

Cumplimiento de las metas internacionales para la seguridad del paciente

Compliance with international patient safety goals

Juan Gabriel Rivas-Espinosa,¹ Elsy Elizabeth de Jesús Verde-Flota,¹ Raquel María Ramírez-Villegas,¹ Laura Margarita Guerra-Escamilla,² Leticia Ramírez-Espinosa²

¹Licenciatura en Enfermería, ²Pasante de Licenciatura en Enfermería. Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, Distrito Federal, México

Palabras clave:

Seguridad del paciente
Garantía de la Calidad de Atención de Salud

Resumen

Introducción: las metas internacionales para la seguridad del paciente (MISP) son directrices importantes a nivel internacional para promover mejoras específicas en el proceso de atención médica segura y de alta calidad.

Objetivo: medir el nivel de cumplimiento de las MISP que lleva a cabo el personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención.

Metodología: Estudio descriptivo. Se diseñó un instrumento con opción de respuestas "Sí", "No" y "No aplica"; posteriormente se hizo la prueba de Kuder Richardson 20 (Kr-20), que reportó 0.89. Se auditaron 97 profesionales de enfermería. Una vez obtenida la calificación, se estableció una semaforización en cuatro rubros por colores según el nivel de cumplimiento: verde (82-100 %), amarillo (71-80 %), rojo (60-70 %) y negro, equivalente a < 59 %; se obtuvo el tiempo promedio de su aplicación.

Resultados: el nivel de cumplimiento del instrumento fue de 72.6 %, y se asignó el color amarillo La calificación global de NA fue de 2.9 %. El tiempo promedio fue de 20 minutos con un mínimo de 13 y un máximo de 50 minutos, con una desviación estándar de 7.93.

Conclusiones: el enlace de turno es el momento idóneo para aplicar la medición. Según la semaforización, el nivel de cumplimiento en general se encuentra en color amarillo, por lo que se requiere reforzar la capacitación para la aplicación de las metas y asegurar una atención de calidad que pueda verse reflejada en la disminución de eventos adversos por los profesionales de enfermería.

Keywords:

Patient Safety
Health Care Quality Assurance

Abstract

Introduction: The international patient safety goals (IPSG) are important guidelines at the international level to promote specific improvements in the process of providing safe and high-quality patient care.

Objective: To measure the level of compliance of the IPSG that is carried out by nursing staff in a tertiary care level hospital.

Methodology: Descriptive study. We designed an instrument with three choices: "Yes", "No" and "Not applicable" (NA). Then, we applied the Kuder Richardson 20 (Kr-20), with a result of 0.89. We surveyed a total of 97 nurses. Once we obtained scores, we established a four-item color code, according to the level of compliance: green (82-100 %), yellow (71-80 %), red (60-70 %) and black, whose value was < 59 %. Then, the average implementation time was obtained.

Results: The level of compliance was 72.6 % and the yellow color was assigned, according to the color scheme established. The overall rating of NA was 2.9 %. The average time was 20 minutes with a minimum of 13 and a maximum of 50 minutes, with a standard deviation of 7.93.

Conclusions: This instrument is efficient to measure the way the IPSG are applied. Shift change is the ideal time to apply the measurement. According to the color code, the overall level of compliance is in yellow, so it is necessary to reinforce training in order to improve the application of these goals and provide high-quality care to patients.

Correspondencia:

Juan Gabriel Rivas Espinosa
Correo electrónico:
gabrielrivas50@yahoo.com.mx
Fecha de recepción:
13/03/2014
Fecha de dictamen:
21/05/2014
Fecha de aceptación:
20/08/2014

Introducción

La seguridad del paciente se define como un “Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos”.¹ Para Santacruz *et al.* la seguridad del paciente es el resultado de la seguridad del sistema sanitario, de la seguridad hospitalaria y de la seguridad clínica y no solo de la actuación del médico o del personal de salud.² Asimismo, constituye una actividad compleja, ya que en ella se conjugan aspectos inherentes al sistema de salud y acciones humanas. La Joint Commission International menciona que la seguridad de la atención en salud es un proceso que se centra en el conocimiento de los riesgos de efectos adversos, la eliminación de los riesgos innecesarios y la prevención de aquellos eventos que son evitables a partir de intervenciones basadas en evidencia científica con demostrada efectividad.³

Con base en esto último, Castro *et al.* mencionan que distintas organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la misma Joint Commission International, han desarrollado iniciativas para apoyar estrategias nacionales e internacionales que contribuyan a la mejora de la seguridad de los pacientes.⁴ En este contexto la OMS puso en marcha en 2004 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y la Joint Commission International publicó las metas internacionales para la seguridad del paciente (MISP), en septiembre de 2006 a partir de las propuestas de la OMS; las MISP son definidas como “estrategias específicas para mejorar la seguridad de la persona que recibe atención dentro de las unidades hospitalarias”,⁵ son líneas importantes de aplicación a nivel internacional para promover mejoras específicas en el proceso de atención médica segura y de alta calidad al paciente, basadas en evidencias científicas y creadas por el conocimiento de expertos.

En concreto, las MISP se encargan de:

1. Identificar correctamente a los pacientes.
2. Mejorar la comunicación efectiva.
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.

6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Las MISP son un componente total de la calidad en la atención médica, que según la OMS consiste en “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.⁶ Para Castellanos *et al.* la calidad es el grado en el cual los servicios incrementan la tasa de resultados óptimos que son consistentes con el conocimiento médico vigente.⁷

La calidad en la atención asegura la prevención de eventos adversos, los cuales constituyen un problema grave de salud pública al ocasionar daños de diversos grados al paciente y su familia, e incrementar el costo del proceso de atención y la estancia hospitalaria.⁸ Los eventos adversos son la causa de una fuerte preocupación por los efectos desfavorables de diferente grado que se llegan a ocasionar en la atención médica, por lo que es importante la incorporación e innovación de estrategias que ayuden a prevenir los mismos y llevar a cabo una evaluación permanente para supervisar el funcionamiento armónico, y obtener como resultado una mejora en la calidad al proceso de atención del paciente. La Joint Commission International menciona que los errores y los eventos adversos pueden ser el resultado de varios factores en distintos niveles dentro de la atención a la salud, como el grado de atención médica, ya sea por estructuras o procesos, o en el punto de intervención entre pacientes y profesionales. Por ende, con las soluciones se procurará promover un entorno y sistemas de apoyo que minimicen el riesgo.

Los estudios sobre la frecuencia y el tipo de eventos adversos señalan que el 17.6 % de estos ocasiona el reingreso al hospital, y que el 23.9 % provoca daño grave al paciente, incluyendo la defunción. Se estima que 10 de cada 100 pacientes hospitalizados han presentado efectos adversos alguna vez durante la hospitalización y se espera que la tasa aumente a 20 si se duplica el número de días de estancia hospitalaria. En el Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos (IBEAS), la prevalencia estimada de efectos adversos fue de 10 % y además se encontró que más de 28 % de los efectos adversos desencadenaron discapacidad y 6 % muerte.⁹

En México, a partir de los resultados que arrojó el estudio IBEAS, se sabe que la tasa de prevalencia de eventos adversos en hospitales nacionales fue de 7.7 %.¹⁰ Para obtener una mejora en la seguridad del paciente, la identificación, la prevención y la erradicación de eventos adversos son primordiales en el fortalecimiento de políticas y desarrollo de modelos estratégicos.

Es importante señalar que las MISP son incorporadas a estándares internacionales y a estándares centrados en el paciente y están orientadas a la gestión para la certificación de hospitales; como antecedente, en nuestro país la Comisión Permanente de Enfermería implementó indicadores de calidad, con el objetivo de que los cuidados que proporciona el personal de enfermería se brinden con oportunidad, en un ambiente seguro, eficiente y humano en todo el sistema nacional de salud.¹¹ Delgado refiere que posteriormente la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) habían desarrollado y aplicado procedimientos de evaluación en forma independiente a partir de varios indicadores en congruencia con los programas de trabajo propios de cada institución, como la aplicación del instrumento “Percepción en torno a agrupación de metas internacionales para la seguridad del paciente” en un hospital general del Distrito Federal, México. Por lo tanto la implementación de estándares en el proceso de certificación de hospitales garantiza una atención de calidad y eficiencia.¹⁰

En el 2006, la SSA se vinculó a la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente a través de la entonces Subsecretaría de Innovación y Calidad. En septiembre de 2007 la SSA suscribió, con la OMS-OPS y otros países de la región, la “Declaración conjunta en apoyo a la iniciativa del primer reto mundial por la seguridad del paciente: Una Atención Limpia es una Atención Segura”. El 6 de septiembre de 2008 y mediante la instrucción 133/2008, se adscribió la iniciativa de Seguridad del Paciente al Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), que pasó a denominarse Programa Nacional de Seguridad del Paciente.¹² Esta estrategia integral, SICALIDAD, impulsa diversas acciones y programas desde la perspectiva de la calidad percibida, la calidad técnica, la seguridad del paciente y la institucionalización de la calidad. Uno de sus objetivos específicos es desarrollar indicadores de seguridad del paciente que permitan evaluar el avance y proponer ajustes.¹³

Otro de los objetivos que ha sido determinado por la OMS y en el que participa México es “Cirugía Segura Salva Vidas”. Arrancó en octubre de 2008 en Washington DC, y en diciembre de 2009 en México; “Bacteriemia Cero” inició en España y Reino Unido en 2010 y en nuestro país en julio de 2011; estos retos están enmarcados en cada una de las MISP.¹⁴

Cabe señalar, como menciona Arreola,⁸ que actualmente la calidad de la atención a la salud y la seguridad del paciente son prioridad nacional, objetivo común y responsabilidad compartida resaltadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

Con base en lo anterior, el propósito de este estudio fue medir el nivel de cumplimiento de las metas internacionales para la seguridad del paciente (MISP) que los profesionales de enfermería llevan a cabo en los servicios de hospitalización de un hospital de tercer nivel de atención.

El objetivo general fue medir el nivel de cumplimiento de las MISP que los profesionales de enfermería efectúan en los servicios de hospitalización, urgencias, recuperación, cuidados intensivos, terapia intermedia, del turno matutino, vespertino y nocturno en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México.

Los objetivos específicos consistieron en cuantificar el tiempo promedio de la aplicación del instrumento basado en las MISP y en establecer una semaforización basada en el nivel de cumplimiento de las MISP en cuatro rubros: verde (82-100 %), amarillo (71-80 %), rojo (60-70 %) y negro, que equivale a menos del 59 %.

Metodología

Se trata de un estudio no experimental, descriptivo y transversal. Participó todo el personal de enfermería que laboraba en los servicios de hospitalización, urgencias, recuperación, unidad de cuidados intensivos respiratorios, unidad de terapia intermedia respiratoria, incluidos los turnos matutino, vespertino y nocturno de un hospital de tercer nivel de atención de la Ciudad de México. Se incluyeron profesionales de enfermería de los tres turnos, independientemente de su categoría y nivel académico. Las cédulas no completadas se eliminaron. Se tomó una muestra por conveniencia y, con base en la población total de 97 profesionales de enfermería, se realizó un cálculo de la muestra con la fórmula de poblaciones finitas y se equilibró de manera homogénea en los servicios y turnos designados; sin embargo, se pudo incluir al total de la población ($N = 97$).

Procedimiento

Se diseñó un instrumento de evaluación con base en otro titulado “Percepción en torno a agrupación de metas internacionales para la seguridad del paciente” del autor Rivas *et al.* Se modificó la escala con las siguientes opciones de respuesta “Sí”, “No” y “No aplica” (NA). Asimismo se adecuó la redacción de los ítems para que cumpliera con los estándares de la institución. El instrumento original estaba conformado por 37 ítems y después de la modificación quedaron un total de 39; posteriormente, se sometió al consenso de expertos por parte de los departamentos de Calidad y de Enseñanza e Investigación en Enfermería del hospital donde se realizó el estudio. Se aplicó a un total de 97 profesionales de enfermería distribuidos en los servicios y turnos asignados y se seleccionó el enlace de turno como el momento para aplicar el registro mediante la técnica de sombra. Para la calificación de los ítems se asignó una escala tomando la sumatoria máxima y mínima para establecer una semaforización por medio de una división simple en cuatro rubros: verde (82-100 %), amarillo (71-80 %), rojo (60-70 %) y negro, equivalente a menos de 59 %. Asimismo se realizó una prueba de Kuder Richardson 20 (Kr-20) para obtener su confiabilidad, la cual reportó 0.89.

Se realizó un análisis estadístico para obtener frecuencia, porcentajes, media y para la asignación de los rubros propuestos en la semaforización. Una vez obtenidos los resultados por turnos se obtuvo el tiempo promedio de su aplicación y la desviación estándar de acuerdo con el nivel de cumplimiento general evaluado; asimismo, se obtuvo el promedio general por turnos del número de ítems que no se pudieron verificar.

Consideraciones éticas

Se consideraron los principios del Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México, los cuales son: principio de beneficencia y no maleficencia, justicia, autonomía, valor fundamental de la vida humana y privacidad. También se tomó en cuenta lo dispuesto en el tratado de la Asamblea Médica Mundial de Helsinki (52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, Octubre 2000), en particular en los artículos 2, 5, 8, 9, donde se estipulan las normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales; y también los artículos 10, 11, 14, 19, 20, 21, 22, 23, en los cuales se estipula

que hay que proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

El estudio se autorizó por el Comité de Bioética del hospital y fue analizado y aprobado para su implementación.

Resultados

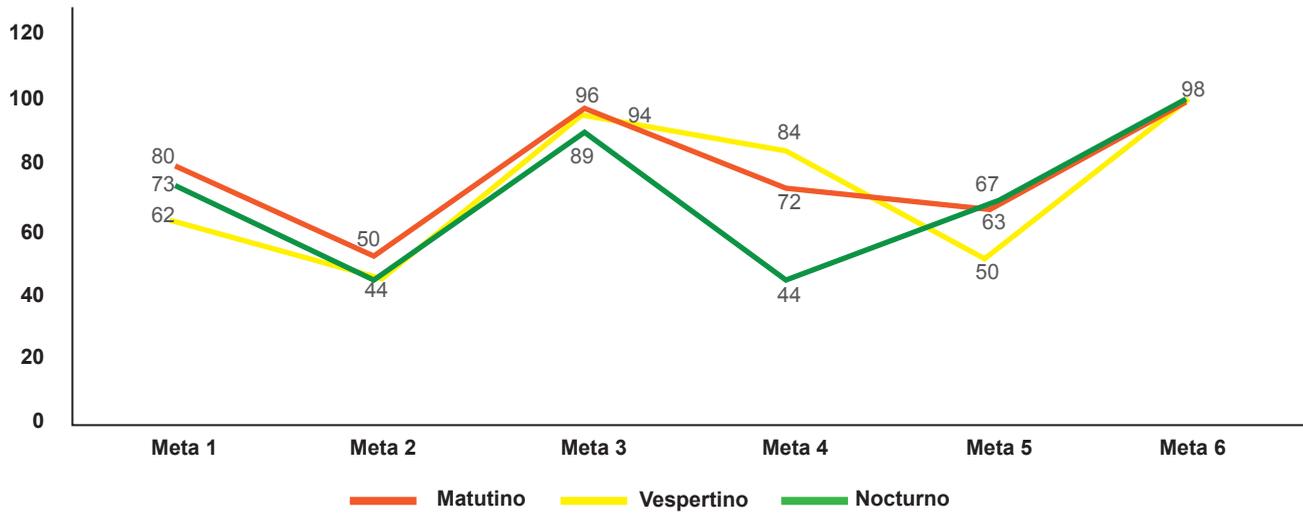
El cumplimiento y la aplicabilidad se mostró con un “Sí”, el no cumplimiento o la no aplicabilidad con un “No” y cuando no se pudo verificar en el momento en que se realizó la auditoría, se asignó el valor NA, que significa “No se aplica”.

El cumplimiento y la aplicabilidad de las metas internacionales por el personal de enfermería fue mayor en el turno matutino con 80 % en lo que respecta a la identificación del paciente (meta 1); el 50 % y el 44 % del personal establece una comunicación efectiva (meta 2); en los tres turnos el personal lleva a cabo las medidas de seguridad para medicamentos de alto riesgo (meta 3) en 96, 94 y 89 %, respectivamente; solo 72 y 44 % del personal del turno matutino y nocturno, y 84 % del turno vespertino garantiza la cirugía en el lugar, procedimiento y paciente correctos (meta 4); el 67 % del personal del turno nocturno realiza prácticas para reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica (meta 5); y el 98 % del personal en los tres turnos reduce el riesgo de daño a los pacientes por caídas (meta 6) (figura 1).

El porcentaje global de ítems del instrumento que no se pudieron verificar en el momento de la aplicación fue de 8.8 %, y se pudo observar que en los tres turnos los que obtuvieron mayor porcentaje de NA fueron la meta 2 y la meta 4; en el turno matutino en la meta 2 fue de 27.9 %, en la meta 4 de 14.5 %; en el turno vespertino en la meta 2 de 29.6 %, en la meta 4 de 8.3%, y en el turno nocturno en la meta 2 fue de 37 % y en la meta 4 de 20.8 %.

De acuerdo con la semaforización establecida, los resultados por turno obtenidos de cada MISP fueron los siguientes: en la meta 1 el turno matutino se encontró en color amarillo con un 78 %, el turno vespertino en color rojo con 62 %, el turno nocturno se localizó en color amarillo con 73 %. En la meta 2 se ubicaron los tres turnos en color negro, ya que el turno matutino obtuvo 50 %, y el turno vespertino y nocturno un 44 % de cumplimiento y aplicabilidad. Para la meta 3 los tres turnos tuvieron color verde, dado que el turno matutino obtuvo 96 %, el turno vespertino 94 %, mientras que el turno nocturno un 89 %. En la meta 4 el turno matutino

Figura 1 Cumplimiento de las metas internacionales por el personal de enfermería



Fuente: instrumento metas internacionales de seguridad para el paciente, 2013

obtuvo 72 % (color amarillo), el turno vespertino 84 % (color verde) y el turno nocturno 44 % (color negro). En la meta 5 el turno matutino se ubicó en color rojo con 65 %, el turno vespertino en color negro con 50 % y el turno nocturno se encontró en color rojo con 67 %. Por último, en la meta 6 el turno matutino obtuvo 98 %, el turno vespertino 98 % y el turno nocturno 97 %, por lo que los tres turnos obtuvieron color verde (figura 2).

El tiempo promedio de aplicación fue una media de 20.7, con una desviación estándar de 7.93, un mínimo de 13 y un máximo de 50; el nivel de cumplimiento de las MISP por los profesionales de enfermería en los servicios de hospitalización en los tres turnos fue de 72.6 %, por lo que se ubicaron en color amarillo.

Discusión

La seguridad del paciente contribuye a mejorar la calidad de la atención y una medida para llevar esto a cabo es efectuar y verificar el cumplimiento de las MISP.

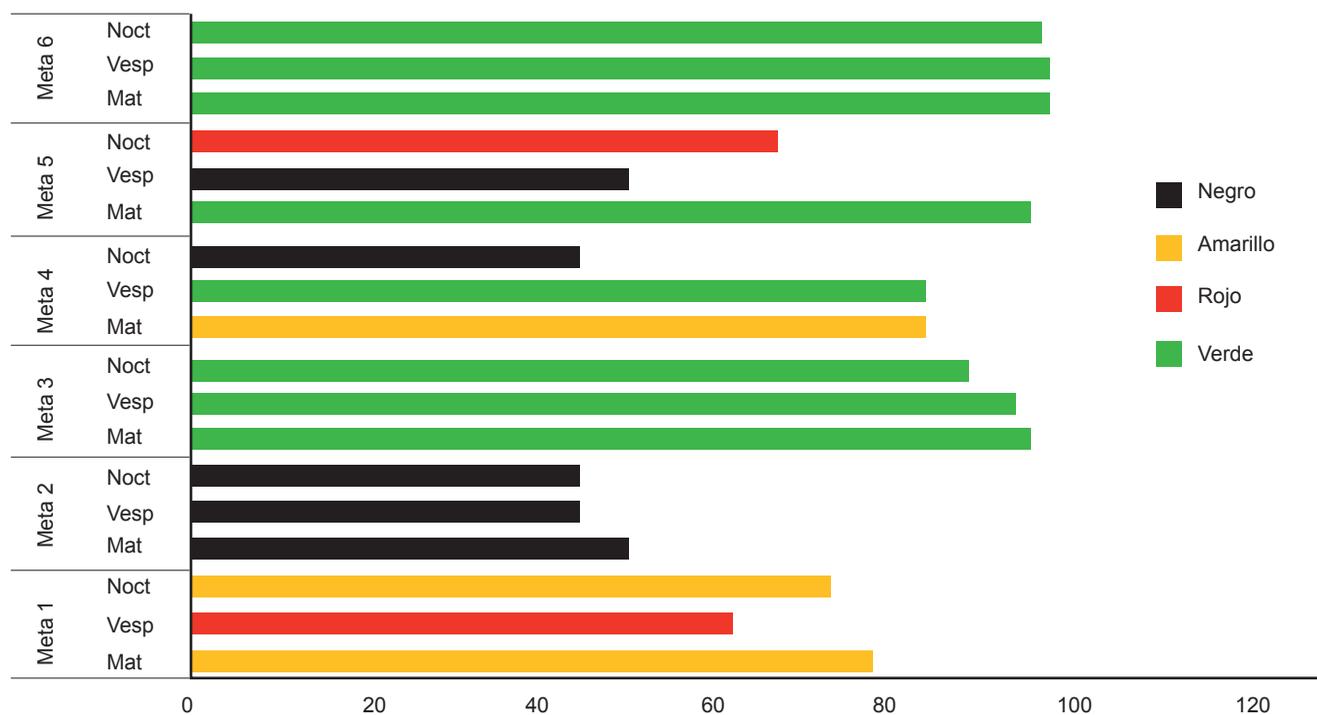
De acuerdo con Castro *et al.*, el 55 % del personal conoce la meta 1 y a través de la verificación identificaron pacientes sin pulsera y ficha de identificación; también observaron a recién nacidos con la pulsera de identificación ilegible. De igual forma, Dackiewicz *et al.* reportaron que el equipo de salud tiene conocimiento de la utilización y de los beneficios de la identificación correcta de los pacientes.¹⁵ En un estudio similar, realizado por Morís de Tassa *et al.*, titulado “Identificación inequívoca de pa-

cientes ingresados en hospitales del Sistema Nacional de Salud”, se menciona que en Cataluña se realizó un estudio transversal y descriptivo, en hospitales públicos y privados; en sus resultados encontraron que de los 75 centros estudiados, un 90.7 % declaró que utilizaba algún sistema de identificación de pacientes. Solamente el 26.7 % de los centros disponían de sistemas de identificación en todos los servicios de hospitalización.¹⁶

Respecto a la meta 2, Mejorar la comunicación efectiva, los tres turnos obtuvieron < 59 % de nivel de cumplimiento. Este resultado muestra similitud con la investigación de Castro *et al.*, ya que solo 30 enfermeros (53 %) conocen la meta, lo que podría incrementar la posibilidad de cometer errores por indicaciones verbales o telefónicas. En el artículo de Ramírez *et al.* se menciona la importancia de la comunicación efectiva para la seguridad en la atención médica, pues los autores afirman que la comunicación adecuada permite que médicos, enfermeras, personal paramédico y el mismo paciente sigan los lineamientos que van a permitir una atención médica apropiada. La comunicación va a ser escrita, oral o electrónica y la mayor parte de esta quedará plasmada en el expediente clínico; por ello, es obligatorio que todo lo escrito sea legible, se eviten abreviaciones y los datos sean precisos y confiables.¹⁷

Para la meta 3, Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, los tres turnos obtuvieron entre 82 y 100 % de nivel de cumplimiento a diferencia de lo encontrado por Castro *et al.*, en cuyo estudio solo el 50 %

Figura 2 Semaforización en el cumplimiento de las metas internacionales



Fuente: instrumento metas internacionales de seguridad para el paciente, 2013

de las enfermeras conocían dicha meta. Vitolo menciona que las interrupciones durante el proceso de administración se correlacionan con una mayor probabilidad de errores en la medicación,¹⁸ lo cual concuerda con un estudio observacional hecho por Trbovich *et al.* En ese estudio los autores encontraron que las enfermeras eran interrumpidas cerca del 22 % del tiempo y que muchas de estas interrupciones se producían mientras administraban medicación de alto riesgo.¹⁹

Para la meta 4, Garantizar cirugías en el lugar correcto con el procedimiento correcto y al paciente correcto, el turno matutino obtuvo entre 71 y 81%, el turno vespertino entre 82 y 100 % y el turno nocturno menos del 59 % del nivel de cumplimiento; esto a diferencia de la investigación de Nava y Espinoza (2011), realizada en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, quienes concluyen que esta meta se lleva a cabo y además reconocen la importancia del llenado correcto de la lista de verificación.²⁰

En la meta 5, Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica, el turno matutino obtuvo entre 60 y 70 %, el turno vespertino menos de 59 % y el turno nocturno entre 60 y 70 % de nivel de cumplimiento, lo que tiene similitud con los resultados obtenidos en el estudio realizado por Castro *et al.*, en el cual el 57 % de

las enfermeras conoce esta meta; sin embargo el 50 % no se lavó las manos antes de atender a un paciente. Aunque la técnica de lavado de manos es una técnica básica que constituye la atención, sigue sin practicarse con la regularidad debida.

Otro estudio hecho por Lalane *et al.* tuvo por objetivo evaluar el proceso de lavado de manos en el equipo de enfermería y obtuvieron que la técnica correcta representó en promedio un 9.5 %; también observaron que el 20.5 % de las personas que falla en un solo paso de lavado lo hizo debido a un error en la técnica.²¹

Por último, en la meta 6, Reducir el riesgo de daño al paciente por causas de caídas, el turno matutino, vespertino y el nocturno obtuvieron entre 82 y 100 % de nivel de cumplimiento, en comparación con un estudio realizado por Molina Robles *et al.* (2008) en la Unidad de Hemodiálisis de un Hospital General en Barcelona. En esta investigación encontraron que la prevalencia de caídas de una muestra de 14 pacientes, 10 de ellos (71.43 %) tuvieron una sola caída y cuatro (28.57 %) tuvieron más de una caída (uno sufrió tres caídas). Según el historial de caídas, solo cuatro pacientes (28.6 %) no habían sufrido ninguna caída anteriormente y el resto ya habían sufrido estos accidentes.²²

En otro estudio de López (2010), sus resultados evidenciaron la ausencia de un registro e investigación sistematizada de estos eventos en la institución pública y que el 60 % de las caídas ocurrió en hombres y el 54.7 % en pacientes mayores de 60 años. El 64.5 % de las caídas no causaron daño físico al paciente.²³

Conclusiones

El nivel de cumplimiento y aplicabilidad en general en los tres turnos de las MISP, en el hospital de tercer nivel donde se realizó el estudio, fue de 72.6 %, por lo que se encontró en color amarillo de acuerdo con la semaforización establecida. Se sugiere la capacitación continua en cada una de las metas para los profesionales de enfermería, a fin de que estas se implementen en los servicios de hospitalización como un estándar centrado en el paciente. El tiempo promedio de la aplicación del instrumento fue

una media de 20.7, con una desviación estándar de 7.93 minutos, un mínimo de 13 y un máximo de 50 minutos.

La seguridad del paciente es una prioridad a nivel nacional e internacional para asegurar una atención de calidad y disminuir la posibilidad de eventos adversos, por lo que se concluye que la aplicación del instrumento en hospitales de segundo y tercer nivel de atención es eficaz y eficiente para mantener una mejora en la atención hospitalaria.

Se sugiere aplicar el instrumento para medir el cumplimiento de las MISP por parte del personal de enfermería en el enlace del turno en un primer momento, ya que se demostró que se pueden auditar los indicadores por arriba de un 91 %. Asimismo es necesario verificar la pertinencia de la meta 2, sobre comunicación efectiva, ya que si va dirigida únicamente hacia las indicaciones médicas por vía telefónica no tendrá impacto en hospitales del sector público.

Referencias

1. Moguel Parra G, Amor Santoyo S, Barragán Pérez E. Seguridad de los pacientes, prioridad del Hospital Infantil de México: punto de vista del médico como paciente. *Boletín Médico Del Hospital Infantil De México*. 2008;65(5):407-11.
2. Santacruz Varela J, Hernández Torres F, Fajardo Dolci G. Evaluación del riesgo para la seguridad del paciente en establecimientos de salud. *Cirugía y Cirujanos*. 2010;78(6):515-26.
3. The Joint Commission, Joint Commission International. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente, GINEBRA/OMS, 2007. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf> [Consultado el 15/12/2013].
4. Castro Hernández F, Zavala Suárez E, Ramírez Hernández C, Villela Rodríguez E. Identificación de las medidas de seguridad aplicadas por enfermería en un hospital de segundo nivel. *Revista CONAMED*. 2013;18(2):59-63.
5. Rivas Espinosa J, Torres Mora C, Pardo Mendoza R, Ramírez Espinosa L, Correa Argueta E. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2013;21(3):129-36. Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=447:percepcion-del-personal-de-enfermeria-sobre-la-agrupacion-de-metas-internacionales-para-la-seguridad-del-paciente&catid=146:investigacion [Consultado el 21/12/2013].
6. Consejo de Salubridad General. Estándares para la certificación de hospitales. México, 2012. Disponible en: http://www.csg.salud.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/establecimientos/Hospitales/Estandares_Hospitales.pdf [Consultado el 8/01/2014].
7. Castellanos Olivares A, Evangelina Cervantes H, Vásquez Márquez P. Satisfacción anestésica como indicador de calidad de la atención médica en el paciente geriátrico. *Revista Mexicana De Anestesiología*. 2013;36:S250-S255.
8. Arreola M. El reto de la calidad y seguridad de la atención de enfermería. *Revista CONAMED*. (2013); S3-S5.
9. Mondragón Cardona Á, Rojas-Mirquez J. La seguridad del paciente: un componente de las políticas de salud que hay que fortalecer en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(6):531-2.
10. Delgado Bernal M, Márquez Villarreal H, Santacruz Varela J. La seguridad del paciente: eje total de la calidad de la atención. Secretaría de Salud, 2012. Disponible en: <http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/publicaciones/CASMI-07.pdf> [Consultado el 18/12/2013].
11. Servicios de Salud Morelos. Indicadores de calidad en enfermería, México, 2014. Disponible en: <http://www.ssm.gob.mx/portal/index.php/9-programas/49-indicadores-de-calidad-en-enfermeria> [Consultado el 18/12/2013].
12. Dirección General Adjunta de Calidad en Salud. Las 10 estrategias de Programa Nacional de Seguridad del Paciente. Compromiso de México con el Programa Internacional de Seguridad del Paciente auspiciado por la OMS-OPS. 2011. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/instruccion_327.pdf [Consultado el 12/01/2014].
13. Sistema Integral de Calidad en Salud. SICALIDAD. Programa de Acción Específico 2007-2012. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/pa_sicalidad.pdf [Consultado el 12/01/2014].
14. Pérez Castro Vázquez J, Castillo Vázquez C, Domínguez De la Peña M, Jiménez Díaz I, Rueda Rodríguez A. Los pequeños grandes detalles de la Seguridad del Paciente. *Revista CONAMED*. 2012;17(3):130-5.
15. Dackiewicz N, Viteritti L, Fedrizzi V, Galvagno I, Ferrería JC, Boada N et al. Evaluación de la opinión del equipo de salud y padres sobre la identificación de los pacientes pediátricos. *Arch. argent. pediatr*. 2011;109(2). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752011000200003 [Consultado el 16/01/2014].
16. Morís de Tassa J, Fernández de la Mota E, Aibar-Remón C, Castan S, Ferrer JM. Identificación inequívoca de pacientes ingresados en hospitales del Sistema Nacional de Salud. *Med Clínica*.

- (2008;131:72-8. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/identificacion-inequivoca-pacientes-ingresados-hospitales-sistema-nacional-13132776-la-seguridad-paciente-una-estrategia-prioritaria-sistema-nacional-salud-esp%C3%B1ol-2008> [Consultado el 19/01/2014].
17. Ramírez Arias JL, Ocampo Lujano R, Pérez Páez I, Velázquez Trinidad D, Yarza Solórzano ME. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2011;9(3):167-74. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2011/am113k.pdf> [Consultado el 27/01/2014].
 18. Vitolo F. Medicamentos de alto riesgo. *Publicaciones Médicas*. Disponible en: http://www.edicionesmedicas.com.ar/Actualidad/Articulos_de_interes/Medicamentos_de_alto_riesgo [Consultado el 28/01/2014; actualizado el 07/10/2012].
 19. Trbovich P, Prakash V, Stewart J, et al. Interruptions during the delivery of high-risk medications. *J Nurs Adm*. 2010;40(5):211-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20431455> [Consultado el 28/01/2014].
 20. Nava Galán MG, Espinoza ML. Cirugía Segura en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. *nf Neurol*. 2011;10(2):102-5. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene112i.pdf> [Consultado el 17/01/2014].
 21. Lalane M, Abel MR, Basso M, Bení V, Cardozo G. Estudio de prevalencia del lavado de manos en el equipo de enfermería de las clínicas médicas del hospital de clínicas "Dr. Manuel Quintela", Universidad de la República, Uruguay, 2008. Disponible en: http://www.fenf.edu.uy/rue/sitio/num6/6_art02_lavado_manos.pdf [Consultado el 28/01/2014].
 22. Molina Robles E, Pajares Requena D, Camps Ballester E, Molist Señé G, Carrera Goula R. Incidencia de caídas en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital General de Vic (Barcelona). *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2008 [serie en línea]. 2008;11(1):64-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1139-13752008000100007&script=sci_arttext [Consultado el 24/01/2014].
 23. López ME. Prevalencia de caídas en pacientes hospitalizados en dos instituciones de salud de Pereira. *Cultura del cuidado enfermería*. 2010;7(1):16-23. Disponible en: <http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0C8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fdiagnet.unirioja.es> [Consultado el 24/01/2014].
-
- Cómo citar este artículo:** Rivas-Espinosa JG, Verde-Flota EEJ, Ramírez-Villegas RM, Guerra-Escamilla LM, Ramírez-Espinosa L. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2015;23(3):135-42