no culpabilice y en el que los individuos puedan notificar errores o cuasi incidentes sin ser castigados, así como la expectativa de colaboración entre diversos profesionales para buscar soluciones a las vulnerabilidades, y la voluntad por parte de la organización para asignar recursos a la corrección de los problemas de seguridad.**(69)**

La AHRQ reconoció la necesidad de una herramienta de medición para evaluar la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones de atención de la salud, por lo que en 2004 desarrolló una encuesta hospitalaria centrada en la cultura de seguridad del paciente, para medir las actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, así como para analizar los factores sociodemográficos y laborales relacionados con una actitud y un comportamiento favorable para la seguridad del usuario.**(2)**

En 2008, el Sistema Nacional de Salud Español, adaptó al contexto español la encuesta original de la AHRQ **(70)**; en México durante 2009, la CONAMED realizó la adaptación del cuestionario denominado *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, realizado por la *AHRQ* y en 2011 la DGCES, realizó una nueva adaptación para medir las 12 dimensiones que integran el cuestionario (Anexo 5), que se aplicó durante 2013 y 2015, en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud (Anexo 6), actualmente se cuenta con una plataforma informática para registrar este proceso.

En México, 8,722 médicos y enfermeras que laboran en 128 hospitales públicos en 23 entidades federativas participaron en el proceso de evaluación de la cultura de seguridad. El promedio del grado de seguridad del paciente fue de 7.2, considerado un rango de 1 a 10; las dimensiones con mayor valor negativo fueron: la asignación del personal; los cambios de turno y transiciones en el hospital; y acciones del jefe para promover la seguridad, hallazgos que dentro del modelo de gestión de calidad pueden irse mejorando para favorecer la cultura de seguridad del paciente.

Objetivo general

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

Acciones para medir la cultura de seguridad del paciente.

- Realizar anualmente, la medición de la cultura de seguridad del paciente, utilizando el cuestionario que la DGCES adaptó a partir del desarrollado por la AHRQ. (Anexo 6).

- La medición de la cultura de seguridad del paciente se realiza en la plataforma informática que la DGCES elaboró para este fin.
- Es una medición anónima.
- Participan en la medición el personal médico y de enfermería de todos los turnos del hospital y que están en contacto directo con el paciente.
- La participación del hospital en la medición de la cultura de seguridad del paciente, debe ser aprobada por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente o equivalentes.
- El proceso de medición se hará de acuerdo al "Proceso Operativo para la Medición de la Cultura de Seguridad del Paciente" establecido por la DGCES. (Disponible en línea en las páginas de la DGCES y el CSG).
- Los resultados de la medición deben utilizarse para establecer las acciones de mejora para las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente con mayor número de resultados negativos.
- Los resultados del análisis de la cultura de seguridad del paciente se presentarán al cuerpo directivo y al personal del hospital en una de sesión general para identificar de manera conjunta áreas de oportunidad para la mejora.

II. Acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno ambulatorio

Acción Esencial 1

Identificación del paciente

Objetivo general

Mejorar la precisión de la identificación de pacientes, unificando este proceso en los establecimientos del Sector Salud, utilizando al menos dos datos para identificar al paciente (nombre completo y fecha de nacimiento), a fin de prevenir errores que involucren al paciente equivocado.

Acción Esencial 1 A

De la identificación general del paciente.

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

- El personal de salud debe identificar al paciente desde el momento en que este solicita la atención, con al menos dos identificadores, que serán el nombre completo del paciente y su fecha de nacimiento (día mes y año); en su caso, adicionalmente podrán agregarse otros determinados en la normativa de la Institución.
- Todos los documentos que se generen durante el proceso de atención, incluyendo el expediente clínico, recetas médicas, solicitudes y resultados de estudios de gabinete y laboratorio, etc., deben contener el nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento.**(18)**

Acción Esencial 1 B

De la identificación del paciente previa a la realización de procedimientos.

- El personal de salud debe comprobar los datos de identificación del paciente mínimo en los siguientes casos: **(17-18)**
  a. La administración de todo tipo de medicamentos, incluyendo vacunas.
  b. Extracción de sangre u otras muestras para análisis clínicos.
  c. Antes de la realización de estudios de gabinete.
  d. Realizar procedimientos médicos o quirúrgicos incluyendo toma de biopsias.
  e. Procedimientos odontológicos.
  f. Traslados dentro o fuera del establecimiento.
  g. Antes de la colocación/retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intrauterinos, entre otros).
  h. Antes del inicio de la terapia de remplazo renal con hemodiálisis.
- En caso de que el paciente tenga algún tipo de discapacidad que impida la comunicación, los datos deben validarse con su acompañante, antes de realizar cualquier procedimiento al paciente.

- En caso de que para la realización de algún procedimiento preventivo, diagnóstico o terapéutico sea necesario el retiro del identificador, se debe colocar de manera inmediata cuando este concluya.**(18)**
- Todos los documentos que se generen durante el proceso de atención, incluyendo todos los apartados del expediente clínico, recetas médicas, solicitudes de estudios de gabinete y laboratorio, cartilla de vacunación, cartillas nacionales de salud, entre otros, deberán contener el nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento. **(16)**

Acción Esencial 2

Comunicación Efectiva

Objetivo general

Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, pacientes y familiares, a fin de obtener información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención y así, reducir los errores relacionados con la prescripción de medicamentos y el traspaso de pacientes, de forma que proporcione información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención al paciente mediante el uso de la herramienta SAER por sus siglas en español (SBAR por sus siglas en inglés).

Acción Esencial 2 A

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

- Escribir con letra legible. **(30)**
- Colocar siempre un espacio entre el nombre completo del medicamento con la sustancia activa, la dosis y las unidades de dosificación. Especialmente en aquellos medicamentos que tengan la terminación "–ol" (Ej. Atenolol, metronidazol, etc.) se deberá, mantener un espacio visible entre éste y la dosis, ya que puede prestarse a confusión con números "01".
- Cuando la dosis es un número entero, nunca debe escribirse un punto decimal y un cero a la derecha del número entero.
- Cuando la dosis es menor a un número entero, siempre se colocará un cero previo al punto decimal, seguido del número de la dosis.
- Cuando la dosis es un número superior a 1,000, siempre debe utilizar "comas" (,) para separar los millares, o utilizar las palabras "Mil" o "1 millón".
- Nunca deben abreviarse las palabras: unidad, microgramos, día, una vez al día, unidades, unidades internacionales, intranasal, subcutáneo, más, durante y por.

Acción Esencial 2 B

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

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

Acción Esencial 2 C

De la referencia y/o contra referencia del paciente.

- Debe elaborarla un médico del establecimiento y contener:**(31)**
  a. Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.
  b. Copia del resumen clínico, que contenga motivo del envío, diagnóstico y tratamiento aplicado. (31)
  c. Datos de identificación del establecimiento que envía y del establecimiento receptor.(31)
  d. Fecha y hora que fue referido y en la que se recibió el paciente.
  e. Nombre completo y firma de quien lo envía y de quien lo recibe.
- El establecimiento debe disponer de un directorio de unidades a las que puede enviar a pacientes, que debe contener el tipo de pacientes que recibe, requisitos y nombre del contacto.

Acción Esencial 3

Seguridad en el proceso de medicación

Objetivo general

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

Acción Esencial 3 A

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

Acción Esencial 3 A 1

De la adquisición de electrolitos concentrados.

- *La adquisición de los electrolitos concentrados debe cumplir con lo estipulado para el etiquetado de los mismos de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y remedios herbolarios.* **(41)**

  a) Color azul para bicarbonato de sodio 7.5%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

  b) Color verde para sulfato de magnesio 10%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

  c) Color amarillo para gluconato de calcio 10%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

  d) Color rojo para cloruro de potasio 14.9%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

  e) Color naranja para fosfato de potasio 15%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

  f) Color blanco para cloruro de sodio 17.7%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

Acción Esencial 3 A 2

De la alerta visual para medicamentos de alto riesgo.

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

Acción Esencial 3 A 3

Del almacenamiento general de los medicamentos y electrolitos concentrados.

- Los medicamentos y electrolitos concentrados deben ser almacenados en un lugar seguro y con las condiciones ambientales que el laboratorio farmacéutico indique.
- El personal responsable del almacenamiento de los medicamentos, asegurará el etiquetado y resguardo de los medicamentos de alto riesgo, los cuales deben ser marcados con un círculo color rojo en el almacén de farmacia para ser calificado como medicamento de alto riesgo.
- En los lugares donde se almacenen electrolitos concentrados, se debe colocar en un lugar visible el código de colores que corresponden al etiquetado de los electrolitos concentrados, de acuerdo con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y remedios herbolarios. **(41)**

  a) Color azul para bicarbonato de sodio 7.5%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

  b) Color verde para sulfato de magnesio 10%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

  c) Color amarillo para gluconato de calcio 10%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

  d) Color rojo para cloruro de potasio 14.9%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

  e) Color naranja para fosfato de potasio 15%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

  f) Color blanco para cloruro de sodio 17.7%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

Acción Esencial 3 B

De la prescripción. ***(38-39-40)***

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

Acción Esencial 3 C

De la administración. ***(42-43)***

- Sólo el personal autorizado para ello podrá preparar y administrar los medicamentos.
- No se administrarán medicamentos que carezcan de etiquetas o cuando éstas no sean legibles.
- El personal de salud debe preguntar al paciente la presencia de alergias antes de la administración de algún medicamento.
- El personal de salud que administre los medicamentos debe verificar:
  a) *Paciente correcto,* preguntando al paciente su nombre completo y fecha de nacimiento y verificar que éstos coincidan con los datos señalados en el identificador.
  b) *Medicamento correcto,* identificando siempre el medicamento al retirarlo de la zona de almacenamiento y verificar el nombre del medicamento con las indicaciones del expediente clínico del paciente y con la hoja de enfermería.
  c) *Dosis correcta,* comprobar en los registros del expediente y en la hoja de enfermería la dosis prescrita.
  d) *Vía correcta,* confirmar la vía de administración del medicamento indicada en la etiqueta, expediente clínico y la hoja de enfermería.
  e) *Registro correcto* de los medicamentos, inmediatamente después de su administración, se deben registrar en el expediente clínico el nombre del fármaco, fecha, hora de administración, dosis, vía de administración y nombre de quien la administró.

Acción Esencial 3 D

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

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

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

Acción Esencial 3 E

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

- La doble verificación se realiza durante:

  a) *El proceso de preparación de al menos: los electrolitos concentrados, insulinas, anticoagulantes vía parenteral, citotóxicos y radiofármacos.*

  b) El proceso de administración de al menos: los electrolitos concentrados, insulinas, anticoagulantes vía parenteral, citotóxicos y radiofármacos.

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

Acción Esencial 3 F

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

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

Acción Esencial 4

Seguridad en los procedimientos

Objetivo general

Reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas internacionalmente y reducir los eventos adversos para evitar la presencia de eventos centinela durante procedimientos.

Acción Esencial 4 A

Del marcado del sitio quirúrgico.

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

Acción Esencial 4 B

Del Tiempo Fuera para procedimientos fuera de quirófano.

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

- Radioterapia (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: paciente, procedimiento, sitio y dosis correcta.).
- Terapia de remplazo renal con hemodiálisis, (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables, procedimientos, paciente, prescripción dialítica, filtro correcto (si se tienen contemplado y autorizado el re-uso) evaluación del sangrado activo y valoración del acceso vascular).

- Toma de biopsia.
- Procedimientos odontológicos.
- Colocación/retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intrauterinos, catéteres para hemodiálisis, entre otros).
- Estudios de gabinete que requieren medios de contraste.

El médico responsable de la atención debe:

- Confirmar que es el paciente correcto, procedimiento correcto, sitio quirúrgico correcto, en caso de órgano bilateral, marcaje derecho o izquierdo, según corresponda, en caso de estructura múltiple especificar el nivel a operar y la posición correcta del paciente.
- Verificar que se cuenta con los estudios de imagen que se requieren.
- Prever eventos críticos, verificando la fecha y método de esterilización del equipo e instrumental.
- Promover que el paciente y/o cuidador reciban información completa y fácilmente comprensible sobre su proceso asistencial y los riesgos que conlleva.

Acción Esencial 5

Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)

Objetivo general

Coadyuvar a reducir las infecciones asociadas a la atención de la salud, a través de la implementación de un programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención.

Acción Esencial 5 A

De las acciones generales de la organización para reducir el riesgo de adquirir IAAS.

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

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

El Área Administrativa del establecimiento debe:

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

Acción Esencial 5 B

Del programa integral de higiene de manos.

El personal de salud deberá:

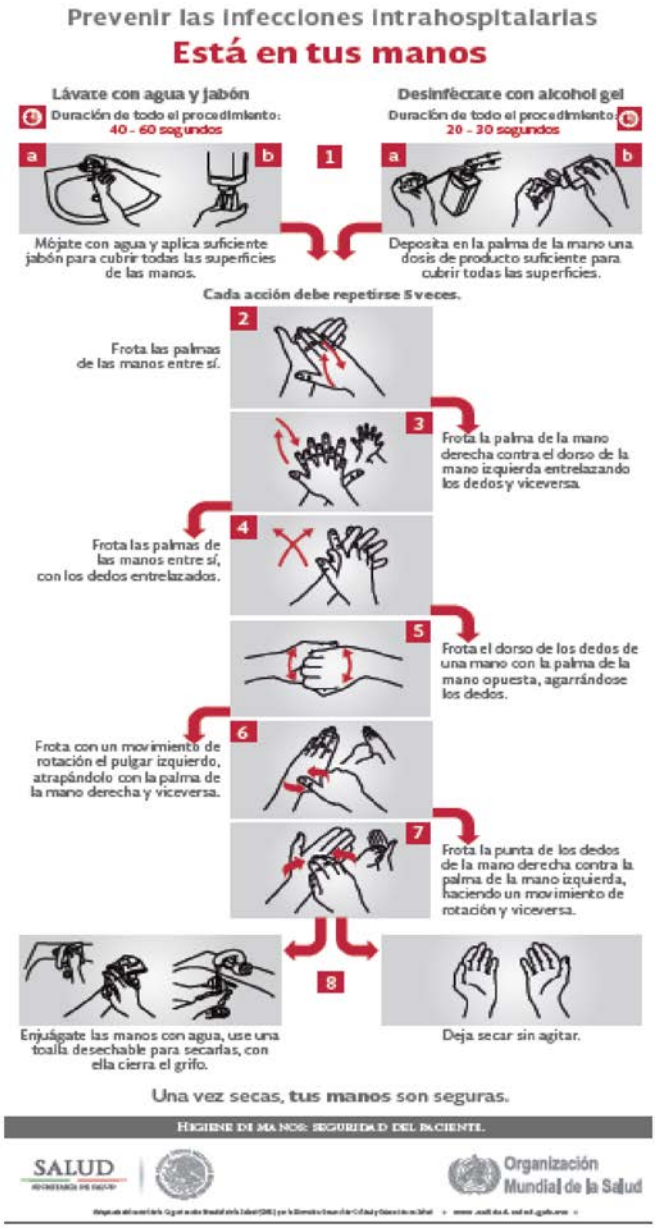
- Realizar la higiene de las manos durante los 5 momentos propuestos por la OMS y de acuerdo a las técnicas establecidas:
  - a Antes de tocar al paciente.
  - b Antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
  - c Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
  - d Después de tocar al paciente.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

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

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

- Coordinar las acciones de higiene de manos.
- Educación a pacientes y familiares.
- Capacitación al personal clínico, no clínico, en formación, subrogado, voluntariado y visitantes.
- Difundir material alusivo a la higiene de las manos en las diferentes áreas del establecimiento, dicho material debe ser visible a personal, pacientes y familiares.
- Realizar supervisiones periódicas para verificar la adherencia del personal de salud a las prácticas recomendadas de higiene de las manos.
- Realizar autoevaluaciones de programa de higiene de manos por lo menos una vez al año.
- Informar los resultados del apego a las acciones de higiene de manos, tanto al personal del establecimiento y a los directivos.
- Verificar el abasto y mantenimiento del material y equipo necesario para la higiene de manos.
- Verificar la calidad del agua.

1 ANTES DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO?	Lávese las manos antes de tocar al paciente.
	¿POR QUÉ?	Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
2 ANTES DE REALIZAR UNA TAREA ASÉPTICA	¿CUÁNDO?	Lávese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea aséptica.
	¿POR QUÉ?	Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
3 DESPUÉS DE ESTAR EN RIESGO DE EXPOSICIÓN DE LÍQUIDOS CORPORALES	¿CUÁNDO?	Lávese las manos inmediatamente después de retirarse los guantes tras el manejo de líquidos corporales.
	¿POR QUÉ?	Para protegerse y proteger el entorno de atención de la salud de los gérmenes dañinos del paciente.
4 DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO?	Lávese las manos después de tocar a un paciente.
	¿POR QUÉ?	Para protegerse y proteger el entorno de atención de la salud de los gérmenes dañinos del paciente.
5 DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE	¿CUÁNDO?	Lávese las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, incluso aunque no haya tocado al paciente.
	¿POR QUÉ?	Para protegerse y proteger el entorno de atención de la salud de los gérmenes dañinos del paciente.



Acción Esencial 6

Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Objetivo general

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

Acción Esencial 6 A

De las acciones generales para la prevención de caídas.

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

- Evitar realizar cambios bruscos de postura y/o incorporar al paciente de forma rápida.
- Debe reportar inmediatamente las fallas, descomposturas o falta de equipo que se encuentre relacionado con la seguridad del paciente.
- En caso de que el paciente sufra una caída, se debe registrar y notificar inmediatamente, siguiendo el protocolo institucional para reporte de eventos adversos.
- Informar al familiar de pacientes con riesgo de caída (Anexo 4), que para movilizar al paciente requiere la ayuda de un miembro del equipo de salud o de otro familiar.

- Se deberá designar a un responsable de verificar que no existan factores de riesgo de caída de pacientes en el entorno arquitectónico.
- Debe mantener los pisos secos y colocar señalizaciones cuando el suelo este mojado.
- Las áreas de baños y regaderas (si es que cuenta con ellas) deben contar con barras de sujeción.
- En caso de existir áreas de regaderas deben contar con piso y tapetes antiderrapantes.
- Evitar escalones a la entrada o salida del baño.
- Las escaleras o rampas deben contar con material antiderrapante.
- Las escaleras deben tener los escalones a la misma altura.
- Todas las áreas de atención al paciente deben contar con adecuada iluminación.

Acción Esencial 7

Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas

Objetivo general

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

Recomendaciones:

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

Al menos deberán registrarse, reportarse y analizarse lo siguiente:

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

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

Acción Esencial 8

Cultura de seguridad del paciente

La AHRQ de Estados Unidos, refiere que la cultura de seguridad de una organización es el producto de los valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso y el tipo de gestión de una organización de salud y la seguridad de la organización. (67)

En el informe publicado en 2003 por el *National Quality Forum* de Estados Unidos, dentro del "Conjunto de Prácticas Seguras para Mejorar la Atención a la Salud", se refiere como punto de partida la creación y sostenimiento de la cultura de seguridad en la atención, con elementos que incluyen liderazgo, medición de la cultura, trabajo en equipo y sistematización en la identificación y mitigación de los riesgos asociados a la atención. (68)

La CISP refiere que las organizaciones con culturas de la seguridad eficaces, reconocen que las actividades de su organización son de alto riesgo y propensas a los errores, propician un entorno que no culpabilice y en el que los individuos puedan notificar errores o cuasi incidentes sin ser castigados, así como la expectativa de colaboración entre diversos profesionales para buscar soluciones a las vulnerabilidades, y la voluntad por parte de la organización para asignar recursos a la corrección de los problemas de seguridad.(69)

La AHRQ reconoció la necesidad de una herramienta de medición para evaluar la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones de atención de la salud, por lo que en 2004 desarrolló una encuesta hospitalaria centrada en la cultura de seguridad del paciente, para medir las actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, así como para analizar los factores sociodemográficos y laborales relacionados con una actitud y un comportamiento favorable para la seguridad del usuario.(2)

En 2008, el Sistema Nacional de Salud Español, adaptó al contexto español la encuesta original de la AHRQ (70); en México durante 2009, la CONAMED, realizó la adaptación del cuestionario denominado *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, realizado por la AHRQ y en 2011 la DGCES, realizó una nueva adaptación para medir las 12 dimensiones que integran el cuestionario (Anexo 7), que se aplicó durante 2013 y 2015, en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud (Anexo 6), actualmente se cuenta con una plataforma informática para registrar este proceso.

En México, 8,722 médicos y enfermeras que laboran en 128 hospitales públicos en 23 entidades federativas participaron en el proceso de evaluación de la cultura de seguridad. El promedio del grado de seguridad del paciente fue de 7.2, considerado un rango de 1 a 10; las dimensiones con mayor valor negativo fueron: la asignación del personal; los cambios de turno y transiciones en el establecimiento médico; y acciones del jefe para promover la seguridad, hallazgos que dentro del modelo de gestión de calidad pueden irse mejorando para favorecer la cultura de seguridad del paciente.

Objetivo general

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

Acciones para medir la cultura de seguridad del paciente.

- Realizar anualmente, la medición de la cultura de seguridad del paciente, utilizando el cuestionario que la DGCES adaptó a partir del desarrollado por la AHRQ (Anexo 7).
- La medición de la cultura de seguridad del paciente se realiza en la plataforma informática que la DGCES elaboró para este fin.
- Es una medición anónima.
- Participan en la medición el personal médico y de enfermería de todos los turnos del hospital y que están en contacto directo con el paciente.
- La participación del establecimiento ambulatorio en la medición de la cultura de seguridad del paciente, debe ser aprobada por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente o equivalentes de su unidad o jurisdicción.
- El proceso de medición se hará de acuerdo al "Proceso Operativo para la Medición de la Cultura de Seguridad del Paciente" establecido por la DGCES. (Disponible en línea en las páginas de la DGCES y el CSG).
- Los resultados de la medición deben utilizarse para establecer las acciones de mejora para las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente con mayor número de resultados negativos.
- Los resultados del análisis de la cultura de seguridad del paciente se presentarán al cuerpo directivo y al personal del establecimiento médico en una sesión general para identificar de manera conjunta áreas de oportunidad para la mejora.

Glosario

Análisis Causa Raíz: Metodología de análisis reactivo que orienta la investigación sistemática de las causas y el entorno en el que se produjo un incidente con daño, que podría no ser aparente de forma inmediata de acuerdo a la etapa de análisis y evaluación de riesgos del proceso de gestión de riesgos.

Atención ambulatoria: Modalidad de atención médica en la que paciente recibe los cuidados diagnostico-terapéuticos en forma ambulatoria, es decir, sin pernoctar en una cama hospitalaria. Esta modalidad incluye la consulta ambulatoria de especialidad, así como cirugía ambulatoria, la hospitalización diurna médica y la hospitalización diurna psiquiátrica.

Caída: Situación accidental determinada por pérdida de la posición estable del paciente, con proyección hacia el piso.

Cultura de la seguridad: Es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización, estilo y la competencia de dicha gestión. Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.

Daño: Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella.

Daño leve: Incidente que causa un daño mínimo al paciente. (evento adverso).

Daño moderado: Incidente que causa un daño significativo pero no permanente. (evento adverso).

Daño severo: Incidente que tiene como resultado un daño permanente. (evento centinela).

Discapacidad: Cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.

Evento centinela: Hecho inesperado que involucra la muerte o daño físico o psicológico grave y que no está relacionado con la historia natural de la enfermedad.

Evento adverso: Incidente que produce daño leve o moderado al paciente

Infección asociada con la atención de la salud (IAAS): Infecciones que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso a la institución.

Lista de verificación de cirugía segura (LVCS): Herramienta creada para el uso de los profesionales de la salud, que están interesados en mejorar la seguridad de los procedimientos quirúrgicos y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.

Medicación segura: Estrategia de Seguridad del Paciente que pretende reducir los errores relacionados con la prescripción y aplicación de medicamentos.

Plan de mejora continua: Conjunto de acciones planificadas, jerarquizadas y ordenadas en una secuencia cuyo propósito es elevar de manera permanente la calidad de la atención médica que se otorga en una unidad de salud.

Reacción adversa: Daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en que se produjo el evento.

Reacción adversa a medicamento: Respuesta nociva e inesperada a un medicamento que se produce a dosis normalmente recomendadas para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, o para el restablecimiento, la corrección o la modificación de una función fisiológica.

Seguridad del paciente: Atención libre de lesión accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento.

Sistema de registro y análisis de eventos adversos: Conjunto de formatos manuales o electrónicos mediante los cuales se recopila información de incidentes o de eventos adversos, con el propósito de aprender de ellos y evitarlos o disminuirlos a manera de lo posible.

Referencias

1. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente Mayor conocimiento para una atención más segura. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf?ua=1
2. Organización Mundial de la Salud. 59ª Asamblea Mundial de la Salud A59/22. Punto 11.16 del orden del día provisional 4 de mayo de 2006. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA59/A59_22-sp.pdf
3. Institute of medicine. To Err Is Human, Building a Safer Health System. Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson. Washington, D.C. Pag.211
4. Las nueve soluciones para la seguridad de los pacientes. OMS. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/
5. Joint Commission International: Disponible en: http://es.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/
6. Council of Europe Recomendation Rec (2006)7 of the Committee of Ministers to member states of management of patient safety and prevention of adverse events in health care adopted 24 May 2006. Disponible en: https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CM%282006%2967&Language=lanEnglish&Site=CM&BackColorInternet=DBDCF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864
7. Aguirre Gas H, Campos Castolo M, Carrillo Jaimes A. Análisis Crítico de las quejas CONAMED, 1996-2007, Rev. CONAMED, 2008. Enero-Marzo; 13: 5-16.
8. Recomendaciones: Lineamientos generales para la seguridad del paciente Hospitalizado. CONAMED, México. 2008.
9. Diario Oficial de la Federación. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. 2004. México: D.O.F. 2004. 19 de enero, última reforma D.O.F. 2016. 20 de julio.
10. Diario Oficial de la Federación. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México: D.O.F. 2013. 20 de mayo
11. Diario Oficial de la Federación. Programa Sectorial de Salud. 2013-2018. México: D.O.F. 2013. 12 de diciembre. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/ps_2013_2018.pdf
12. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. 2013. Programa de Acción Específico. Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/PAE_2013_2018_DGCES.pdf
13. Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”. Oficina de Gestión de Calidad, Unidad de Seguridad del Paciente. Sistema de Identificación del Paciente en el Honadomani “San Bartolomé” [en línea]. Lima, Perú, 2008. [fecha de consulta: noviembre 2015]. Disponible en: http://www.sanbartolome.gob.pe:8080/calidad/cim/ide_pac.pdf
14. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Comité Operativo para la Seguridad del Paciente. Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA (Sistema Sanitario Público Andaluz). Procedimiento General de Identificación de Pacientes (Anexo 1), [en línea]. Andalucía, España, diciembre 2009. [fecha de consulta: noviembre 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/practicas_seguras/procedimiento_identificacion_pacientes.pdf
15. Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad Estándares Para Certificar Hospitales 2015. Disponible en: http://www.inper.edu.mx/descargas/pdf/Estandares_Hospitales_2015.pdf
16. Joint Commission. National Patient Safety Goals [en línea]. U.S.A., 2011 [fecha de consulta: noviembre 2015]. Disponible en: http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx

17. Organización Mundial de la Salud (OMS). Centro Colaborador sobre Soluciones para la Seguridad de los Pacientes. Nueve soluciones para la Seguridad del Paciente. Identificación de Pacientes [en línea] Vol. 1. Solución Mayo 2007. Ginebra, Suiza, 2007 [fecha de consulta: noviembre 2015]. Disponible en: www.who.int/entity/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf

18. Secretaría de Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Lineamientos y acciones para la identificación correcta de pacientes hospitalizados. Garantizando paciente correcto con atención correcta. Primera edición, México, D.F., septiembre 2011. ISBN: 978-607-460-207-4.

19. Protocolos, Indicadores y Recursos de Calidad y Seguridad del Paciente. Identificación del Paciente. Hospital de los Andes. Chile, 2014. Disponible en: https://sites.google.com/site/calidadhosla/home/indice-general-protocolos/identificacion-del-paciente

20. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Dirección de Enfermería. Protocolo de identificación de Pacientes [en línea]. Albacete, España, mayo. 2010, [fecha de consulta: noviembre 2015]. Disponible en: http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/95b881379d9c6adcb509d400ffe09cd7.pdf

21. Protocolos, Indicadores y Recursos de Calidad y Seguridad del Paciente. Identificación del Recién Nacido. Hospital de los Andes. Chile, 2014. Disponible en https://sites.google.com/site/calidadhosla/home/indice-general-protocolos/identificacion-rn

22. NORMA Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X [en línea], 5 de septiembre 2006, [fecha de consulta: noviembre 2015]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/229ssa102.pdf

23. Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Mayo de 2007. Disponible en: http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/PatientSolutionsSpanish.pdf

24. Pennsylvania Patient Safety Advisory. Improving the Safety of Telephone or Verbal Orders. PA PSRS Patient Saf Advis 2006 Jun;3**(2)**:1,3-7. Disponible en: http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2006/Jun3**(2)**/Pages/01b.aspx#bm1

25. Organización Mundial de la Salud, 2003. Guía práctica de farmacoterapia. Disponible en: http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s8121s/s8121s.pdf

26. Otero M, Martín R, Domínguez A. Seguridad de Medicamentos. Abreviaturas, símbolos y expresiones de dosis asociados a errores de medicación. Farm. Hosp. Vol. 28. No. 2, pp. 141-144, Madrid, España, 2004.

27. Gobierno de Chile. Notificación de valores o resultados críticos. Recomendaciones generales. Laboratorio clínico, Anatomía patológica e imagenología. Junio de 2013.

28. 28 - Herrera C; et. al. Actuación del laboratorio ante la obtención de valores críticos. Rev Lab Clin. 2010; 3**(2)**:80–86.

29. Kaiser Permanente. Secret Tip on how to talk to physicians and fellow employees to really help our patients: Use SBAR. Oakland, California, USA. Disponible en: http://www.ihi.org/resources/pages/tools/sbartoolkit.aspx

30. Organización Mundial de la Salud, 2003. Guía práctica de farmacoterapia. Disponible en: http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s8121s/s8121s.pdf

31. NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012

32. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: Building a safer health system. Committee on Health Care in America. Institute of Medicine. Washington (DC): National Academy Press; 1999.

33. Lambert BL et al. Similarity as a risk factor in drug-name confusion errors. Medical Care, 1999, 37:1214–1225. Disponible en: http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/1999/12000/Similarity_As_a_Risk_Factor_in_Drug_Name_Confusion.5.aspx

34. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica, Informes, estudios e investigación 2010, Ministerio de Sanidad y Política Social, España.

35. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica, Capitulo México, Informes, estudios e investigación 2010, Ministerio de Sanidad y Política Social, España.

36. Las nueve soluciones para la seguridad de los pacientes. OMS. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/

37. Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International 4a. edición. 2011. Disponible en: http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/calidad/JCI%204aEdicionEstandaresHospitales2011.pdf

38. Estándares para la Certificación de Hospitales 2012, Consejo de Salubridad General.

39. Ley General de Salud. D.O.F. 7-II-1984. Última Reforma Publicada en el D.O.F. 22-VI-2017. Artículos: 28, 38, 221.

40. Reglamento de Insumos para la Salud Publicado en el DOF el 4 de febrero de 1998 Última reforma publicada en el DOF el 14 de marzo de 2014.

41. Norma Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012 Etiquetado de medicamentos y remedios herbolarios.

42. Guía para la Administración Segura de Medicamentos vía Parenteral, Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, mayo 2011.

43. Guía para la Administración Segura de Medicamentos, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España vía Parenteral, 2011.

44. List of High-Alert Medications in Acute Care Settings, Institute for Safe Medication Practices (ISMP) 2014.

45. Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos, Consejo de Salubridad General, 2014.

46. Prácticas para Mejorar la Seguridad de los Medicamentos de Alto, Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2007, Institute for Safe Medication Practices (ISMP) capitulo España.

47. List of Confused Drug Names, Institute for Safe Medication Practices (ISMP) February 2015.

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

49. Prevalencia de Eventos Adversos 2009. “Evaluación de Seguridad Quirúrgica”. Disponible en: http://dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/ODH2009_12_marzo_Versixn_impresa.pdf

50. Organización Mundial de la Salud Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. 2008. Manual de Aplicación. (1ª edición). Cirugía Segura Salva Vidas. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70083/1/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf

51. Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. México 2015. Disponible en: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29526/seguridadPaciente_02.pdf

52. Didier Pittet. Improving Adherence to Hand Hygiene Practice: A Multidisciplinary Approach [en línea]. 2001 Mar-Arp; 7(2): [7 p.]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631736/pdf/11294714.pdf

53. Didier Pittet, Sasi Dharan, Sylvie Touveneau, Vale´rie Sauvan, Thomas V. Perneger. Bacterial Contamination of the Hands of Hospital Staff During Routine Patient Care. Arc Intern Med [en línea]. Abr 1999. [accesado 10 Abr 2012]; vol 159: [6 p.]. Disponible en: http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/159/8/821.pdf

54. España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, World Health Organization, Patient Safety a World Alliance for Safer HealthCare. Save lives clean your hands. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. [s.l]: Organización Mundial de la salud; 2009.

55. Instrucción 175. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. 2009. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/instruccion/instruccion_175.pdf

56. Tapia, M & Salazar MC. (Mayo Agosto 2003). Prevención de caídas. Indicador de calidad de cuidado enfermero. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 11 **(2)**, pp. 51-57.

57. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección de Calidad y Educación en Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. (2006). Prevención de Caídas en pacientes Hospitalizados. Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería. Tres nuevos Indicadores para la prevención e infecciones y seguridad del paciente. México: Secretaría de Salud. Cap. 2; pp. 19-34.

58. Brennan TA, Leape LL, Laird N et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients: results of the Harvard Medical Practice Study. New England Journal of Medicine, 1991, 324 **(6)**:370-7.

59. Leape LL, Brennan TA, Laird N et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. New England Journal of Medicine, 1991, 324 **(6)**:377-84.

Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW et al. The Quality in Australian Health Care Study. Medical Journal of Australia, 1995, 163:458-71.

60. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. British Medical Journal, 2001, 322:517-9.

61. Davis P, Lay-Yee R, Briant R et al. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. New Zealand Medical Journal, 2002, 115 (1167):U271.

62. Baker GR, Norton PG, Flintolf V, et al. The Canadian Adverse events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. Canadian Medical Association Journal, 2004, 179**(11)**:1678 - 1686.

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

64. Almazán-Castillo, M. & Jiménez-Sánchez, J. (2013). Escala de valoración de riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. Revista de Enfermería, Instituto Mexicano del Seguro Social, 21 **(1)**, pp. 9-14.

65. Santillana-Hernández SP. Caídas en el adulto mayor. Factores intrínsecos y extrínsecos. Rev. Med. IMSS 2002; 40**(6)**: pp. 489-493.

66. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. September 2004. Disponible en: http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/ patientsafetyculture/ hospital/resources /hospcult.pdf

67. Kizer, K.W. & Blum, L.N. (2005). Safe practices for better health care.

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

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

70. Organización Mundial de la Salud. 59ª Asamblea Mundial de la Salud A59/22 Punto 11.16 del orden del día provisional 4 de mayo de 2006 Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA59/A59_22-sp.pdf

71. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de notificación de incidentes en América Latina. Washington, D.C.: OPS, 2013. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=20893&Itemid

ANEXOS

ANEXO 1. Lista de Medicamentos de Alto Riesgo.

En general, se considera que los grupos de medicamentos de alto riesgo son:

- Electrolitos concentrados
- Quimioterapias
- Radiofármacos
- Insulinas
- Anticoagulantes

El Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos (ISMP) de Estados Unidos, establece los siguientes medicamentos como de alto riesgo.

Lista de medicamentos de alto riesgo

GRUPOS TERAPÉUTICOS	MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS
Agentes de contraste IV Agentes inotrópicos IV (ej. digoxina, milrinona) Agonistas adrenérgicos IV (ej. adrenalina, dopamina, L-noradrenalina) Anestésicos generales inhalados e IV (ej. ketamina, propofol) Antagonistas adrenérgicos IV (ej. esmolol, propranolol) Antiagregantes plaquetarios IV (ej. abciximab, tirofibán) Antiarrítmicos IV (ej. amiodarona, lidocaína) Anticoagulantes orales (ej. acenocumarol) Antidiabéticos orales (ej. glibenclamida) Bloqueantes neuromusculares (ej. rocuronio, vecuronio) Citostáticos IV y orales Heparina y otros antitrombóticos (ej., antitrombina III, enoxaparina, heparina sódica, fondaparinux) Medicamentos para vía epidural o intratecal Medicamentos que tienen presentación convencional y en liposomas (ej. anfotericina B) Opiáceos IV, transdérmicos y orales (todas presentaciones) Sedantes moderados IV (ej. midazolam) Sedantes moderados orales para niños (ej. hidrato de cloral) Soluciones cardiopléjicas Soluciones de glucosa hipertónica (≥ 20%) Soluciones para diálisis (peritoneal y hemodiálisis) Soluciones para nutrición parenteral Trombolíticos (ej. alteplasa, drotrecogina alfa, tenecteplasa)	Agua estéril para inyección, inhalación e irrigación en envases ≥100 ml (excluyendo botellas) Cloruro potásico IV (solución concentrada) Cloruro sódico hipertónico (≥0,9%) Epoprostenol IV Fosfato potásico IV Insulina SC e IV Metotrexato oral (uso no oncológico) Nitroprusiato sódico IV Oxitocina IV Prometazina IV Sulfato de magnesio IV Vancomicina

ANEXO 2

Lista de Medicamentos de aspecto parecido y de nombre parecido.

(*Look alike, sound alike LASA*)

Medicamentos identificados con pronunciación parecida

Bupivacaína	Ropivacaína			
Ceftriaxona	Ceftazidima	Cefotaxima		
Daunorubicina-	Doxorubicina	Idarubicina-	Epirubicina	
Efedrina	Epinefrina	Fenilefrina		
Fosamax	Topamax			
Glibenclamida-	Gliclazida	Glimepirida		
Hidralazina	Hidroxizina			
Metamizol	Metronizadol			
Nicapdripino	Nifepidino	Nimodipino		
Prenisona	Prendisolona			
Prozac	Proscar			

Medicamentos identificados con apariencia similar

Cada establecimiento de atención médica deberá realizar la identificación de los medicamentos de aspecto parecido en su organización.

ANEXO 3

Factores de riesgo.

1. Factores intrínsecos	Son aquellos que están relacionados con el propio paciente y estarán determinados por cambios fisiológicos relacionados con la edad, patologías agudas o crónicas y por el consumo de fármacos.
1.1. Edad	Niños menores de 6 años, el adulto mayor de 65 años presentan riesgos multifactoriales, que son determinantes para que se presente una caída.
1.2. Factores fisiológicos del envejecimiento	El envejecimiento conlleva alteraciones propias que inciden en gran medida para que se dé una caída como problemas causados en la estabilidad postural y en la marcha del anciano; enfermedades neurológicas, músculo esqueléticas, cardiovasculares, entre otras.
2. Factores extrínsecos	Corresponden a los llamados factores ambientales, que pueden ser del entorno arquitectónico de la unidad hospitalaria; equipo o mobiliario; o bien de los procesos de atención. Estos contribuyen hasta 50% para que se produzcan caídas.

ANEXO 4

Factores que deben estar contendidos en la herramienta para evaluar el riesgo de caídas en pacientes.

Limitación física del paciente	Menores de 6 años y mayores de 65 años; con deterioro músculo esquelético y neurológico; traumatismo cráneo encefálico, enfermedad vascular cerebral, lesiones de columna vertebral, reposo prolongado, antecedente de caídas previas, desnutrición, ayuno prolongado, obesidad, alguna incapacidad física que afecte la movilidad, periodo postoperatorio y uso de aparatos ortopédicos, prótesis y órtesis.
Estado mental del paciente	Lesiones medulares, parálisis, enfermedad vascular cerebral; déficit propioceptivo por anestesia o sedación, deterioro cognitivo; déficit de memoria, desorientación confusión, agitación, crisis convulsivas, alteración del estado de conciencia, depresión, riesgo suicida, disfunciones bioquímicas; depresión, hipoglucemia, hiperpotasemia deterioro neuromuscular; traumatismo cráneo encefálico, secuelas de poliomielitis o parálisis cerebral infantil, enfermos en estados terminales y en estado crítico.
Tratamiento farmacológico con	Diuréticos, psicotrópicos, hipoglucemiantes, laxantes, antihipertensivos, inotrópicos, digitálicos, antiarrítmicos, antidepresivos, neurolépticos, sedantes, hipnóticos, antiinflamatorios no esteroides, antihistamínicos, antiácidos y broncodilatadores.
Problemas de comunicación	Dialectos, defectos anatómicos auditivos, trastornos de la percepción sensorial, visual y auditiva, alteración del sistema nervioso central, efectos por medicamentos, barreras físicas (intubación orotraqueal) y psicológicas (psicosis).

ANEXO 5

Dimensiones de la Cultura de Seguridad.

Dimensión	Descripción
Trabajo en equipo dentro del departamento/servicio	Evalúa aspectos relacionados con el apoyo mutuo del personal del mismo departamento o servicio, el trato respetuoso y el apoyo entre los compañeros cuando alguien está sobrecargado de trabajo.
Expectativas y acciones del jefe o supervisor del servicio, para promover la seguridad de los pacientes	Valora la participación de los jefes o supervisores para atender los problemas de seguridad del paciente; así como las expectativas que tienen los jefes respecto la participación del personal para aplicar los procedimientos de seguridad del paciente. Además evalúa si el jefe toma en cuenta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.
Aprendizaje organizacional/mejora continua	Proporciona información respecto a las acciones de mejora emprendidas cuando se detecta alguna falla durante el proceso de atención, con la finalidad de evitar su recurrencia. También evalúa la efectividad de las acciones que se pusieron en marcha para mejorar la seguridad del paciente.
Apoyo de la dirección del hospital para la seguridad del paciente	Evalúa la prioridad que tiene el Director del hospital para la seguridad del paciente, así como para propiciar un clima laboral en beneficio de la seguridad del paciente. Además evalúa el interés que tiene el Director del hospital para la seguridad del paciente, sólo después de la ocurrencia de un evento adverso.
Percepción general de la seguridad del paciente	Esta dimensión mide la percepción de los médicos y enfermeras respecto a la seguridad de los procesos de atención, así como a la presencia de problemas relacionados con la seguridad del paciente.

Retroalimentación y comunicación sobre errores	Evalúa la información que difunde al personal respecto a los incidentes que ocurren en un servicio, las acciones emprendidas para evitar su ocurrencia.
Grado de apertura de la comunicación	Mide la libertad que tiene el personal para expresar los aspectos negativos que puedan afectar la atención que recibe el paciente, así como la libertad del personal para cuestionar las decisiones o acciones de sus superiores.
Frecuencia de eventos adversos reportados.	Mide la frecuencia con la que se reportan los errores que se estima que no dañan al paciente, los que son descubiertos y corregidos antes de dañar al paciente y los que se estiman que pueden haber dañado al paciente.
Trabajo en equipo entre departamentos y/o servicios	Mide la cooperación y la coordinación de los trabajadores al realizar tareas con integrantes de otros departamentos.
Personal: dotación, suficiencia y gestión	Permite conocer si la plantilla del personal es suficiente para atender las jornadas laborales, principalmente durante las excesivas y agotadoras cargas de trabajo. También mide la frecuente participación de personal eventual o temporal, que en ocasiones representan una dificultad para mejorar la atención al paciente.
Problemas en cambios de turno y transiciones entre departamentos/servicios	Evalúa el manejo de la información de los pacientes cuando éstos se transfieren de un servicio a otro, o durante los cambios de turno.
Respuesta no punitiva a los errores	Esta dimensión hace referencia a la opinión de médicos y enfermeras respecto a la actitud de los compañeros o superiores cuando se enteran de que han cometido algún error, utilizando esto en su contra, buscan culpables y el temor del personal que comete el error, de que esto quede registrado en su expediente personal.

ANEXO 6

Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales de México

Indicaciones:

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

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

Para ayudarlo a comprender algunas preguntas, le agradeceremos leer con cuidado los siguientes conceptos y si tiene dudas, consulte al gestor de calidad de su establecimiento de salud.

- Un **"incidente"** es definido como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente o desviación, falta de consideración, no importando si el resultado daña al paciente o no.
- Un **"evento adverso"** es el daño que sufre un paciente, como consecuencia de errores, incidentes, accidentes o desviaciones durante su atención médica.
- **"Seguridad del paciente"** atención libre de lesión accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento.
- **"Cultura de Seguridad del Paciente"** se define como el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso y el estilo y la competencia de la gestión de la salud y la seguridad de una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por comunicaciones basadas en la confianza mutua, por la percepción compartida de la importancia de la seguridad y por la confianza en la eficacia de las medidas preventivas.

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

¿Cuál es su profesión?

☐ Personal médico ☐ Personal de enfermería

¿Turno en el que labora?

☐ Matutino ☐ Vespertino ☐ Nocturno ☐ Jornada acumulada

¿Cuál es su principal área de trabajo en este hospital? Marque solo UNA respuesta.

☐ a. Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica
☐ b. Medicina (No-quirúrgica)
☐ c. Cirugía
☐ d. Obstetricia
☐ e. Pediatría
☐ f. Urgencias
☐ g. Unidad de cuidados intensivos (cualquier tipo)
☐ h. Salud mental/Psiquiatría
☐ i. Rehabilitación
☐ j. Farmacia
☐ k. Laboratorio
☐ l. Radiología
☐ m. Anestesiología
☐ n. Otro, por favor, especifique: _____

SECCIÓN A: Su área de trabajo

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

	PIENSE EN SU ÁREA DE TRABAJO	Totalmente en desacuerdo ▼	En desacuerdo ▼	Ninguna ▼	De acuerdo ▼	Totalmente de acuerdo ▼
1.	En mi área o servicio las personas se apoyan mutuamente……	①	②	③	④	⑤
2.	Tenemos suficiente personal para enfrentar la carga de trabajo……	①	②	③	④	⑤
3.	En mi área o servicio nos tratamos todos con respeto ……	①	②	③	④	⑤
4.	El personal de esta área trabaja más horas de lo que sería mejor para atender al paciente	①	②	③	④	⑤
5.	Estamos haciendo activamente cosas para mejorar la seguridad de los pacientes…….……....	①	②	③	④	⑤
6.	Utilizamos más personal temporal o eventual, de lo que es mejor para atender al paciente	①	②	③	④	⑤
7.	El personal siente que los errores son utilizados en su contra……..……..	①	②	③	④	⑤
8.	Los errores han dado lugar a cambios positivos en mi área de trabajo…….....	①	②	③	④	⑤
9.	En mi área o servicio sólo por casualidad no ocurren errores de mayor gravedad……	①	②	③	④	⑤
10.	Cuando en mi área o servicio alguien está sobrecargado de trabajo, es común que otros le ayuden……	①	②	③	④	⑤
11.	Cuando se informa de un accidente, se siente como que se reporta a la persona y no al problema……..	①	②	③	④	⑤
12.	Después de que hacemos cambios para mejorar la seguridad del paciente, evaluamos su efectividad…….....	①	②	③	④	⑤
13.	Con frecuencia trabajamos como en “forma de crisis”, tratando de hacer mucho y muy rápidamente……..……....	①	②	③	④	⑤
14.	En nuestro servicio la seguridad del paciente nunca se pone en riesgo, por hacer más trabajo…….....	①	②	③	④	⑤
15.	Al personal de esta área le preocupa que los errores que comete se archiven en su expediente laboral……....	①	②	③	④	⑤
16.	Tenemos problemas con la seguridad del paciente en esta área…….....	①	②	③	④	⑤
17.	Nuestros procedimientos y sistemas de trabajo son efectivos para prevenir errores que puedan ocurrir…….....	①	②	③	④	⑤

SECCIÓN B: Su supervisor/jefe

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

	PIENSE EN SU SUPERVISOR/JEFE	Totalmente en desacuerdo ▼	En desacuerdo ▼	Ninguna ▼	De acuerdo ▼	Totalmente de acuerdo ▼
1.	Mi supervisor/jefe hace comentarios favorables cuando el personal realiza el trabajo de acuerdo con los procedimientos de seguridad del paciente establecidos……..	①	②	③	④	⑤
2.	Mi supervisor/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes……	①	②	③	④	⑤
3.	Cuando aumente la presión de trabajo, mi supervisor/jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque ello signifique pasar por alto los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente…….....	①	②	③	④	⑤
4.	Mi supervisor/jefe no hace caso de los problemas de seguridad del paciente que ocurren una y otra vez……..	①	②	③	④	⑤

SECCIÓN C: Comunicación

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

	¿QUÉ TAN FRECUENTE OCURRE ESTO EN SU ÁREA DE TRABAJO?	Nunca ▼	Rara vez ▼	A veces ▼	La mayoría de las veces ▼	Siempre ▼
1.	Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los incidentes notificados en mi área o servicio……..	①	②	③	④	⑤
2.	El personal habla con libertad si ve algo que pueda afectar negativamente la atención del paciente……....	①	②	③	④	⑤
3.	Se nos informa sobre los errores que se cometen en mi área o servicio……..	①	②	③	④	⑤
4.	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.....	①	②	③	④	⑤
5.	En esta área de trabajo hablamos sobre las formas como se pueden prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.	①	②	③	④	⑤
6.	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo se ha hecho de forma incorrecta……..	①	②	③	④	⑤

SECCIÓN D: Frecuencia de eventos reportados

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

PIENSE EN SU ÁREA DE TRABAJO	Nunca ▼	Rara vez ▼	A veces ▼	La mayoría de las veces ▼	Siempre ▼
1. Cuándo se comete un error, pero se detecta y corrige antes de que dañe al paciente. ¿Qué tan frecuentemente se reporta?.....	①	②	③	④	⑤
2. Cuando se comete un error que se estima que no puede dañar al paciente, ¿Qué tan frecuentemente se reporta?.....	①	②	③	④	⑤
3. Cuando se comete un error que se estima podría haber dañado al paciente, pero no lo dañó, ¿Qué tan frecuentemente se reporta?.....	①	②	③	④	⑤

SECCIÓN E: Grado de Seguridad del Paciente

Por favor asigne a su área de trabajo el grado de seguridad global del paciente, siendo 0 el grado de seguridad más bajo a 10 el más alto

○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

SECCIÓN F: Su Hospital

Por favor indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones DE SU HOSPITAL (no de su unidad o área de trabajo). Marque su respuesta rellenando el círculo que corresponda.

	PIENSE EN SU HOSPITAL	Totalmente en desacuerdo ▼	En desacuerdo ▼	Ninguna ▼	De acuerdo ▼	Totalmente de acuerdo ▼
1.	La dirección de este hospital proporciona un ambiente de trabajo que promueve la seguridad del paciente……....	①	②	③	④	⑤
2.	Las áreas o servicios de este hospital, no se coordinan bien entre ellas……	①	②	③	④	⑤
3.	La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un servicio a otro dentro del hospital……....	①	②	③	④	⑤
4.	Hay buena cooperación entre las áreas del hospital que necesitan trabajar juntas……	①	②	③	④	⑤
5.	Con frecuencia se pierde información importante para la atención del paciente durante los cambios de turno……	①	②	③	④	⑤
6.	Con frecuencia es desagradable trabajar con personal de otros departamentos del hospital……	①	②	③	④	⑤
7.	Con frecuencia surgen problemas durante el intercambio de información entre las áreas o servicios del hospital……...	①	②	③	④	⑤
8.	Las acciones de la dirección de este hospital muestran que la seguridad del paciente es de alta prioridad……..	①	②	③	④	⑤
9.	La dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente, sólo después de que ocurre un evento adverso……	①	②	③	④	⑤
10.	Los departamentos del hospital trabajan juntos, para proporcionar el mejor cuidado a los pacientes……...	①	②	③	④	⑤
11.	Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital	①	②	③	④	⑤

SECCIÓN G: Número de eventos reportados

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

- ○ a. Ninguno
- ○ b. 1 a 2 eventos
- ○ c. 3 a 5 eventos
- ○ d. 6 a 10 eventos
- ○ e. 11 a 20 eventos
- ○ f. 21 o más eventos

SECCIÓN H: Información complementaria

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

1. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este hospital?

- ○ a. Menos de 1 año
- ○ b. De 1 a 5 años
- ○ c. De 6 a 10 años
- ○ d. De 11 a 15 años
- ○ e. De 16 a 20 años
- ○ f. 21 años o más

2. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en el servicio o departamento en el que labora actualmente?

- ○ a. Menos de 1 año
- ○ b. De 1 a 5 años
- ○ c. De 6 a 10 años
- ○ d. De 11 a 15 años
- ○ e. De 16 a 20 años
- ○ f. 21 años o más

3. ¿Habitualmente, cuántas horas trabaja por semana en este hospital?

- ○ a. Menos de 20 horas por semana
- ○ b. De 20 a 39 horas por semana
- ○ c. De 40 a 59 horas por semana
- ○ d. De 60 a 79 horas por semana
- ○ e. De 80 a 99 horas por semana
- ○ f. 100 horas por semana o más

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

- ○ a. Enfermera general titulada
- ○ b. Enfermera especialista titulada
- ○ c. Auxiliar de enfermería
- ○ d. Médico residente
- ○ e. Médico general
- ○ f. Médico especialista
- ○ g. Otros, por favor especifique

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

- ○ a. SÍ, yo habitualmente tengo interacción o contacto directo con los pacientes.
- ○ b. NO, yo habitualmente no tengo interacción directa o contacto con los pacientes.

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

- ○ a. Menos de 1 año
- ○ b. De 1 a 5 años
- ○ c. De 6 a 10 años
- ○ d. De 11 a 15 años
- ○ e. De 16 a 20 años
- ○ f. 21 años o más

SECCIÓN I: Sus comentarios

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

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA

* Esta encuesta es una traducción realizada por la CONAMED, de la original elaborada por la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) y respeta los ítems originales de acuerdo con las indicaciones para su utilización.

ANEXO 7

Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en los Establecimientos de Salud Ambulatorios.

Instrucciones

Piense en la manera en que se hacen las cosas en su establecimiento de salud y exprese sus opiniones acerca de cuestiones que en general afectan la seguridad y calidad del cuidado de los pacientes en su consultorio.

Considere que en este cuestionario, cuando se menciona **proveedores de atención médica** se refiere a todo personal médico y personal de enfermería en contacto clínico con los pacientes; la palabra **empleados** se refiere a las demás personas que trabajan en el consultorio; así mismo por **personal** se refiere a la totalidad de proveedores de atención médica y empleados.

Si alguna pregunta no corresponde a su situación o no conoce la respuesta, favor de marcar la opción "No aplica o No sabe".

- Un **"incidente"** es definido como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente o desviación, falta de consideración, no importando si el resultado daña al paciente o no.
- Un **"evento adverso"** es el daño que sufre un paciente, como consecuencia de errores, incidentes, accidentes o desviaciones durante su atención médica.
- **"Seguridad del paciente"** atención libre de lesión accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento.
- **"Cultura de Seguridad del Paciente"** se define como el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de la gestión de la salud y la seguridad de una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por comunicaciones basadas en la confianza mutua, por la percepción compartida de la importancia de la seguridad y por la confianza en la eficacia de las medidas preventivas.

SECCIÓN A: Lista de cuestiones que afectan la seguridad de los pacientes y la calidad.

Los siguientes puntos describen situaciones que pueden suceder en el establecimiento de salud, que afecten la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención médica. **Según su mejor cálculo ¿con qué frecuencia sucedieron las siguientes situaciones en su consultorio médico EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?**

	Diaria-mente	Semanal-mente	Mensual-mente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	No sucedió en los últimos 12 meses	No aplica o no sabe
Acceso a la atención médica							
1. Un paciente no pudo conseguir una cita en un plazo de 48 horas, para un problema grave o serio……	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Identificación del paciente							
2. Se utilizó la historia clínica equivocada para un paciente……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Historias clínicas							
3. No estaba disponible la historia clínica de un paciente cuando se necesitaba……	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Se archivó, escaneó o ingresó la información médica en la historia clínica que no correspondía al paciente……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Equipo médico							
5. El equipo médico no funcionaba adecuadamente o necesitaba reparación o remplazo……	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Medicamentos							
6. El equipo de farmacia se comunicó con el consultorio para clarificar o corregir una receta……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. La lista de medicamentos del paciente no se actualizó al momento de su consulta……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Diagnóstico y pruebas							
8. Los resultados de pruebas de laboratorio o de imágenes no estaban disponibles cuando se requerían……	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SECCIÓN B: Intercambio de información.

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia el establecimiento de salud ha tenido problemas para intercambiar información precisa, completa y oportuna con:

	Problemas diaria-mente	Problemas semanal-mente	Problemas mensual-mente	Problemas varias veces en los últimos 12 meses	Problemas una o dos veces en los últimos 12 meses	No hubo problemas en los últimos 12 meses	No aplica o no sabe
1. Laboratorios o imagenología	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Otros servicios clínicos (Estomatología, Planificación familiar, Trabajo social, Vacunación, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Farmacia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Hospitales	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Otros No clínicos (Especifique): _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SECCIÓN C: El trabajo en el establecimiento de salud.

¿Qué tan de acuerdo o desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?

	Muy en des-acuerdo	En desa-cuerdo	Ni de acuerdo ni en desa-cuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No aplica o no sabe
1. Cuando alguien en su área de trabajo está muy ocupado, éste recibe ayuda de otros.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. En su área de trabajo hay una buena relación entre el personal.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. En su área de trabajo, frecuentemente nos sentimos apresurados cuando estamos atendiendo a los pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. En su área de trabajo se tratan con respeto.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. En su área de trabajo tenemos demasiados pacientes para la cantidad de proveedores de atención médica.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Se cuenta con procedimientos de verificación de que se hizo correctamente el trabajo realizado en su área.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Al personal de esta área de trabajo se le pide que realice tareas para las cuales no fue capacitado.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. En su área de trabajo se pone énfasis al trabajo en equipo para atender a los pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. En su área de trabajo hay demasiados pacientes para poder manejar todo de manera eficiente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. El personal en su área de trabajo sigue procedimientos estandarizados.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sección D: Comunicación y Seguimiento.

¿Con qué frecuencia suceden las siguientes situaciones en su área de trabajo?

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre	No aplica o no sabe
1. Los proveedores de atención médica escuchan las ideas de los demás empleados para mejorar los procedimientos de su área de trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Se anima al personal a expresar otros puntos de vista en su área de trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. En la consulta se les recuerda a los pacientes cuando necesitan agendar citas para cuidado preventivo o de rutina.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. El personal teme realizar preguntas cuando algo parece estar mal.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. En la consulta se lleva el registro de la evolución de los pacientes con enfermedades crónicas incluido el plan de tratamiento.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. El personal cree que sus errores son considerados en su contra.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. El personal habla abiertamente sobre problemas del funcionamiento del consultorio.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. En la consulta se da seguimiento de los pacientes que necesitan monitoreo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Es difícil expresar desacuerdos en su área de trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. En su área de trabajo se habla sobre maneras de prevenir que los errores se cometan de nuevo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. El personal está dispuesto a informar los errores que observan en su área de trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sección E: Apoyo del Director.

¿Usted tiene un puesto directivo y tiene la responsabilidad de tomar decisiones para el establecimiento de salud?

☐ Sí: **Pase a la SECCIÓN F**

☐ No: **Complete todas las preguntas del cuestionario.**

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre la dirección del establecimiento médico?

	Muy en desa-cuerdo	En Desa-cuerdo	Ni de acuerdo ni en Desa-cuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No aplica o no sabe
1. No invierten suficientes recursos para mejorar la calidad de la atención.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Dejan pasar por alto los errores que se cometen una y otra vez en la atención de los pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Le dan alta prioridad a mejorar los procedimientos que se realizan en la atención al paciente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Con demasiada frecuencia sus decisiones se basan en lo que es mejor para el establecimiento de salud y no en lo que es mejor para el paciente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. El Director toma acciones para capacitar al personal cuando se establecen procedimientos nuevos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. El Director toma acciones para que el personal sea capacitado en el puesto que va a desempeñar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sección F: Su área de trabajo.

¿Qué tan de acuerdo o desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?

	Muy en desa-cuerdo	**En Desa-cuerdo**	**Ni de acuerdo ni en Desa-cuerdo**	**De acuerdo**	**Muy de acuerdo**	**No aplica o no sabe**
1. Cuando hay un problema en su área de trabajo ven si es necesario cambiar la manera en que hacen las cosas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Los procedimientos de su área de trabajo son buenos para prevenir errores que puedan afectar a los pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Los errores se cometen más de lo debido en su área de trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Es sólo por casualidad que no cometemos más errores que podrían afectar a nuestros pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. En su área de trabajo son buenos para cambiar los procedimientos para asegurar que los mismos errores no vuelvan a ocurrir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. En su área de trabajo la cantidad de trabajo es más importante que la calidad de la atención.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Después de que en su área de trabajo se realizan cambios para mejorar los procedimientos en atención al paciente, comprueban si estos cambios funcionaron.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sección G: Calificaciones generales.

Calificaciones generales de calidad

1. ¿Cómo calificaría al establecimiento de salud en cada una de las siguientes dimensiones de calidad en la atención de salud?

		Muy malo	**Malo**	**Regular**	**Bueno**	**Muy bueno**
a. Centrado en el paciente	Responde a las preferencias, necesidades y valores de cada paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
b. Eficaz	Logra los objetivos establecidos.	☐	☐	☐	☐	☐

c. Oportuno	Minimiza las esperas y retrasos potencialmente dañinos.	☐	☐	☐	☐	☐
d. Eficiente	Asegura una atención rentable (evita desperdicio, abuso y uso incorrecto de servicios)	☐	☐	☐	☐	☐
e. Equitativo	Brinda la misma calidad de atención a todas las personas sin importar sexo, raza, origen étnico, nivel socioeconómico, idioma, etc.	☐	☐	☐	☐	☐

Calificación general de seguridad de los pacientes.

2. ¿Cómo calificaría los sistemas y procedimientos clínicos que su consultorio médico tiene establecidos para prevenir, detectar y corregir problemas que tienen el potencial de afectar a los pacientes?

Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
☐	☐	☐	☐	☐

Sección H: Información general.

Esta información ayudará en el análisis de los resultados del cuestionario. Marque UNA respuesta para cada pregunta.

1. **¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este establecimiento de salud?**

☐ a. Menos de 1 año
☐ b. De 1 a 5 años
☐ c. De 6 a 10 años
☐ d. De 11 a 15 años
☐ e. De 16 a 20 años
☐ f. 21 años o más

2. **¿Cuántas horas a la SEMANA trabaja usted en el establecimiento de salud?**

☐ a. De 1 a 4 horas
☐ b. De 5 a 16 horas
☐ c. De 17 a 24 horas
☐ d. De 25 a 32 horas
☐ e. De 33 a 40 horas
☐ f. 41 horas o más

3. **¿Cuál es su cargo en el establecimiento de salud?**

☐ a. Médico en consultorio
☐ b. Personal de enfermería
☐ c. Director
☐ d. Personal de apoyo administrativo
☐ e. Otro cargo; por favor especifique: _____

Sección I: Sus comentarios.

Por favor no dude en anotar cualquier comentario que tenga sobre la seguridad de los pacientes o la calidad de la atención en el establecimiento de salud.

_____

_____

_____

_____

_____

Gracias por completar este cuestionario.

_____