

Hospital Juárez de México. Plan para el auto-cuidado de la seguridad del paciente*

Self-care plan for patient safety. Hospital Juárez de México

Dr. José Manuel Conde-Mercado¹, Dr. Juan José Zamudio-Bustos²,
Lic. Enf. Silvia Romero-Sánchez³, Mtra. Virginia Bautista-Flores⁴

* Primera parte. Evaluación de la disponibilidad de recursos y del conocimiento de pacientes, familiares, personal y directivos de los procedimientos, para la seguridad de los pacientes.

Resumen

En atención a las políticas gubernamentales para mejorar la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente, se pretende poner en operación estrategias que permitan identificar los riesgos y prevenir los eventos adversos. Uno de los eventos adversos de mayor relevancia en función de su frecuencia y de la gravedad que desarrollan algunos casos, son las infecciones adquiridas en el hospital. No obstante, los resultados alcanzados hasta la fecha han sido pobres, como consecuencia de la resistencia para reportarlos por el personal médico, con el consiguiente subregistro, falta de acciones efectivas para su prevención y falta de seguimiento a los acuerdos del Comité de Infecciones.

La necesidad de identificar y prevenir los eventos adversos obliga a emplear estrategias diferentes a las empleadas hasta la fecha, tal como la coparticipación del paciente y sus familiares en el cuidado de la seguridad y la prevención de eventos adversos. Esta tendencia a nivel mundial ha propiciado la integración de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente y la formación de la Organización de Pacientes por la Seguridad de los Pacientes.

Tomando como base el documento: "Plan para el Auto-cuidado de la Seguridad del Paciente" en el Hospital Juárez de México se practicaron encuestas a 112 pacientes y familiares, a 51 trabajadores que incluían: médicos, enfermeras, camilleros y médicos residentes y 17 directivos; se evaluaron los recursos mediante encuestas a 55 trabajadores. Se estudiaron los conocimientos con que cuentan los pacientes, con relación a la atención médica que reciben durante su estancia en el Hospital y la comunicación con el personal de salud se identificaron los motivos por los que los pacientes tenían alguna inconformidad durante su atención médica.

En los resultados se identificaron áreas de oportunidad en relación a conocimiento insuficiente del personal y directivos en cuanto a la disponibilidad de recursos para la seguridad de los pacientes, de la magnitud de las infecciones hospitalarias, de los eventos adversos y de las normas vigentes para su prevención; recursos insuficientes para la seguridad en cuanto a barandales de camas, camillas y sillas de ruedas, pisos antiderrapantes y barandales para sujetarse en los baños, recursos e insumos para

¹ Director Médico del Hospital Juárez de México.

² Asistente de la Dirección Médica del Hospital Juárez de México.

³ Adscrita a la Coordinación del Comité de Calidad del Hospital Juárez de México.

⁴ Jefe de los Servicios de Enfermería del Hospital Juárez de México.

Artículo recibido: 5-Abril-10; Artículo aceptado: 19-abril-10

Correspondencia: Dr. José Manuel Conde Mercado, Director Médico, Hospital Juárez de México. Av. Politécnico Nacional 5160, Col. Magdalena de las Salinas, Del. Gustavo A. Madero, C.P. 07760, México D.F. Correo electrónico: hospitaljuarezdemexico@yahoo.com.mx.

el lavado de manos y para la identificación del paciente, conocimiento insuficiente de los pacientes sobre quién era su médico, su padecimiento, los cuidados requeridos y la prescripción.

Se iniciaron acciones para enfrentar las áreas de oportunidad identificadas, cuyos avances serán evaluados en una segunda etapa de este trabajo a seis meses de la primera.

Además de la atención a las áreas de oportunidad se ha creado conciencia en la necesidad de identificar, informar y prevenir los eventos adversos en el Hospital como parte de un cambio cultural hacia la mejora de la calidad de la atención y la seguridad del paciente. *Rev. CONAMED.2010:15(2):75-91.*

Palabras clave: Autocuidado, autoseguridad, coparticipación del paciente, calidad de la atención, seguridad del paciente.

Abstract

In response to government policies to improve quality of care and patient safety, we intend to implement strategies to identify risks and prevent adverse events. One of the most important adverse events in terms of their frequency and severity are nosocomial infections. Results achieved so far have been poor mainly as a result of resistance to report adverse events by medical staff, which has resulted in underreporting, lack of effective means for prevention, and lack of follow up in agreements from the Infections Committee.

The need to identify and prevent adverse events requires the use of different strategies to those used to date. Such is the co-participation of patients and their relatives in safety issues and adverse event prevention.

Introducción

Como parte de los esfuerzos para otorgar a los usuarios de los servicios de salud una atención médica, cada vez, con mayor calidad, se han puesto en operación diferentes estrategias que van desde la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud¹, la Cruzada Nacional por la Calidad², la Certificación de Establecimientos de Atención Médica³ y la creación de los Comités de Ética de las Unidades de Atención Médica². En los últimos años se ha hecho mayor énfasis en procurar de manera continua la seguridad del paciente, la prevención de eventos adversos y la realización de estrategias para evitar el error médico. Desde hace algunos años, se ha venido trabajando en instituciones de salud para la prevención y control de uno de los principales eventos adversos de la práctica hospitalaria, las infecciones adquiridas en el propio hospital⁴⁻⁶.

This worldwide trend has led to the integration of the World Alliance for Patient Safety and the creation of the Patient Safety Organization.

Based on the document: "Self-Care Plan for Patient Safety" 112 surveys were applied to patients and relatives; 55 to staff, including doctors, nurses, orderlies and resident physicians; and 17 managers; resources were evaluated by the same 51 staff members. We studied the knowledge that patients have in relation to medical care received during their stay at the hospital and degree of communication with health personnel. Reasons for patient's discomfort with received health care were identified.

Results identified areas of opportunity in relation to inadequate knowledge of staff and managers on the availability of resources directed at patient safety, the magnitude of nosocomial infections, adverse events and the current standards for prevention; insufficient resources for patient safety in terms of bed rails, stretchers and wheelchairs, non-skid floors and grab bars in bathrooms, resources and supplies for handwashing and for patient identification; insufficient knowledge of patients on treating physician, current condition, required care and prescription.

Actions were initiated to address identified areas of opportunity. Progress will be evaluated as a second stage of this work after the first six months from implementation.

Besides focusing on areas of opportunity, awareness on the need to identify, report and prevent adverse events in the Hospital has been encouraged as part of a cultural change towards improving quality of care and patient safety.

Keywords: Self-care, self-safety, patient co-participation, quality of care, patient safety.

Los resultados, en la mayoría de los casos, no han sido satisfactorios, desde el gran subregistro de las infecciones ocurridas, la falta de prevención de las mismas y los deficientes mecanismos de control, hasta el incumplimiento y seguimiento de los acuerdos de los comités de infecciones.

Este incumplimiento de las normas para la prevención de infecciones intrahospitalarias se da en diferentes secciones del hospital o en distintos rangos del personal de salud, como por ejemplo, la omisión del lavado de manos, ya sea por la falta de recursos necesarios para realizarlo (agua, jabón, toallas, lavabos, etc.), o bien, la falta de interés del personal en participar. Evidentemente el compromiso para lograr los propósitos del Comité de Infecciones es mínimo o inexistente en diferentes rangos del personal.

Para lograr los objetivos relativos a la prevención de infecciones intrahospitalarias, se requeriría una “vigilancia personalizada”, requerimiento que se vería multiplicado si pretendiéramos prevenir la ocurrencia de los diferentes eventos adversos.

En los Estados Unidos de Norteamérica, Martie Hahlie, abogado que inicialmente asumió la defensa legal de los médicos que habían sido demandados por mala práctica, decidió formar Consumers Advancing Patient Safety (Alianza para la Seguridad de los Pacientes)⁷, habiendo tenido que enfrentarse a las protestas de los propios pacientes, por no haber sido convocados como integrantes de esta Alianza, situación que se resolvió con su incorporación. El compromiso de esta asociación establece la incorporación de los pacientes en el cuidado de su seguridad.

Para lograr que el paciente y su familia se interesen y se involucren en el autocuidado de su salud, es necesario informarles sobre los aspectos que pueden y deben cuidar. Para ello se propone la elaboración de un tríptico que contenga la información requerida, difundirlo entre pacientes y familiares, capacitarlos, verificar su aplicación y evaluar sus resultados.

Existe riesgo de oposición del personal de salud, con el probable apoyo de los sindicatos, problema que habrá que atender y negociar en su momento.

Antecedentes y justificación

Dentro de los objetivos de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se encuentran el “Lograr un impacto efectivo en la mejora de la calidad de la atención médica” y “Generar una cultura de la prevención y la seguridad del paciente”. Se pretende lograr estos objetivos a través del análisis de quejas médicas, como primer paso, con el propósito de identificar los principales problemas que afectan la calidad de la atención y como consecuencia se puedan generar acciones para mejorarla y a continuación prevenir controversias entre pacientes y prestadores de servicios de salud.

En 2006 se publicaron las experiencias de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, desde Junio de 1996 hasta febrero de 2006, en que a través del análisis de las quejas, se identificaron y caracterizaron las inconformidades de los pacientes con la atención recibida; una proporción de ellas, como consecuencia de eventos adversos; la forma en que fueron resueltas, sus motivos y sus causas; su origen en el servicio público, la seguridad social o los servicios privados; la edad de los pacientes, las especialidades involucradas y el nivel de atención en que se generaron⁸.

Este trabajo fue actualizado por los autores, incorporando: el origen de las quejas por entidad federativa y por institución, el número y tipo de pretensiones del promovente; un análisis de los gastos que implicaron las

quejas resueltas por conciliación y los de aquellas que requirieron arbitraje, como marco de referencia, para los gastos derivados de demandas legales⁹.

En la Comisión Nacional de Arbitraje Médico se llevó a cabo un estudio sobre “Epidemiología de las Quejas”, que está aportando información interesante, sobre la existencia o no de mala práctica en las quejas, resueltas por orientación y gestión, conciliación, laudos y convenios de transacción; así como las evidencias de negligencia o ausencia de ella, ausencia de daño, daño temporal, permanente o muerte del paciente¹⁰. Como complemento de este estudio, se evaluaron los costos directos por el reembolso o indemnización por prestadores de servicios en quejas médicas¹¹.

A partir de estos estudios, se propone el desarrollo de herramientas enfocadas a la corresponsabilidad de los pacientes y los familiares, en el autocuidado de su salud, para prevenir los eventos adversos.

Para lograr ofrecer una atención médica segura y de calidad, es necesario diseñar y aplicar acciones que fomenten la corresponsabilidad de los pacientes y los familiares en el autocuidado de su seguridad en los hospitales, por lo cual resulta pertinente desarrollar herramientas con las cuales el paciente pueda participar en la identificación de los riesgos y los momentos críticos en los que puede ocurrir un evento adverso.

El objetivo general del estudio es mejorar la calidad de la atención, disminuir los errores y los eventos adversos y abatir las quejas, mediante la participación comprometida, por parte del paciente y sus familiares, el personal de salud y los directivos de los hospitales.

Material y Métodos

Tipo de estudio: descriptivo, transversal y prospectivo, conforme a la siguiente secuencia de actividades:

1. Revisión de la información estadística, disponible en nuestro medio, relativa a la frecuencia de los eventos adversos y determinar las prioridades por atender, en función de su magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad.
2. Revisión de la bibliografía nacional e internacional disponible, relacionada con eventos adversos y las prioridades vigentes, conforme a la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.
3. Entrevista con los representantes en México de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente para identificar sus prioridades y promover su participación.
4. Diseño de trípticos con información e instrucciones para pacientes y familiares, personal de salud y dirección del hospital y hacerlos del conocimiento de pacientes y familiares, personal de salud y directivos; capacitarlos para su aplicación, invitarlos a participar y hacerles saber cuál es la participación esperada,

mediante el cumplimiento de los lineamientos que a cada quien correspondan y asegurarse de que los otros dos actores cumplan los propios, mediante la vigilancia del cumplimiento de las instrucciones contenidas en ellos.

- 4.1. Paciente y familiares. Antes de su ingreso o al ingresar, se informará a los pacientes y sus familiares, acerca de las acciones que están en posibilidades de tomar para contribuir a identificar los riesgos, prevenir los eventos adversos y mejorar su seguridad. Para ello se pretende otorgarles una capacitación específica, previa a su ingreso o al momento de ingresar al hospital (ANEXO 1).
 - 4.2. Personal de salud. En atención a las premisas establecidas, se propone informar al personal de salud, sobre las acciones que son su responsabilidad primaria en la prevención de los eventos adversos (ANEXO 2).
 - 4.3. Dirección del hospital. Para que las acciones anteriores puedan llevarse a cabo es necesario el apoyo decidido de la Dirección del Hospital, la determinación de las políticas conducentes y a través de la provisión de las facilidades y recursos necesarios, así como, la supervisión de las acciones que son competencia del personal de salud del Hospital, para su debido cumplimiento (ANEXO 3).
5. Diseño de encuestas para ser aplicadas en pacientes y familiares, personal de salud y directivos del hospital, que permitan conocer el diagnóstico situacional de la disponibilidad de recursos para la prevención de eventos adversos y el conocimiento y participación de cada uno de ellos en lo relativo al cuidado de la seguridad del paciente.
 6. Identificación de áreas de oportunidad para la mejora continua, a través del análisis de los resultados de las encuestas:
 - 6.1. Informar al personal de salud y directivos, acerca de los resultados del estudio y capacitarlos en los procedimientos que les correspondan para la prevención de los riesgos.
 - 6.2. Llevar a cabo las modificaciones estructurales que se requieran en el inmueble.
 - 6.3. Garantizar el suministro adecuado del material de consumo requerido para la prevención de los riesgos de eventos adversos.

En una segunda etapa:

7. Evaluación de los sistemas de captación y registro de eventos adversos en la unidad médica evaluada. En

caso de no existir sistemas de captación y registro de eventos adversos, dar la asesoría para su desarrollo e implantación y evaluar sus resultados.

8. Aplicación de los instrumentos para la identificación y registro de los riesgos y de los eventos adversos, para integrar el diagnóstico situacional inicial, que permita dar curso al Plan para el Autocuidado de la Seguridad del Paciente.
9. Identificar las áreas de oportunidad existentes y desarrollar las medidas preventivas y correctivas pertinentes.
10. Evaluación de la presentación de eventos adversos durante tres meses posteriores a la implantación de las medidas requeridas para la mejora continua de la seguridad del paciente, mediante la realización de un proyecto de investigación, para determinar los avances alcanzados.

Aplicación de Encuestas

Se aplicaron encuestas dirigidas a identificar el conocimiento que pacientes y familiares, personal de salud y directivos, tienen sobre las medidas de seguridad requeridas para garantizar la seguridad de los pacientes en el Hospital Juárez de México entre el 4 de junio y el 5 de septiembre de 2008. Adicionalmente se aplicó una encuesta a los trabajadores, para evaluar la disponibilidad de recursos para la seguridad de los pacientes.

La encuesta de pacientes y familiares se aplicó a 112 personas en los Servicios de Cardiología y Ortopedia; la encuesta de personal de salud se aplicó a 55 trabajadores que incluían: médicos, enfermeras, camilleros y médicos residentes; este personal también respondió la encuesta para la evaluación de la disponibilidad de recursos para la seguridad de los pacientes; la encuesta a directivos fue respondida por 17 de ellos, de los Servicios de Cardiología y Ortopedia; la encuesta para la evaluación de los recursos fue respondida por los mismos 51 trabajadores, con participación de médicos, enfermeras, camilleros y médicos residentes.

De la misma forma, se estudiaron los conocimientos con que cuentan los pacientes, con relación a la atención médica que reciben durante su estancia en el Hospital y la comunicación entre el personal de Salud y el paciente o familiar, para conocer cómo se lleva a cabo la relación médico-paciente. Por último, se identificaron los motivos por los que los pacientes tenían alguna inconformidad durante su atención médica.

Variables del Estudio

- Cuantitativas dicotómicas.
- Conocimiento del Plan y de las normas aplicables.
- Aplicación del Plan y de las normas.

Consideraciones Éticas

La información documental recopilada se resguardó conforme a las obligaciones como servidores públicos de los funcionarios del Hospital Juárez de México y de la CONAMED y en concordancia con los valores institucionales.

El protocolo no recopiló información institucional, laboral ni personal, como tampoco representó riesgos inherentes a intervenciones terapéuticas invasivas.

Resultados

A) Encuesta de auto cuidado de la seguridad

El universo de estudio incluyó a 51 prestadores de servicios de salud, de los servicios de Cardiología y Ortopedia del Hospital Juárez de México, en donde se encontraban médicos, enfermeras, camilleros y médicos residentes. El período de aplicación inició el 4 de junio y concluyó el 5 de septiembre de 2008.

Se estudiaron los recursos con que cuenta el personal de salud para la prevención de caídas, prevención de infecciones y los recursos y medidas de seguridad que tiene el personal de Salud para la correcta identificación de los pacientes.

Se estudió el conocimiento del personal de salud en cuanto a la normatividad del Hospital Juárez de México, por medio de las encuestas aplicadas, en donde se retomaron aspectos como instructivos, manuales, comités y normas para la seguridad del paciente.

Una acción importante por parte del personal de salud para la prevención de infecciones, es el lavado de manos antes y después de atender a cualquier paciente, para ello es necesario contar con los recursos necesarios para llevar a cabo esta acción. El 49.20% del personal de salud encuestado respondió no contar con los recursos necesarios para lavarse las manos; el 66.67% respondió que hacen falta lavabos; el 66.67% no cuentan con jabón; el 60% contestó que les hacen falta toallas desechables y por último el 39.22% contestó que no cuentan con alcohol gel para lavarse las manos (Cuadro 1).

Un factor de riesgo para que ocurran eventos adversos es la identificación incorrecta de los pacientes, al realizarles algún procedimiento por parte del personal de salud. El 7.84% de los pacientes no contaba con pulsera de identificación, el 94.12% de los encuestados manifestó que todos los pacientes cuentan con expediente clínico propio. El 94.12% de los encuestados manifestó que todos los pacientes cuentan con identificación en la cabecera de su cama. Los elementos básicos con que cuenta la identificación de cabecera son nombre del paciente, del cual el 98.04% manifestó que todos lo tenían, el 78.43% manifestaron que no se consigna el grupo

sanguíneo y el Rh, el 84% señaló que sí se registran las alergias. El 31.37% señaló que no presentaba escrito el nombre de su médico (Cuadro 1)

Para la prevención de eventos adversos en los hospitales es necesario que se cuente con instructivos que regulen la operación. Se encuestó sobre el manejo de cuatro instructivos indispensables con que debe contar-se. El 56.86% del personal de salud respondió no contar con un instructivo para prevenir las caídas de pacientes y el 39.22% mencionó no contar con un instructivo para la administración correcta de medicamentos. En cuanto a un instructivo para la identificación correcta de los pacientes el 41.18% contestó no contar con este instructivo y el 29.41% indicó no contar con un instructivo para la detección, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias.

Otro elemento importante de seguridad es el apego a la NOM 0168 SSA1 del Expediente Clínico, obteniendo como resultado que el 19.61% informó no contar con esta norma.

Evaluación de la disponibilidad de recursos a través del personal de salud

La encuesta fue realizada a 55 miembros del personal de salud. El 43.14% del personal de salud encuestado, manifestó que no todas las camas de los pacientes cuentan con los recursos necesarios para prevenir caídas.

El 15.69% de los encuestados manifestó que no todas las camas cuentan con barandales, por otra parte el 17.65% de los encuestados dijo que no todas las camas cuentan con piesera o cabecera; el 68.63% mencionó que las camas no cuentan con correas para sujetar; por último el 33.34% contestó que se carece de banco de altura para que le facilite al paciente bajarse de la cama (Cuadro 1).

En cuanto a las camillas el 45.10% de los encuestados señaló que no todas ellas cuentan con los recursos necesarios para prevenir caídas, el 7.84% manifestó que las camillas no cuentan con barandales; el 33.33% mencionó que no todas las camillas tienen piesera y cabecera; por último el 64.71% de los encuestados indicó que las camillas no cuentan con correas para sujetar a los pacientes (Cuadro 1).

En la evaluación de los recursos de seguridad para las sillas de ruedas, el 49.02% de los encuestados contestó que éstas no cuentan con recursos suficientes para prevenir riesgos; el 19.61% dijo que las sillas de ruedas carecen de apoyos para los pies; en cuanto al cinturón de seguridad para prevenir caídas el 80.35% respondió que las sillas de ruedas no cuentan con él (Cuadro 1).

Cuadro 1. Evaluación de recursos a través del personal.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS	Sí %	No %	No sé %
Las camas de los pacientes cuentan con los recursos necesarios para prevenir caídas	52.94	43.14	3.92
Barandales	82.35	15.69	1.96
Piesera y cabecera	78.43	17.65	3.92
Correas para sujetar	25.49	68.63	5.88
Banco de altura para bajarse de la cama	58.82	33.34	7.84
Las camillas en que se traslada a los pacientes cuentan con los recursos necesarios para prevenir caídas	47.06	45.10	7.84
Barandales	82.35	7.84	9.81
Piesera y cabecera	56.86	33.33	9.81
Correas para sujetar	31.37	64.71	3.92
Las sillas de ruedas en que se traslada a los pacientes cuentan con los recursos necesarios para prevenir riesgos	47.06	49.02	3.92
Piesera para apoyar los pies	76.47	19.61	3.92
Cinturón de seguridad para prevenir caídas	15.73	80.35	3.92
En los sanitarios de pacientes hay barandales para sujetarse	19.61	66.67	13.72
En los baños existen recursos de seguridad para los pacientes	17.64	66.67	15.69
Barandales para sujetarse	19.61	62.74	17.65
Piso antiderrapante o con cintillos	15.69	60.78	23.53
PREVENCIÓN DE INFECCIONES			
Recursos para lavarse las manos	49.20	49.20	1.60
Lavabo	31.37	66.67	1.96
Jabón	31.37	66.67	1.96
Toallas desechables	36.08	60.00	3.92
Alcohol gel	58.82	39.22	1.96
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE			
Todos los pacientes tienen una pulsera de identificación	86.27	7.84	5.89
Todos los pacientes tienen identificación en la cabecera de su cama	94.12	5.88	0
Nombre del paciente	98.04	1.96	0
Nombre de su médico tratante	66.67	31.37	1.96
Grupo sanguíneo y Rh	19.61	78.43	1.96
Alergias	84.00	16.00	0
Cada paciente cuenta con expediente propio	94.12	0	5.88
EVALUACIÓN DE LAS NORMAS			
Cuenta con un instructivo para prevenir las caídas de pacientes	33.33	56.86	9.81
Cuenta con un instructivo para la administración correcta de medicamentos	54.90	39.22	5.88
Cuenta con un instructivo para la identificación correcta de los pacientes	56.86	41.18	1.96
Cuenta con un instructivo para la detección, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias	70.59	29.41	0
Cuenta con la NOM 0168 SSA1 del expediente clínico	70.59	19.61	9.80

Se encuestó al personal de salud, para conocer las medidas de seguridad con que cuentan los baños de pacientes, el 66.67% del personal encuestado respondió que en los baños no existen recursos de seguridad para los pacientes, como barandales para sujetarse, el 60.78% del personal de salud respondió que no cuentan con piso o con cintillos antiderrapantes (Cuadro 1).

B) Encuesta a pacientes y familiares

Evaluación de recursos para la seguridad del paciente

En la evaluación de los recursos de seguridad el 10.72% de los pacientes encuestados manifestaron que las camillas en las que fueron transportados no cuentan con todos los recursos necesarios para prevenir caídas. En lo referente a las camas, los barandales faltaron únicamente en el 2.68%, lo cual se comprobó a través de la observación de los encuestadores (Cuadro 2).

En cuanto a la prevención de las infecciones hospitalarias, se descubrió, según la percepción de los pacientes, que el 5.36% del personal de salud que lo atiende,

no se lava las manos, en tanto que el 36.6% desconoce si el personal de salud que los atiende se lava las manos, debido a que los lavabos no se encuentran a la vista del paciente; de la misma forma, el 3.57% de los pacientes encuestados mencionó desconocer si el material con el que le administran medicamentos es desechable, sólo una persona mencionó que en él no utilizaron material desechable (Cuadro 2).

Un factor de riesgo para que ocurran eventos adversos es la incorrecta identificación de los pacientes previa a realizarles algún procedimiento. Para evitar este problema, existen distintos recursos que permiten la correcta identificación de los pacientes. El 1.79% de los pacientes carecía de pulsera de identificación; un paciente no contaba con expediente clínico y tres pacientes mencionaron no saber si tenían expediente clínico. Es importante mencionar que el 11.61% de los pacientes que cuentan con expediente clínico mencionó no saber si su expediente clínico tenía su nombre al frente. Por último solo un paciente no contaba con identificación en la cabecera de su cama (Cuadro 2).

Cuadro 2. Evaluación de los recursos a través de los pacientes.

PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS	Sí %	No %	No sé %
Barandales, piesera, cabecera y correas sujetadoras en las camillas.	82.14	10.72	7.14
Barandales en las camas.	97.32	2.68	0
Lavado de manos antes de atender a cualquier paciente.	58.04	5.36	36.6
Utilización de material desechable para la administración de medicamentos.	95.54	0.89	3.57
PARA LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE PACIENTES			
Pulsera de identificación.	96.42	1.79	1.79
Cuentan con expediente clínico.	96.43	0.89	2.68
Nombre al frente del expediente clínico.	86.61	0.89	12.5
Identificación en la cabecera de la cama:	99.11	0.89	0
▪ Nombre del paciente.	99.11	0.89	0
▪ Grupo sanguíneo y Rh.	16.07	83.04	0.89
▪ Alergias.	64.29	33.92	1.79
▪ Nombre del médico.	34.82	61.61	3.57

Los elementos básicos con que cuenta la identificación de cabecera son: nombre del paciente, del cual sólo un paciente no lo tenía, el 83.04% de los pacientes no contaba con grupo sanguíneo, el 33.92% no contaba con el dato de sus alergias en la identificación de cabecera. El 61.61 % no presentaba escrito el nombre de su médico en la identificación de cabecera (Cuadro 2).

Información al paciente y familiares

Es necesario que el paciente conozca sus derechos y obligaciones durante el proceso de atención hospitalaria. En

cuanto a sus obligaciones, la encuesta mostró que: el 14.29% de los pacientes no conocía a su médico, por el 85.71% que sí lo conoce, de ellos el 42.86% no sabe cómo se llama. El 3.57% de los pacientes desconocía su enfermedad o padecimiento, de la misma forma el 24.13% de los encuestados desconoce los medicamentos que está recibiendo, el 16.97% no conoce los cuidados que debe de tener y por último el 70.56% no conoce el reglamento del Hospital (Cuadro 3).

En cuanto a sus derechos, el 25% de los encuestados desconocía que puede negarse a que le realicen algún procedimiento que represente riesgo, si así lo desea.

Cuadro 3. Comunicación con pacientes y familiares.

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE	Sí %	No %	No sé %
Conoce a su médico.	85.71	13.4	0.89
Conoce el nombre de su médico.	57.14	36.61	6.25
Conoce su enfermedad.	96.43	2.68	0.89
Conoce los medicamentos que toma.	75.87	18.8	5.33
Conoce los cuidados que debe tener.	83.03	14.3	2.67
Conoce el reglamento del Hospital.	29.44	65.2	5.36
Sabe que se puede negar a que le realicen algún procedimiento si así lo desea.	75	23.21	1.79
Sabe donde presentar una queja en el Hospital.	25	71.43	3.57
RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL DE SALUD			
Se presentó con el paciente.	77.68	21.43	0.89
Llaman por su nombre al paciente.	83.01	16.1	0.89
Le preguntan su nombre al paciente antes de realizarle algún procedimiento.	88.3	8.4	3.3
Verifican el nombre del paciente con el de su pulsera de identificación.	77.64	17.9	4.46
Le informan al paciente acerca de los riesgos que tienen los procedimientos que se le aplicarán.	81.21	17.9	0.89
Le informan al paciente acerca de los efectos secundarios que pueden tener los procedimientos.	79.41	18.8	1.79
Le informaron al paciente acerca de los cuidados que debe tener.	81.23	15.2	3.57
Contesta las dudas de los pacientes.	91.96	8.04	0
Le piden su conocimiento al paciente antes de realizarle algún procedimiento.	91.07	7.14	1.79
PACIENTE CON EL PERSONAL DE SALUD			
Menciona su nombre antes de que le realicen algún procedimiento.	82.11	16.1	1.79
Pregunta sus dudas acerca de su enfermedad, estudios o tratamiento.	93.75	6.25	0

Por último el 75% de los encuestados no sabe dónde presentar una queja dentro del Hospital.

En cuanto a la comunicación adecuada entre el médico y el paciente, necesaria para la prevención de conflictos, inicia desde la presentación del médico, hasta el alta del paciente. En nuestro estudio, el 21.43% de los médicos no se presentó con su paciente al momento de realizarle algún procedimiento; el 16.1% de los pacientes informa que el personal no los llama por su nombre. Un 8.4% de los pacientes informó que los miembros del equipo de salud no le preguntan su nombre antes de realizarle un procedimiento, el 17.9% tampoco coteja el nombre con la pulsera de identificación; el 17.9% no le informa al paciente los riesgos de los procedimientos que le realizarán, el 18.8% no le informa sobre los efectos secundarios de dicho procedimiento; el 15.2% no informa a los pacientes acerca de los cuidados que deben tener durante y después de su intervención, 8.04% no resuelve las dudas de sus pacientes y el 7.14% de los integrantes del equipo de salud, no le pide su consentimiento a los pacientes para poderles realizar algún procedimiento (Cuadro 3).

La comunicación por parte del paciente hacia el médico es fundamental en la relación médico-paciente, a pesar de eso, el 16.1% de los pacientes no le menciona su nombre al médico antes de que le realice algún procedimiento y el 6.25% no pregunta las dudas que tiene acerca de su enfermedad, estudios o tratamiento al médico que les atiende.

C) Encuesta a personal de salud

El universo de estudio estuvo integrado por 55 personas dedicadas al cuidado de la salud, específicamente: médicos, enfermeras, médicos residentes y trabajadores sociales, de los servicios de Cardiología y Ortopedia del Hospital Juárez de México. El período de aplicación inició el 4 de junio y concluyó el 5 de septiembre de 2008.

Se evaluaron los recursos con que cuenta el hospital para prevención de infecciones, prevención de caídas, las medidas de seguridad que aplica el personal de salud para la correcta identificación de pacientes y los conocimientos con que cuenta el personal de salud, para el cumplimiento de la normatividad, a fin de brindar una atención adecuada. Un punto importante que se tomó para el estudio fue la comunicación que existe entre el personal de salud y el paciente-familiar, con el propósito de conocer la forma cómo se lleva a cabo la relación médico-paciente.

Evaluación de los recursos para la prevención de los eventos adversos

El 29.09% del personal de salud comenta que no todas las camas cuentan con los recursos necesarios para pre-

venir caídas. El estudio mostró que los recursos son insuficientes y que no se cuenta con barandales en el 14.55%; que no hay, piesera 16.36% y el 58.18% dice que no hay correas para sujetar a los pacientes (Cuadro 4).

El 58.18% del personal de salud del hospital refiere que se carece de recursos para lavarse las manos, 63.64% que no se cuenta con lavabo, 49.09% que no se cuenta con jabón y 1.82% no está enterado si se cuenta o no con este recurso; el 52.73% mencionó que se carece de toallas desechables y el 41.82% refiere que no cuenta con alcohol gel (Cuadro 4).

El estudio también está enfocado a conocer si en el hospital hay una identificación correcta del paciente, el 85% de los pacientes no cuenta con pulseras de identificación; el 1.82% del personal de salud, comenta los pacientes no tienen identificación en la cabecera de su cama, que el 29% no tiene el nombre del médico tratante y que en el 78% no tienen grupo sanguíneo ni RH (Cuadro 4).

En la identificación del paciente en el 100% de los casos se registra su nombre en la tarjeta de cabecera, al igual que las alergias.

Evaluación de las medidas para la seguridad del paciente

El 100% del personal informó que siempre se lava las manos antes y después de atender a un paciente, pero el personal de supervisión no corrobora esta información más que en el 54.55% de los casos; el 95.45% de los prestadores de servicios reconoce que es un factor importante para prevenir infecciones (Cuadro 5).

El 89% de los trabajadores señala que antes de iniciar la cirugía se verifica la identidad del paciente, la cirugía por realizar y el lado corporal al que corresponde y el 87.27% señala que se toman todas las precauciones para la prevención de infecciones quirúrgicas, el 7.27% manifiesta que no se toman todas las precauciones requeridas (Cuadro 5). El 43.64% del personal desconoce el porcentaje de pacientes que adquieren infecciones dentro del hospital y en el 61.82% reconoce que hay subregistro.

Con referencia a la normatividad, el 98% del personal de salud reconoce que los pacientes cuentan con expediente clínico propio dentro del hospital y el 73% asegura que los expedientes clínicos están requisitados conforme a la NOM 168 (Cuadro 5).

En relación a la comunicación médico-paciente, la encuesta mostró que el 7.27% del personal de salud no se dirige a los pacientes a su cargo por su nombre; el 100% del personal atiende y trata de resolver las dudas de los pacientes y en el 98% les informan de los riesgos que tienen los procedimientos que se realizarán y en un 96% les solicitan su consentimiento, cuando dicho procedimiento representa algún riesgo (Cuadro 5).

Cuadro 4. Evaluación de los recursos para prevenir los eventos adversos.

PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS	Sí %	No %	No sé %
Las camas de los pacientes cuentan con los recursos necesarios para prevenir	70.91	29.09	0
Barandales	85.45	14.55	0
Piesera	83.64	16.36	0
Correas para sujetar.	41.82	58.18	0
PREVENCIÓN DE INFECCIONES			
Falta recurso para lavarse las manos	41.82	58.18	0
Lavabo	36.36	63.64	0
Jabón	49.09	49.09	1.82
Toallas desechables	47.27	52.73	0
Alcohol gel	58.18	41.82	0
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE PACIENTES			
Los pacientes cuentan con pulsera de identificación	85.45	10.91	3.64
Los pacientes cuentan con identificación en la cabecera de su cama	98.18	1.82	0
Tiene el nombre del paciente	100	0	0
Tiene el nombre del médico tratante	70.91	29.09	0
Tiene grupo sanguíneo y RH	21.82	78.18	0
Tiene alergias a medicamentos que padece	100	0	0

El 84% del personal de salud informa que sí atiende las quejas de los pacientes y el 49.09% del personal de salud refiere a la dirección del hospital a los pacientes en caso de que exista alguna queja, en tanto que el 1.82% no sabe a dónde tiene que dirigirlos cuando desean presentar una queja (Cuadro 5).

D) Encuesta a directivos

Evaluación para la prevención de caídas

El universo de estudio incluyó 17 directivos de los Servicios de Cardiología y Ortopedia del Hospital Juárez de México. El periodo de aplicación de la primera fase del protocolo sobre "Auto cuidado de la seguridad del paciente", inició el 4 de junio y concluyó el 5 de septiembre de 2008.

Se estudiaron los conocimientos con que cuenta el personal directivo, con relación a los procedimientos e información de eventos adversos dentro del Hospital.

El 11.76% de los directivos encuestados manifestó que no todas las camas y camillas en las que fueron trasladados los pacientes, cuentan con barandales para la prevención de caídas, el 17.65% manifestó que carecen de piesera y cabecera, el 58.82% manifestó que las camillas no cuentan con correas para sujetar al paciente y el 5.88% desconocía si existen correas para sujetar (Cuadro 6).

El 5.88% de los directivos manifestó que no existen lavabos para el lavado de manos del personal, el 11.76% denotó que hacían falta recursos para el lavado de manos, dentro de este último dato, el 11.76% indicó que hacía falta jabón, el 17.65% dijo faltarle toallas desechables y el 29.41% alcohol gel. Por otra parte el 5.88%

de los encuestados mencionó no utilizar material esterilizado, mientras que el 5.88% desconocía si el material es esterilizado. El 29.41% manifestó que no siempre se utiliza material desechable y el 58.82% indicó que no se reesteriliza el material desechable (Cuadro 6).

Los directivos manifestaron que no existe ningún paciente sin expediente clínico propio, el 5.88% dijo que no todos los pacientes contaban con pulsera de identificación y el 5.88% mencionó que no se tenía tarjeta de identificación en la cabecera de todas las camas de los pacientes.

Cuadro 5. Evaluación de las medidas de seguridad para el paciente.

PREVENCIÓN DE INFECCIONES HOSPITALARIAS	Si %	No %	No sé %
Lavado de manos antes de atender un paciente	100	0	0
Lavado de manos después de atender a un paciente infectado	100	0	0
Supervisión de que el personal de salud se lave las manos antes y después de atender a un paciente	41.82	54.55	3.64
Consideración de que la falta de lavado de manos sea un factor causal importante	94.55	3.64	1.82
Verificación antes de la cirugía de la identidad del paciente, la cirugía por realizar y de que lado del cuerpo corresponde	89.09	5.45%	5.45
Verificación de todas las precauciones para prevenir una infección quirúrgica	87.27	7.27	5.45
Conocimiento del porcentaje de los pacientes que adquieren infecciones en el hospital	49.09	43.64	7.27
Conocimiento de que existe subregistro	61.82	16.36	21.82
NORMATIVIDAD DEL EXPEDIENTE CLÍNICO			
Conocimiento de pacientes que cuentan con expediente clínico individual	98.18	1.82	0
Expedientes clínicos registrados conforme a la NOM 168	72.73	10.91	16.36
COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE			
El personal de salud se dirige al paciente por su nombre	92.73	7.27	0
El personal de salud contesta las preguntas y resuelve las dudas de los pacientes	100	0	0
Dar información, por parte del personal de salud, de los riesgos de los procedimientos que se le practicarán	98.18	1.82	0
El personal de salud solicita el consentimiento para realizar los procedimientos que implican algún riesgo	96.36	3.64	0
Atención a las quejas de los pacientes	83.64	16.36	0
Refiere a la dirección del hospital en caso de que exista una queja	49.09	49.09	1.82

En cuanto a los datos que debe tener la tarjeta de identificación de la cabecera de la cama los encuestados mencionaron que a ninguna le falta nombre y el 11.76% de los directivos manifestó que las tarjetas no tenían el nombre del médico; el 52.94% mencionó que no tenían registrado el grupo sanguíneo y el Rh y 11.76% dijo que las tarjetas no tenían indicadas las alergias a medicamentos (Cuadro 6).

En cuanto a la normatividad del Hospital, 17.65% de los directivos mencionó que no hay un instructivo para la prevención de caídas; 5.88% dijo que no existe un instructivo para la administración segura de medicamentos y por último el 17.65% de los encuestados dijo no contar con un instructivo para la identificación segura del paciente. En lo relacionado a las normas para prevenir eventos adversos, el 23.53% de los directivos

Cuadro 6. Evaluación de los recursos para la seguridad del paciente.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS	Si %	No %	No sé %
Camas y camillas que tienen barandales	88.24	11.76	0
Piesera y cabecera	82.35	17.65	0
Correas para sujetar al paciente	35.29	58.82	5.88
PREVENCIÓN DE INFECCIONES			
Lavabos para lavado de manos para médicos	94.12	5.88	0
Recursos para lavado de manos	88.24	11.76	0
Jabón	88.24	11.76	0
Toallas desechables	82.35	17.65	0
Alcohol Gel	70.59	29.41	0
Material esterilizado (no sanitizado, ni desinfectado)	88.24	5.88	5.88
Utilización de material desechable	70.59	29.41	0
Reesterilización de material desechable	41.18	58.82	0
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE			
Pacientes con expediente clínico propio	100	0	0
Pacientes con pulsera de identificación	94.12	5.88	0
Pacientes con tarjeta de identificación en la cabecera de su cama	94.12	5.88	0
▪ Nombre del paciente	100	0	0
▪ Nombre del médico	88.24	11.76	0
▪ Grupo Sanguíneo y Rh	47.06	52.94	0
▪ Alergia a medicamentos	88.24	11.76	0
NORMATIVIDAD PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE			
Instructivo para prevenir caídas	70.59	17.65	11.76
Instructivo para la administración segura de medicamentos	88.24	5.88	5.88
Instructivo para la identificación segura del paciente antes de practicar un procedimiento	82.35	17.65	0
Normas para prevenir eventos adversos	76.47	23.53	0
Manual del Comité de Infecciones	88.24	11.76	0
Comité de Calidad en el Hospital	94.12	5.88	0
Subcomité de Seguridad del Paciente	82.35	11.76	5.88
Información de dónde se puede presentar una queja	76	24	0

manifestó que el Hospital no cuenta con dichas normas (Cuadro 6).

El 11.76% de los directivos encuestados, mencionó que no existe un Manual del Comité de Infecciones dentro del Hospital y el 5.88% que no había un Comité de Calidad.

En cuanto a la existencia de Subcomités dentro del Hospital, el 11.76% de los directivos encuestados mencionó que no existe un Subcomité de Seguridad del Paciente; el 88.24% de los encuestados dijo que no existía un Subcomité de quejas y el 24% manifestó nunca haber informado a los pacientes dónde se podía presentar una queja.

Evaluación de programas para el conocimiento de los eventos adversos

En lo relacionado con el conocimiento de eventos adversos en el Hospital, el 52.94% de los encuestados dijo no conocer su frecuencia (Cuadro 7). En cuanto a la existencia de programas, el 11.76% de los encuestados mencionó que no existe un programa para la Identificación, Prevención y Atención de Eventos Adversos, mientras que el 5.88% desconocía la existencia de dicho programa (Cuadro 7).

Cuadro 7. Evaluación del conocimiento de la seguridad del paciente.

CONOCIMIENTO DE LOS EVENTOS ADVERSOS	Sí %	No %	No sé %
Frecuencia de eventos adversos en el Hospital.	47.06	52.94	0
PROGRAMAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE			
Programa para la Identificación, Prevención y Atención de Eventos Adversos.	82.35	11.76	5.88
Lista de cotejo de procedimientos en quirófano:	64.71	11.76	23.53
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificación de identidad del paciente al ingresar a la sala de operaciones. 	76.47	5.88	17.65
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificación de identidad del paciente y cirugía programada, con el expediente clínico antes de iniciar la anestesia. 	82.35	0.00	17.65
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificación de identidad del paciente conforme a identificación de la persona, pulsera de identificación, expediente clínico y cirugía programada antes de iniciar. 	76.47	5.88	17.65
Instalación segura de sondas y catéteres.	88.24	11.76	0
Personal especializado en la instalación de catéteres endovenosos.	94.12	5.88	0

En lo referente a la existencia de una lista de cotejo de procedimientos en quirófano, el 11.76% de los directivos mencionó que no existe, mientras que el 23.53% desconocía su existencia.

Dentro de las acciones que requieren verificación a través de una lista de cotejo, el 5.88% de los directivos respondió que no se verifica la identidad del paciente al ingresar a la sala de operaciones, mientras que el 17.65% desconoce si se verifica o no; por otra parte el 17.65% de los encuestados desconoce si se verifica la identidad del paciente y la cirugía programada, con el expediente clínico antes de iniciar la anestesia; y por último el 5.88% manifestó que no se verifica la identidad del paciente conforme a la identificación de la persona, pulsera de identificación, expediente clínico y cirugía programada,

antes de iniciar la intervención, mientras que el 17.65% desconoce si se verifica o no.

En cuanto al conocimiento de procedimientos, el 11.76% de los directivos respondió que no había una instalación segura de sondas y catéteres y el 5.88% mencionó que no existía personal especializado en la instalación de catéteres endovenosos (Cuadro 7).

Discusión

Las encuestas aplicadas a pacientes y familiares, personal de salud y a los directivos del hospital y la revisión de los resultados que éstas mostraron, por el Cuerpo de Gobierno del Hospital permitieron la identificación de un número importante de áreas de oportunidad, que

han permitido llevar a cabo mejoras estructurales en el inmueble, dotación de recursos e insumos para la prevención de los riesgos de eventos adversos.

Sin embargo se considera que el avance más importante es haber hecho conciencia en todos los encuestados, tanto pacientes y familiares, como personal de salud y directivos, de la trascendencia que tienen los eventos adversos para los pacientes y la necesidad de prevenirlos.

En lo que respecta a los dos servicios encuestados, en general, los pacientes y/o familiares accedieron a participar en las encuestas. Sus respuestas muestran que el hospital cuenta con los recursos básicos para su atención, sin embargo es importante mencionar que en los pacientes surgió incertidumbre al preguntarles si el personal que los atiende se lava las manos antes de realizar algún procedimiento, ya que los pacientes no podían observar si en verdad el personal de salud se lavaba las manos.

Es importante mencionar que los pacientes se encuentran preocupados por su salud, ya que preguntan sus dudas a los médicos, pero no se informan acerca del reglamento del hospital.

En lo que respecta a los recursos para la correcta identificación de los pacientes, se descubrió que existen errores en la escritura de los datos de los pacientes en la identificación de cabecera y en el expediente clínico, lo que representa un riesgo de eventos adversos.

El personal de salud encuestado mostró desinterés aduciendo todas las ocupaciones que tenía, por lo que fue difícil aplicarle la encuesta. Mencionaron que el recurso que más falta en el hospital son las correas sujetadoras para el traslado de pacientes en camilla, los pisos antiderrapantes y barandales en los baños, piesera y cabecera en las camas de los pacientes; las sillas de ruedas no cuentan con cinturón de seguridad ni piesera. También se descubrió que el personal de salud no conocía el índice de infecciones intra-hospitalarias prevalentes en el hospital y desconocía si existía o no subregistro. Se identificó que la mitad de los encuestados desconoce la existencia de un instructivo para la identificación correcta de los pacientes y la Norma Oficial Mexicana para la Detección, Prevención y Control de las Infecciones Hospitalarias.

Para aplicar la encuesta a directivos, el Director de Calidad acompañó a los pasantes a las oficinas de los directivos de distintas áreas y les dio la apertura para encuestarles. Los directivos se mostraron accesibles. Lo más importante a rescatar de esta encuesta, es que existe congruencia en cuanto a los recursos que perciben los directivos y el personal de salud, en cuanto al lavado de manos y a la identificación correcta de los pacientes.

Servicio de Cardiología

Haciendo referencia a las encuestas, se observó que existen diferencias en los recursos con los que cuenta

el hospital; específicamente en este Servicio, ya que hay concordancia entre los datos recogidos por las encuestas aplicadas a los pacientes y al personal de salud, realizadas en este servicio y lo observado por los encuestados, en donde lo que más repercute es la falta de pieseras, correas sujetadoras en camas, camillas y sillas de ruedas, así como pisos antiderrapantes. En este Servicio se realizaron encuestas a pacientes y personal de salud, se apreció una buena organización por parte del personal de salud, que facilitó el trabajo de la aplicación de encuestas, dando una muy buena apertura.

La mayor dificultad estuvo representada por la aplicación de encuestas al personal de salud, ya que se daba prioridad a la atención de los pacientes y se retardaba la aplicación, pero siempre contando con su colaboración.

Servicio de Ortopedia

En este servicio se observó carencia de recursos para evitar caídas en los baños de los pacientes, también se descubrió que no existen recursos de seguridad en las sillas de ruedas. La comunicación entre el personal de salud que atiende el servicio se apreció adecuada y abierta, sin embargo se mostraron renuentes a contestar la encuesta. Por lo que respecta a los pacientes, mostraron mucho interés por participar en el estudio, lo que ayudó a que se realizara; de la misma forma la enfermera responsable del servicio le dio la apertura al equipo de trabajo, lo que facilitó la aplicación del estudio.

Acciones de tipo inmediato realizadas en el hospital

Algunas de las acciones que en forma inmediata se establecieron con los primeros resultados de este estudio, se enlistan a continuación, iniciando los trabajos en el mes de febrero de 2010 para la segunda fase del estudio con una duración preliminar de 6 meses para reevaluar los avances en materia de seguridad:

- La implementación de este protocolo en el Hospital Juárez, ha significado la oportunidad de escuchar las voces de los pacientes, que acuden a nuestra Institución solicitando servicios de salud con calidad y seguridad, sin embargo ambos términos muchas veces se quedan en un nivel de ambigüedad, que no nos permite conocer a detalle las necesidades, expectativas y la percepción real de nuestros usuarios.
- Es importante señalar que con anterioridad se han aplicado de manera cotidiana, encuestas de salida por el personal de Trabajo Social, aunque sin enfocarlo específicamente a la prevención de eventos adversos y a la participación activa del familiar y el paciente en el cuidado de su seguridad, que nos permite detectar áreas de oportunidad que pueden ser objeto de un proceso de mejora y generar una

cultura de prevención y seguridad del paciente.

- Como objetivo general del estudio se plantea el mejorar la calidad de la atención, disminuir los errores, los eventos adversos y abatir las quejas, mediante la participación comprometida del paciente, familiares, personal de la salud y la dirección del hospital, a través de la capacitación específica, previa al ingreso o en el momento que este ocurre.
- La capacitación fue otorgada por el personal de enfermería al momento del ingreso del paciente, en ambos servicios participantes, observando que es necesario reforzar esta estrategia, ya que se satura al paciente y familiar de información, por lo que se pretende fragmentar la información y que la capacitación inicie desde el servicio de admisión, trabajo social, médicos y personal de enfermería.
- Otra de las áreas de oportunidad evidente es la que se refiere a la difusión del formato de registro de Eventos Adversos y el procedimiento para su reporte, así como, la estadística existente hasta el momento.
- En lo que se refiere a la seguridad en el traslado y prevención de caídas, los resultados hacen énfasis en la falta de correas sujetadoras en camas, camillas y sillas de ruedas, sin embargo debemos considerar que estas adecuaciones requieren de una programación a largo plazo, debido al volumen de pacientes y la cantidad de servicios que cuentan con este mobiliario.
- Fue posible mejorar en la dotación de una camilla nueva para el Servicio de Ortopedia, ya que con la que contaba se encontraba en malas condiciones, así como, el equipamiento total de los servicios de hospitalización con bancos de altura nuevos.
- En lo que respecta a la existencia de un procedimiento para la prevención de caídas, se concluyó con la implementación del Protocolo de Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados, que permite la evaluación de los factores de riesgo que pueden predisponer una caída del paciente y la señalización por medio de tarjetas de colores.
- En cuanto a la prevención de infecciones, la encuesta refleja que es insuficiente la difusión del cartel bimestral para informar el índice de infecciones hospitalarias, lo que hace necesario el replantear una nueva estrategia.
- En los primeros meses de 2009, se instaló un dosificador con jabón antibacterial, con bomba de pie en cada tarja, así como un despachador de toallas de papel en cada central de enfermeras, en los Servicios de Ortopedia y Cardiología.
- Como una medida para suplir la falta de un lavabo en cada cubículo, se instaló un dosificador con bomba de pie de alcohol gel en cada uno de ellos, indicando las limitaciones de este producto.
- En diciembre del 2008 concluyó la remodelación de los baños del Servicio de Ortopedia, que cuentan

con barandales para sujetarse, piso antiderrapante, así como, adecuaciones específicas para el manejo del paciente con inmovilización ortopédica, estas mejoras se harán de manera gradual en otros servicios.

- En cuanto a la identificación correcta de los pacientes, recientemente se ha formulado la propuesta para un nuevo formato para la identificación en la cabecera del paciente, que contiene todos los datos que requiere la cédula y se propone que incluya la señalización de riesgo de caída en el mismo formato, éste aún no ha sido aprobado por la Dirección Administrativa.
- Existe desconocimiento de ¿cómo puede emitir una queja el paciente?, ya que el Subcomité de Quejas es de reciente conformación y actualmente se encuentra en la tarea de actualizar el Reglamento Hospitalario y el Procedimiento para el Seguimiento de las Quejas.
- Por todo lo anterior es necesario el periodo de implementación de mejoras en los servicios y la consiguiente evaluación de estos avances.
- Una de las principales dificultades que tenemos es el hecho de implantar una mejora en un servicio y que ésta se mantenga en todos los turnos y en todos los días de manera homogénea.
- Otra de las limitantes es la estructural y de garantía de abasto de insumos para el lavado de manos.
- Sabemos que todos los procesos son dinámicos y todos son perfectibles, falta mucho por trabajar pero el camino está trazado rumbo a una meta: proporcionar una atención libre de riesgos a los pacientes que acuden a nuestra Institución.

Bibliografía

1. Ruiz de Chávez M, Martínez-Narváez G, Calvo-Rios JM, Aguirre-Gas H y cols. Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud. *Salud Pub Mex.* 1990; 32: 156-169.
2. Secretaría de Salud. Plan Nacional de Salud 2001-2006. Cruzada por la calidad de la Atención. México 2001.
3. Consejo de Salubridad General. Comisión Nacional para la Certificación de Establecimientos de Atención a la Salud. Certificación de Establecimientos de Atención a la Salud. México 1999.
4. Aguirre-Gas H, Lifshitz-Guinsberg A, López-Bárcena J, Haua Kuri J, Vergara-Sedeño L, Díaz-López A. La Contaminación Bacteriana del Paciente Hospitalizado. *Bol Med IMSS* 1979; 21:65.
5. Aguirre-Gas H, Cabrera-Hidalgo J. Elección del antimicrobiano en el tratamiento de las infecciones hospitalarias. *Rev Med Int* 1979; 16:1.
6. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de

- Prestaciones Médicas. Instructivo de Organización y Procedimientos del Comité de Detección, Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias. México: IMSS; 1984.
7. Heatley M. El autocuidado de la salud por el paciente. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Simposio Internacional CONAMED. México: Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 3-5 de diciembre de 2007.
 8. Infante Castañeda C. Quejas Médicas. México: Editores de Textos Mexicanos; 2006.
 9. Aguirre-Gas H, Campos-Castolo M, Carrillo-Jaimes A. Análisis crítico de las quejas presentadas en la comisión nacional de arbitraje médico 1996-2007. Rev. CONAMED. 2008; 13 (2): 5-16.
 10. Fajardo-Dolci G, Hernández-Torres F, Santacruz J, Hernández-Ávila M, Kuri-Morales P, Gómez-Bernal E. Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007. Salud Pub Mex. 2009; 51 (2): 119-125.
 11. Fajardo-Dolci G, Santacruz-Varela J, Hernández-Torres F, Aguilar-Romero MT, Bautista-Estrada JV. Costos directos del reembolso o indemnización por prestaciones de servicios en quejas Médicas. Rev. CONAMED. 2009; 14 (3): 35-43.
 12. Instituto Mexicano del Seguro Social. Registro de Eventos Adversos en el Instituto Mexicano del Seguro Social. México: Unidad de Atención Médica, Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS; 2006.

ANEXO 1. Medidas para el auto-cuidado de la Seguridad del Paciente, que son responsabilidad del paciente y su familia.

1^a	El paciente debe conocer a su médico, identificarlo por su nombre, presentarse con él, plantearle sus dudas y atender a sus respuestas y a sus indicaciones.
2^a	El paciente y sus familiares deben conocer el reglamento del hospital y respetarlo.
3^a	El paciente debe informarse con su médico, sobre los medicamentos que está recibiendo y los cuidados que debe tener, posibles molestias o signos de alarma, para cumplirlos y poder avisar en caso de reacciones adversas.
4^a	Si alguno de los puntos previos para la seguridad del paciente no hubiera sido atendido, el paciente o sus familiares deben solicitar a su médico que se les aclaren sus dudas y en su defecto presentar su inconformidad, en el sitio y con la persona que el hospital haya determinado para ello y tienen derecho a ser atendidos.
5^a	El paciente es responsable de participar con el médico y el personal en sus cuidados y en la recuperación de sus necesidades de salud, mediante el cumplimiento de las instrucciones que se le den.
6^a	El paciente y sus familiares deben tener en cuenta que el médico y el personal de salud, son profesionales dedicados a satisfacer sus necesidades de salud y por ello deben tratarlos con la debida consideración.

ANEXO 2. Medidas para el cuidado de la seguridad del paciente que son responsabilidad personal de salud.

1ª	El personal que presta la atención a la salud debe lavarse las manos antes y después de atender al paciente y usar material nuevo, desechable o esterilizado.
2ª	Antes de trasladar a un paciente en cama o camilla, el personal debe cerciorarse que se cuente con barandales, piesera, cabecera y correas sujetadoras.
3ª	Cada paciente debe contar con una pulsera y una tarjeta de identificación en la cabecera de su cama, que indiquen su nombre, el de su médico, su grupo sanguíneo y rh, alergias y antecedentes de reacciones graves por medicamentos.
4ª	Antes de realizarse cualquier procedimiento, el personal de salud debe confirmar la identidad del paciente: preguntándole, con su pulsera de identificación, la tarjeta de la cabecera de su cama y el expediente clínico.
5ª	Cada paciente debe contar con un expediente clínico personal, elaborado conforme a la norma oficial mexicana 0168 del expediente clínico.
6ª	El personal de salud debe informar al paciente y familiares, acerca de su padecimiento y de los procedimientos que se le realizarán, y éste podrá hacer las preguntas que desee y tendrá derecho a que se le contesten y a aceptar o no, con su firma o negarse a ello.

ANEXO 3. Medidas para el cuidado de la Seguridad del Paciente que son responsabilidad del los Directivos del Hospital.

1ª	La dirección del hospital debe proveer los insumos y otorgar las facilidades necesarias para el lavado de manos del personal, antes y después de atender a los pacientes y verificar que se cumpla esta disposición.
2ª	La dirección del hospital debe proveer y dar el mantenimiento requerido al equipo, que garantice la seguridad de los pacientes, incluyendo el necesario para los traslados, como: barandales, pieseras, cabeceras y sujetadores y verificar que se utilicen.
3ª	La dirección del hospital debe proveer los insumos necesarios para la elaboración de pulseras y tarjetas de identificación en la cabecera de los pacientes y verificar que se utilicen.
4ª	La dirección del hospital debe asegurarse que cada paciente cuente con un expediente clínico propio y que éste se utilice, conforme a la norma oficial mexicana 0168 del expediente clínico.
5ª	La dirección del hospital tiene la responsabilidad de que exista en el ámbito de su competencia, una instancia a disposición de pacientes y sus familiares, para aclarar sus dudas o presentar sus inconformidades.
6ª	La dirección del hospital tiene la responsabilidad de proveer las facilidades necesarias, para que el paciente y sus familiares puedan conocer el reglamento de operación del hospital y estén en condiciones de cumplirlo.