

Percepción del personal de enfermería sobre la agrupación de metas internacionales para la seguridad del paciente

Juan Gabriel Rivas-Espinosa,¹ Carolina Torres-Mora,² Rocío de los Ángeles Pardo-Mendoza,¹ Leticia Ramírez-Espinosa,¹ Edgar Correa-Argueta³

¹Licenciatura en Enfermería, Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Xochimilco; ²Servicio de Urgencias, Hospital General Balbuena; ³Licenciatura en Enfermería, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México. Distrito Federal, México.

Palabras clave:

Seguridad del paciente
Salud mundial
Indicadores de calidad
Atención de salud

Resumen

Introducción: a la fecha, los estándares de cuidado que se relacionan con las metas internacionales de seguridad del paciente (MISP) se han auditado de forma independiente, lo cual alarga el tiempo que se emplea para su verificación. Por lo tanto, es necesario contar con un instrumento que facilite su implementación y medición. Para esto, es importante considerar la percepción del personal de enfermería como un primer momento —que dé origen a la creación de un indicador de calidad— para conocer si es factible agrupar las MISP.

Objetivo: identificar la percepción del personal de enfermería en torno a la agrupación de las MISP como indicador de calidad.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo transversal en 100 enfermeras de un hospital general del Distrito Federal, México, con una muestra por conglomerados distribuidos homogéneamente en servicios clínicos. Se aplicó un instrumento que agrupa las MISP. La prueba piloto mostró una confiabilidad de 0.88 de alfa de Cronbach.

Resultados: la calificación obtenida del instrumento sobre la percepción de la agrupación de las MISP es 96 % buena, 3 % regular y 1 % mala. No hay asociación con la edad del personal de enfermería y la agrupación; tampoco existe correlación entre la percepción y las variables de antigüedad del personal, el nivel de estudios y la categoría.

Conclusiones: la percepción del personal de enfermería sobre la agrupación de las MISP es buena (96 %). El 100 % de los participantes consideran que un indicador basado en la agrupación de las MISP sería útil. No influyeron variables intervinientes sobre la percepción.

Keywords:

Patient safety
World health
Quality indicators
Health care

Abstract

Introduction: To date, the standards of care related to the international patient safety goals (MISP, according to their initials in Spanish) have been independently audited, which lengthens the time needed for their verification. Therefore, is needed a tool to facilitate their implementation and measurement. To evaluate if a quality indicator for grouping the MISP is feasible, the perception of nursing must be considered from the outset.

Objective: To measure the perception of nurses regarding grouping of the MISP as a quality indicator.

Method: Descriptive, cross-sectional study of 100 nurses in a general hospital in Mexico City, Mexico. Cluster samples were evenly distributed by clinical service. An instrument that grouped the MISP was used. The pilot test showed a Cronbach's alpha reliability of 0.88.

Results: Perception of the MISP grouping was rated 96 % good, 3 % regular, 1 % poor. No association was found regarding age clinical service cluster, and there was no correlation between perception and staff seniority variables, educational level or category.

Conclusions: Nurses perception of the MISP grouping is good (96 %); 100 % of the participants thought that an indicator based on the MISP grouping would be helpful. No intervening variables influenced perception.

Correspondencia:

Juan Gabriel Rivas-Espinosa

Correo electrónico:

gabrielrivas50@yahoo.com.mx

Fecha de recibido:

28/02/2013

Fecha de aceptado:

10/09/2013

Introducción

La seguridad del paciente es uno de los objetivos principales en las instituciones de salud y está relacionada directamente con la calidad de la atención proporcionada, la cual se refleja en la incidencia de eventos adversos ocurridos en cualquier unidad médica.¹ Los eventos adversos representan daños que en ocasiones son irreversibles, lo cual se traduce en un aumento de costos en el sector salud. Se estima que esos eventos afectan a un 10 % de los pacientes admitidos en los hospitales —y pueden incluso llevarlos a la muerte—; sin embargo, ese porcentaje se basa en cifras y reportes de países desarrollados, por lo que se puede proyectar otro pronóstico para los países en vías de desarrollo.²

En mayo del 2007, y a fin de favorecer y mantener la seguridad del paciente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer acciones a nivel mundial, en las que tenía como prioridad la cobertura total en materia de seguridad. Para esto, difundió las “Nueve soluciones para la seguridad del paciente”, elaboradas por el Centro Colaborador, llamado Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Posteriormente, se designó a la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* y a la *Joint Commission International* para desempeñar en conjunto la identificación y la adaptación de estas soluciones a las diferentes necesidades de los estados miembros de la OMS, por lo que propusieron “Seis Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente”, que en México fueron incorporados al proceso de certificación del Consejo de Salubridad General con el nombre de “metas internacionales de seguridad del paciente” (MISP).³

Las MISP son estrategias específicas para mejorar la seguridad de la persona que recibe atención dentro de las unidades hospitalarias. Se identifican mediante políticas sustentadas en el registro del mayor número de eventos adversos en la atención médica. Estas metas internacionales están conformadas por seis acciones específicas: 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 y 6) reducir el riesgo de daño al paciente por causas de caídas.⁴

Cada una de las metas es implementada por medio de estándares que el personal de enfermería debe cumplir dentro de los hospitales como parte de su hacer práctico

cotidiano. Estos estándares son medidos por los indicadores establecidos por la Comisión Permanente de Enfermería mediante lineamientos y acciones para la identificación correcta de pacientes hospitalizados, prevención de caídas, vigilancia y control de venoclisis instalada, prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada, lineamientos para la higiene de manos y cumplimiento de criterios básicos para la ministración de medicamentos vía oral.⁵ Estos indicadores han sido integrados con la finalidad de evaluar los resultados de la atención mediante la auditoría. Sin embargo, han tenido que ser modificados para que cubran todos los puntos de las MISP, ya que no son específicos para medir la presencia o ausencia del atributo de cada meta.

Existen múltiples estudios realizados en torno a las MISP, específicamente con respecto a la meta 1. En uno de ellos se consideró que a pesar del nivel óptimo de identificación de los pacientes es necesario potenciar su protocolización, así como realizar un seguimiento de su cumplimiento.⁶ En cuanto a la meta 2, en un estudio realizado en España se concluyó que el estado de la comunicación interna en los diferentes servicios sanitarios es insuficiente e ineficaz, por lo que un seguimiento de refuerzo en la comunicación podría reducir los eventos adversos.⁷ Para la meta 3 se destaca que el 40 % de los eventos adversos se relaciona con la administración de medicamentos, especialmente en el servicio de urgencias, por lo que es necesario fomentar la cultura de la seguridad del paciente y facilitar las herramientas y los recursos necesarios para identificar esos eventos.⁸

A fin de reducir errores en los procedimientos quirúrgicos relacionados con la meta 4, se concluye que el uso de la lista de seguridad quirúrgica en periodos de pre y posintervención ayudó en la reducción de las complicaciones posquirúrgicas, así como en la prevención de las muertes hospitalarias en un 36 %.⁹

En cuanto a la meta internacional 5, en otras investigaciones se señala que existe un cumplimiento insuficiente de las medidas de seguridad biológica, así como de las precauciones universales, de lo cual se infiere el aumento de infecciones nosocomiales.¹⁰ En lo que respecta a la meta 6, relacionada con la identificación y la evaluación del riesgo de caídas en los pacientes hospitalizados, se realizó un estudio en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, de la Ciudad de México, con el fin de conocer los factores de riesgo en los pacientes hospitalizados y establecer un estándar de desempeño en la prevención de caídas. Gracias a este estudio se logró

elegir el índice de eficiencia en un 36.6 %, lo cual se reflejó en una mejora en la prevención de caídas, así como en la aceptación y concientización por parte del personal de enfermería en la prevención de estos eventos adversos.¹¹ En los estudios anteriores solo se han analizado de manera individual las MISP y no existen investigaciones que aborden la medición de su cumplimiento en forma global. Si estas se integraran, podríamos contar con un instrumento que permitiría medir las seis metas internacionales, lo cual mejoraría y optimizaría la evaluación de la calidad, así como la seguridad del paciente, que representa un reto a nivel internacional que todos los países de la Alianza Mundial para la Seguridad pretenden combatir con la incorporación de las seis MISP.

La disciplina de enfermería en su hacer práctico vive cambios importantes en cuanto a su estructura normativa, pues incorpora requerimientos a través de guías, planes de cuidado, recomendaciones y criterios derivados de las normas internacionales y las normas oficiales mexicanas. Todos estos requerimientos influyen directamente en la profesión y en su práctica cotidiana. Esto aumenta la complejidad para estar a la vanguardia en los conocimientos globales.¹² La seguridad del paciente es una de las dimensiones clave y se ha convertido en un objetivo prioritario para la gestión de la calidad en los sistemas de salud de un número creciente de países. Por lo tanto, se han desarrollado una serie de enfoques para ayudar a la comprensión, la medición y el control de los problemas de seguridad. Uno de estos enfoques es el desarrollo de sistemas de indicadores para su monitorización.¹³

Retomando a Lauces *et al.*, que, de acuerdo con la OMS, definen una atención de calidad como “La que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, que destina los recursos humanos y materiales a estas necesidades de forma oportuna y efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”, podemos concluir entonces que la evaluación de la calidad requiere herramientas que contemplen sus aspectos más importantes y permitan su monitorización. Y los indicadores son un instrumento de evaluación que ha demostrado ser útil para esta finalidad.¹⁴

Un indicador es una medida cuantitativa que se utiliza como guía para controlar y valorar la calidad de aspectos importantes de la práctica asistencial. Los indicadores tienen la ventaja de medir aspectos concretos y específicos de la asistencia. Son datos válidos, fiables y objetivos que

muestran resultados cuantitativos, dan la posibilidad de comparar al disponer de estándares de cumplimiento que determinan si los resultados obtenidos son correctos o no, y permiten realizar acciones de mejora.¹⁵ Uno de los criterios relacionados con la utilidad y la comprensión de los indicadores es la aplicabilidad que hace referencia a un atributo, en la que estos deben responder a una necesidad real, como la seguridad en la atención médica, lo cual hace necesaria su generación y utilización. Y como tales, los indicadores deben cumplir con requisitos mínimos para su entendimiento e interpretación por parte de los usuarios.¹⁶

Con base en lo anterior, si hablamos de utilidad, comprensión, entendimiento e interpretación de los instrumentos que permiten una evaluación, tenemos que analizar desde el plano de la subjetividad, ya que las relaciones existentes entre los elementos que se señalaron pudieran influir en la percepción sobre su uso. La percepción incluye procesos cognitivos para reconocer, interpretar y dar significados;¹⁷ sin embargo, autores como Merleau-Ponty sugieren que la percepción debe ser atendida desde la óptica del relativismo, ya que la permearán aspectos histórico-sociales dentro de un margen temporal y espacial.¹⁸ Debido a esto, es importante considerar la percepción que se tiene sobre el fenómeno que se pretende homologar a través de cualquier instrumento de estandarización, ya sea para medir y evaluar el proceso o el resultado, lo cual permitirá conocer alcances y limitantes que pudieran influir en la instauración de un estándar o indicador.

La medición del cumplimiento de los estándares de cuidado que se relacionan con las MISP se audita en forma independiente, por lo que es necesario contar con un solo instrumento que facilite su implementación y medición, tomando la percepción en un primer momento para conocer si el personal de enfermería considera factible agrupar las MISP, para que posteriormente se aplique a través de un solo indicador. Por tal motivo, el estudio tuvo como objetivo identificar la percepción del personal de enfermería, en servicios de hospitalización, en torno a la agrupación de las metas internacionales de seguridad del paciente como indicador de calidad, en una unidad médica de segundo nivel de la Ciudad de México.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal. Se tomó como variable dependiente la percepción del personal de enfermería y como independiente la agrupación de las

MISP. Se diseñó un instrumento de calidad basado en las MISP utilizadas por la Secretaría de Salud; se tomaron los criterios de cada una de estas para crear 33 ítems en escala tipo Likert, la cual comprende los siguientes valores: 5, siempre; 4, casi siempre; 3, a veces; 2, casi nunca y 1, nunca. En esta etapa, el instrumento se sometió a validación por consenso de expertos. En esta participó la Coordinación de Modelos de Cuidado y Gestión del Cuidado, del Hospital General de México, la cual aplicó la prueba piloto y obtuvo una confiabilidad de 0.88 en alfa de Crombach. Se aumentaron 4 ítems para dar un total de 37, distribuidos en las metas. En la meta 1, Identificar correctamente al paciente, el número de ítems creados fue de 5. En la meta 2, Mejorar la comunicación efectiva, los ítems fueron 3. En la meta 3, Mejorar la seguridad de medicamentos de alto riesgo, el número de ítems fue de 3. En la meta 4, Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto, fueron 9 ítems. En la meta 5, Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud, el número de ítems creados fue de 12. Finalmente, en la meta 6, Prevenir el riesgo de caídas, los ítems asignados fueron 4 y el último era una pregunta de consistencia que permitía medir la percepción de la agrupación de las MISP en forma global.

Posteriormente, se realizó la aplicación del instrumento en un hospital general regional del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en servicios de hospitalización. Para el tamaño de la muestra, se utilizó la fórmula para el cálculo de poblaciones finitas y se obtuvo un total de 100 enfermeras que laboraban en los servicios de medicina interna, cirugía general, urgencias y terapia intensiva, de los turnos, matutino, vespertino y nocturno (veladas A y B). Se tomaron como variables intervinientes la edad, el turno, la escolaridad y la categoría laboral del personal de enfermería. Para la calificación de la aplicabilidad del instrumento se conformaron tres intervalos: de 36 a 84 puntos como mala, de 85 a 132 como regular y de 133 a 180 puntos como buena. Cada ítem se planteó en forma de pregunta, lo cual permitió conocer la percepción por cada uno y en forma general. El último ítem fue utilizado como elemento confirmatorio; con él, se le preguntaba al personal de enfermería si creía que un indicador de calidad basado en las metas internacionales para la seguridad del paciente sería útil. El análisis estadístico se llevó a cabo por medio de estadística descriptiva: la prueba de ANOVA para conocer si existía diferencia entre las variables *servicios y turno laboral* con la calificación del instrumento; *r* de Pearson para las variables *antigüedad del per-*

sonal, categoría de la enfermera y nivel de estudios del personal para comprobar si existía correlación de estas con la aplicabilidad de las MISP; y finalmente *chi cuadrada*, para conocer si existía una asociación entre la edad y la percepción. Es importante señalar que como se trataba de una propuesta para crear un indicador de calidad, era necesario contar con evidencia que le brindara sustento. Por lo tanto, en el presente estudio se midió la percepción del personal de enfermería a través de cada ítem para que en una siguiente etapa se consolidara el indicador de calidad.

Al tratarse de un estudio descriptivo, no representó ningún riesgo físico o de otro tipo para los participantes, por lo que el consentimiento obtenido fue verbal.

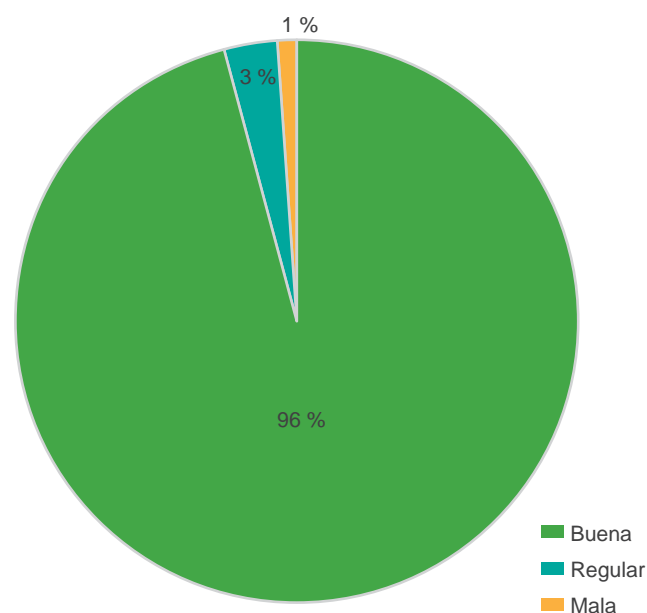
Resultados

El rango de edad con mayor frecuencia fue entre los 24 y los 35 años, lo cual representó el 65 %. La distribución del personal por servicios fue: en urgencias 25 %, medicina interna quinto piso 24 %, medicina interna sexto piso 20 %, terapia intensiva 16 % y, finalmente, en cirugía general el 15 %. La aplicación del instrumento se distribuyó de forma homogénea: para el turno matutino 36 %, el vespertino 33 %, y el turno nocturno 31 %. En cuanto al nivel de estudios del personal de enfermería, un 53 % poseía nivel técnico, licenciatura 32 %, el 13 % nivel postécnico y 2 % fue especialista con posgrado. De acuerdo con la categoría laboral, el 65 % del personal estaba constituido por enfermeras generales; el 21 % por auxiliares de enfermería; y el 14 % por especialistas. En relación con la antigüedad laboral, el mayor porcentaje lo obtuvo el personal de 1 a 5 años, con 39 %.

La percepción de las MISP por parte del personal de enfermería fue calificada por 96 % como buena, 3 % regular y 1 % mala (figura 1).

Las calificaciones para cada meta fueron las siguientes: la MISP 1, Identificación correcta del paciente, fue calificada por un 83 % como buena; la meta 2, Mejorar la comunicación efectiva, obtuvo un 40 % de calificación buena; en la MISP 3, Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, se reportó un 77 % con buena percepción de aplicabilidad; la MISP 4, Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto, se calificó por un 80 % como buena; en la meta 5, Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica, se obtuvo un 86 % de calificación buena; la MISP 6, Reducir el riesgo de daño al paciente por causas de caídas, dio como resultado 84 % como buena percep-

Figura 1. Percepción del personal de enfermería sobre la agrupación de las metas internacionales para la seguridad del paciente



Fuente: Instrumento Percepción de agrupación de metas internacionales para la seguridad del paciente

ción de aplicabilidad. El 100 % del personal participante contestó que un indicador de calidad basado en las MISP sería útil para el personal de enfermería.

Con respecto a la diferencia entre los servicios y la calificación del instrumento, se realizó la prueba de ANOVA, que reporta: $F = 0.62$; $gl = 95$; $p = 0.64$; y para el turno en el que laboran: $F = 0.56$; $gl = 97$; $p = 0.57$. Para ambas no existió diferencia estadísticamente significativa. Al asociar, mediante la prueba chi cuadrada, la edad del personal de enfermería con la calificación del indicador se obtuvo $p = 0.87$. En cuanto a la correlación con la prueba r de Pearson, la calificación del indicador con las variables fue: antigüedad del personal $r = 0.06$, $p = 0.53$; categoría de la enfermera $r = 0.18$, $p = 0.06$; y nivel de estudios del personal $r = 0.17$, $p = 0.08$. Se interpretó que no existe asociación, correlación ni significancia entre ninguna de estas variables con la percepción de la aplicabilidad del instrumento.

Discusión

Como se ha mencionado, en la atención hospitalaria muchos de los indicadores de calidad para servicios de hospitalización varían, como lo menciona Verdugo Batiz, para

quien los resultados se asemejan a la percepción por parte del personal de enfermería, que se calificó como buena, y cumplió con el 82.5 % de los indicadores establecidos.¹⁹ Para la meta 1, Identificación correcta del paciente, se demostró que es posible la identificación, verificación, corroboración y comprobación de los datos en los servicios de hospitalización, lo cual reporta de igual forma la investigación de Comeche *et al.*²⁰ Para la MISP 2, Mejorar la comunicación efectiva, se señaló una aplicabilidad en la anotación y la validación de las indicaciones médicas, la cual es confirmada por Balserio *et al.*,²¹ sin embargo, fue la meta con menor calificación acorde a la percepción de enfermería en los servicios de salud. Actualmente, no se tiene normado el registro ni la documentación de las indicaciones por vía telefónica. Por otra parte, la comunicación no únicamente se debería limitar a indicaciones médicas, ya que en la atención hospitalaria participan diversos personajes con quienes se debe manejar la comunicación efectiva. Para la MISP 3, Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, se estableció que la percepción de la agrupación de la MISP en la identificación, clasificación y almacenamiento de los medicamentos en los servicios es de un 77 %, a diferencia de los resultados obtenidos por Casado *et al.*, los cuales muestran que un 40 % de los eventos adversos estaban relacionados con una mala identificación de los medicamentos.⁸

Para la meta 4, Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto, se reveló una factibilidad en la verificación, la corroboración y la revisión correcta del paciente en el procedimiento quirúrgico que se va a realizar. Se observó que cada institución cuenta con una serie de normativas para realizar dicha acción. Esto está puesto de manifiesto en el estudio de Haynes *et al.*, el cual concluye que el uso de una lista de seguridad quirúrgica disminuye los eventos adversos.²² Para la MISP 5, Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica, se expuso la utilidad de las medidas de prevención de las infecciones en un 86 %, lograda por los indicadores de gestión existentes en la institución en la que se llevó a cabo este estudio. Estos datos son distintos de los que se muestran en la investigación de Ramírez *et al.*,¹⁰ en la que se demostró la falta de conocimientos sobre las precauciones universales, que lleva a un incumplimiento de estas y que no se vio reflejada en los resultados de esta investigación.

Para la MISP 6, Reducir el riesgo de daño al paciente por causas de caídas, se demostró la viabilidad en la

utilización y la aplicación de escalas de valoración para prevenir las caídas de manera satisfactoria, por lo que se llevan a cabo medidas pertinentes en cada servicio para reducir el riesgo de caídas. De acuerdo con esto, Tapia *et al.*¹¹ enfatizan que el cuidado enfermero se basa en las acciones que reducen los factores de riesgo.

Conclusiones

Con base en la percepción que tuvo el personal de enfermería en torno a las MISP, se concluye que es posible agruparlas para crear un indicador aplicable en servicios de hospitalización, ya que permitirá obtener información para atender situaciones de oportunidad y mejora en la atención. La percepción del personal de enfermería en torno a la agrupación de las MISP es calificada como buena, lo cual se refleja en 96 %. Asimismo, el 100 % consideró que sería útil un indicador basado en las MISP, por lo que al agruparlas daría como resultado una pro-

puesta para generar un indicador de calidad para enfermería. Con base en los resultados se demostró que no influye la edad, el servicio, el turno, la antigüedad ni el nivel de estudios en la percepción del personal de enfermería para agrupar las MISP, por lo que se rechazan las hipótesis de investigación y se aceptan las nulas.

Esta investigación solo se limita a identificar la percepción sobre la agrupación de las MISP por parte del personal de enfermería, por lo que se sugiere que de los ítems del instrumento utilizado se diseñe otro en escala dicotómica para construir un indicador de calidad de enfermería que se aplique en unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención, a fin de evaluar su cumplimiento, aplicabilidad y tiempo de verificación (anexo 1).

Para la consecución de este estudio, se agradecen las facilidades prestadas por el IMSS, a través del Hospital General Regional No. 1, "Carlos Mc Gregor Sánchez Navarro" y se agradece, asimismo, al Hospital General de México de la Secretaría de Salud.

Referencias

1. Mendes W, Travassos C, Martins M, Carvalho de Noronha J. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(4):393-406.
2. Daud Gallotti RM. Eventos adversos: o que são? *Rev Assoc Med Bras.* 2004;50(2):114 [En línea] <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20754.pdf> [Consultado 18/04/2012].
3. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. Comunicados de prensa. La OMS lanza "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños. 2 de mayo de 2007. [En línea] <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/> [Consultado 10/07/2012].
4. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas. Unidad de Atención Médica. Guía para la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente de la Cédula de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. [En línea] http://edumed.imss.gob.mx/pediatria/residentes/guia_metas_internacionales.pdf [Consultado 18/04/2012].
5. Secretaría de Salud (México). Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Tres indicadores de aplicación hospitalaria. [En línea] <http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/indenf.pdf> [Consultado 02/08/2012].
6. Martínez-Ochoa EM, Cestafe-Martínez A, Martínez-Sáenz MS, Belío-Blasco C, Caro-Berguilla Y, Rivera-Sanz F. Evaluación de la implantación de un sistema de identificación inequívoca de pacientes en un hospital de agudos. *Med Clin (Barc).* 2010;135(Supl. 1):61-6. [En línea] http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13155676&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=2&ty=133&accion=L&origen=zonadelectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=2v135nSupl.1a13155676pdf001.pdf [Consultado 24/04/2012].
7. March-Cerdá JC, Prieto MA, Pérez O, Minué S, Danet A. La comunicación interna en Centros de Atención Primaria en España. *Rev Comun Salud.* 2011;1(1):18-30. [En línea] <http://www.revistadecomunicaciónysalud.org/index.php/rcys/article/view/15/6> [Consultado 23/09/2012].
8. Casado Muñoz M, Lobo Rodríguez MT, Undabeytia López ML, Pineda Soriano AM. "Errar es humano... pero más humano parece ocultarlo". *Ciber Rev. Segunda época N° 6. Especial XXI Congreso Nacional SEEUE.* 2009. [En línea] <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/abril/pagina7.html> [Consultado 15/05/2012].
9. Martínez-Rodríguez OA, Gutiérrez-Dorantes S, Liévano-Torres SA. Propuesta para implantar una Lista de Verificación de Seguridad en procedimientos invasivos y quirófanos. *Rev CONAMED.* 2011;16(2):53-58.
10. Ramírez-León M, Govín-Scull JÁ, Scull-Scull G, Iglesias-Camejo M. Bioseguridad y precauciones universales en un policlínico comunitario. *Rev Cienc Med La Habana.* 2009;15(3). [En línea] http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol15_3_09/hab04309.html [Consultado 27/04/2012].
11. Tapia Villanueva M, Salazar Ceferino MC, Tapia Colex L, Olivares Ramírez C. Prevención de caídas. Indicador de calidad del cuidado enfermero. *Rev Mex Enferm Cardiol.* 2003;11 (2): 51-57 [En línea] <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=45&IDARTICULO=10864&IDPUBLICACION=198> [Consultado 28/06/2012].

12. Bernal-Ruiz DC, Garzón-Zea N. (2008) Eventos adversos durante la atención de enfermería en unidades de cuidados intensivos. (Trabajo de grado para optar al Título de Especialista en Cuidado Crítico-Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería. Especialización en cuidado crítico) [En línea] <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis44.pdf> [Consultado 07/06/2012].
13. Ministerio de Sanidad y Consumo (España). Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud Elaboración de indicadores. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. [En línea] <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf> [Consultado 07/06/2012].
14. Luaces C (ed.). Indicadores pediátricos para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria. Madrid: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría: GlaxoSmithKline, 2010. [En línea] http://www.seup.org/pdf_public/gt/mejora_indicadores.pdf [Consultado 20/08/2012].
15. Ortells-Abuye N, Paguina-Marcos M. Indicadores de calidad y seguridad del paciente en la enfermería de urgencias: un valor seguro. *Enferm Global*. 2012(26):184-190. [En línea] <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/administracion3.pdf> [Consultado 08/06/2012].
16. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Dirección de Regulación, Planeación, Estandarización y Normalización (DIRPEN). Guía para diseño, construcción e interpretación de Indicadores. (Herramientas estadísticas para una gestión territorial más efectiva. N° 2) [En línea] http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/13971/mod_resource/content/1/Guia_construccion_interpretacion_indicadores.pdf [Consultado 08/06/2012].
17. Vargas-Melgarejo LM. Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*. 1994;4(8):47-53. [En línea] <http://tesiuami.uam.mx/revistasuam/alteridades/include/getdoc.php?rev=alteridades&id=75&article=76&mode=pdf> [Consultado 27/09/2012].
18. Merleau-Ponty M. Fenomenología de la percepción. (Serie Universitaria. Historia. Ciencia. Sociedad; 121). Barcelona: Península, 1975.
19. Verdugo Batiz A, Esparza Betancourt RI, Arizona Amador MB, Ponce y Ponce de León G, Molina Conteras O. Calidad de la atención de enfermería en el Servicio de Aplicación de Quimioterapia. [En línea] <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3982/1/Calidad-de-la-atencion-de-enfermeria-en-el-Servicio-de-Aplicacion-de-Quimioterapia.html> [Consultado el 10/06/2012.]
20. Pablo-Comeche D, Buitrago-Vera C, Meneu R. Identificación inequívoca de pacientes. Evaluación del lanzamiento y su implantación en los hospitales de la Agencia Valenciana de Salud. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(Supl. 1):54-60.
21. Balseiro-Almarío L, Alarcón-Luna NS, Mitre-Hernández B, Sánchez-Flores M, Zaragoza-Enríquez M. Las barreras de comunicación que tiene el personal de enfermería del Hospital General Tacuba del ISSSTE, en México, D.F. *Enferm Univ*. 2007;4(2):39-43 [En línea] <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/30288> [Consultado 28/04/2012].
22. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*;360(5):491-9. [En línea] http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/Surgical_Safety_Checklist.pdf [Consultado 14/04/2012].

Anexo 1. Instrumento Percepción sobre la agrupación de metas internacionales para la seguridad del paciente

Ítems	Siempre 5	Casi siempre 4	Algunas veces 3	Casi nunca 2	Nunca 1
Corroborar verbalmente los datos de identificación del paciente	MISP 1 Identificación correcta de los pacientes				
Verificar que los datos de identificación del brazalete sean correctos					
Identificar al paciente por su nombre					
Al inicio del turno comprobar que los datos de la ficha de identificación sean los mismos que los del expediente clínico					
Identificar al paciente de forma correcta al inicio del turno					
Al recibir una indicación verbal, se puede validar repitiéndosela a quien la indicó	MISP 2 Mejorar la comunicación efectiva				
Anotar una indicación telefónica en el expediente clínico y corroborarla					
Al recibir una indicación verbal y/o telefónica, realizar su anotación y corroboración correcta					
Clasificar e identificar correctamente los medicamentos de alto riesgo	MISP 3 Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo				
Almacenar de manera correcta los medicamentos de alto riesgo para evitar confusión					
Identificar, clasificar, almacenar y generar acciones específicas para evitar la confusión de medicamentos de alto riesgo					
Identificar al paciente con respecto al procedimiento quirúrgico que se le realizará	MISP 4 Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto				
Corroborar la documentación requerida para el procedimiento quirúrgico, incluyendo el consentimiento informado					
Verificar las indicaciones previas al procedimiento quirúrgico					
Revisar el marcaje quirúrgico (delimitación del sitio quirúrgico)					
Corroborar en el expediente el procedimiento quirúrgico que se le realizó al paciente					
Identificar complicaciones posquirúrgicas, como problemas de sangrado					
Revisar la integridad del sitio quirúrgico					
Mantener en observación continua al paciente					
Considerar de utilidad verificar el marcaje quirúrgico, el procedimiento correcto y el paciente correcto, antes de una intervención quirúrgica	MISP 5 Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica				
Llevar a cabo el lavado de manos antes de tener contacto con el paciente					
Realizar el lavado de manos antes de manipular un dispositivo invasivo					
Llevar a cabo el lavado de manos después de tener contacto con fluidos o secreciones corporales					
Realizar el lavado de manos después de tener contacto con el paciente					
Llevar a cabo el lavado de manos después de tener contacto con objetos localizados en la habitación del paciente					
Implementar el uso adecuado de cubre bocas					
Utilizar guantes durante la manipulación del paciente					
Llevar a cabo el aislamiento de los pacientes					
Realizar la identificación del aislamiento por medio de colores					
Aplicar medidas adecuadas para cada tipo de aislamiento	MISP 6 Reducir el riesgo de daño al paciente por causas de caídas				
Clasificar y manejar de manera correcta el material utilizado según la norma oficial mexicana de RPBI					
Considerar de utilidad la aplicación de las medidas universales para la prevención de infecciones nosocomiales					
Aplicar la escala de valoración de riesgo de caídas	MISP 6 Reducir el riesgo de daño al paciente por causas de caídas				
Durante su turno, utilizar las semaforizaciones de riesgo de caída					
Para disminuir el riesgo de caídas en el paciente, es posible utilizar las medidas preventivas necesarias					
Al iniciar su turno, valorar el riesgo potencial de caídas en el paciente	Pregunta general de consistencia				
¿Usted cree que un indicador de calidad que agrupe las seis metas internacionales para la seguridad del paciente sea útil para evaluarlas?					