

Evaluación de la existencia y aplicación de buenas prácticas en Seguridad del Paciente en dos hospitales en México

Assessment of applicability and usefulness of Patient Safety Best Practices in two Mexican Hospitals

Dr. Arturo Martínez-Zúñiga¹

Resumen

La evidencia científica sugiere que la seguridad en los hospitales debe ser mejorada, con ciertos requisitos y estándares, que permitan identificar las estrategias incorporadas en las instituciones que promuevan la seguridad del paciente. Actualmente es necesario que los hospitales en México lleven a cabo la aplicación de buenas prácticas de seguridad del paciente recomendadas internacionalmente, y definir métodos de medición, con indicadores específicos que permitan identificar y medir el uso e implementación de dichas buenas prácticas.

Mediante la aplicación de una metodología de evaluación conformada por 68 indicadores agrupados en 5 categorías, los cuales son sugeridos por el estudio de "Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre Seguridad del Paciente en España" se realizó en 2 hospitales de México, analizándose el porcentaje de cumplimiento en cada hospital.

El Hospital A, tuvo un cumplimiento de 32.25%, el hospital B obtuvo un 42.5% en cuanto al cumplimiento total de los 5 grupos de indicadores. Los indicadores sirvieron para estas dos organizaciones, como un mecanismo de identificación de procesos necesarios para la seguridad del paciente basados en la evidencia. Fue un análisis más directo de su uso en hospitales mexicanos y permitirá priorizarlos, para su fácil uso y aplicación, como parte del sistema de control de la seguridad de los pacientes que servirán como parámetro de control y seguimiento para el apego a dichas buenas prácticas de seguridad del paciente. *Rev. CONAMED. 2009; 14(3): 11-18.*

Palabras clave: Seguridad del Paciente, Indicadores, Buenas Prácticas.

Abstract

The scientific evidence suggests that Patient Safety in the hospitals must be improved, with certain requirements and standards that allow identifying the strategies incorporated in the healthcare institutions to promote the Patient Safety. Currently it is necessary that the hospitals in Mexico carry out the application of good practices of Patient Safety recommended internationally, and to define methods of measurement with specific indicators that allow to identify and to measure the use and implementation of these good practices.

By means of the application of a methodology of evaluation conformed by 68 indicators grouped in 5 categories, suggested by the study of "Construction and validation of indicators of good practices on security of the patient in Spain" was applied in 2 hospitals in Mexico, analyzing the percentage of fulfillment in each hospital.

The Hospital A, had a fulfillment of 32.25%, hospital B obtained 42.5% according to the total accomplishment of the 5 different groups of indicators. The indicators were used for those two organizations as a mechanism for identification of necessary processes for the Patient Safety based on the best evidence. It was a more direct analysis of its use in Mexican hospitals and will allow prioritizing them for its easy use and application like part of the system of control of the Patient Safety, and will be used like parameters as control and pursuit for the best practices as in Mexican Hospitals.

Key words: patient safety, Standard, best practices.

Fecha de Recibido: 4 de junio de 2009.

Aceptado para publicación: 29 de julio de 2009.

¹ Especialista en Calidad de la Atención Clínica.

Introducción

La seguridad del paciente, se consigue cuando el sistema tiene las estructuras y prestaciones de servicio adecuadas y se obtienen resultados de forma que prevengan el daño al usuario, al profesional sanitario y al entorno. La mejora continua enfocada en los servicios de salud, ha sido una determinante en las Instituciones que se preocupan por mejorar sus resultados, enfocados hacia una atención al paciente de calidad y segura, buscando y manteniendo los mejores estándares nacionales e internacionales que permitan lograr los objetivos estratégicos de la organización¹.

En el año 2003, el Foro Nacional por la Calidad (National Quality Forum, NOF) en Estados Unidos, promovidos por los eventos adversos en la atención de los pacientes, que causan un gran impacto en la mortalidad y daño, ha llevado a distintas acciones encaminadas a la documentación de métodos que previenen la ocurrencia de dichos eventos, enfocados en las prácticas que reducen el riesgo de daño que se derivan de los procesos, sistemas o ambientes de la atención, y su adopción como funcionamiento del sistema. Se ha demostrado, con evidencia, su contribución al control y mejora de la seguridad del paciente; conocida como buenas prácticas. A pesar de grandes avances y publicaciones, la falta de estandarización de las buenas prácticas, no favorece la seguridad del paciente, así como la inconsistencia en la priorización del uso de dichas actividades, tienen el potencial de diluir y hacer más lentos los esfuerzos para mejorar la seguridad del paciente. Derivado del consenso de expertos en el NOF, se derivan 30 actividades prioritarias, seleccionadas por su especificidad, efectividad, beneficio potencial, capacidad de generalizarse y fácil implementación. Estas recomendaciones se destacan como alta prioridad debido a que tienen una fuerte evidencia de que son efectivas en reducir el potencial de daño al paciente, se pueden aplicar en múltiples áreas de atención, y se tiene demostrado de que brindan un beneficio significativo en la Seguridad del Paciente si son implementadas en su totalidad y se definen como buenas prácticas, ya que se ha probado que funcionan con los mejores resultados posibles fundamentados en la mejor evidencia científica disponible.^{2,3}

La intención de las 30 prácticas derivadas de la reunión de NOF se deriva hacia la diseminación e implementación de dichas prácticas en los hospitales; además de la medición de su implementación y actualización, buscando, además, la mejora de las propuestas de buenas prácticas de seguridad del paciente³. Derivado de los esfuerzos internacionales surge el trabajo de investigación realizado por el Dr. Pedro Saturno y colaboradores en la Universidad de Murcia en conjunto con el Ministerio de Salud Español, llamado "Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre Seguridad del Paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008", en el cual se promueve la utilización de 68 indicadores que permitan evaluar a las organizaciones

en base a estructura y procesos que apoyan la seguridad del paciente^{2,3}.

Con el incremento del interés acerca de la seguridad del paciente, se ha aumentado la necesidad de monitorizar la seguridad de las organizaciones y el impacto de las prácticas encaminadas a la seguridad del paciente⁴, lo que ha representado un gran reto para identificar y estandarizar las mediciones. Identificar y medir el impacto de distintas actividades que aseguren la atención de los pacientes, entendiendo a las organizaciones prestadoras de servicios de salud, como sistemas abiertos que interactúan entre sí. Debido al incremento en la demanda por mejorar la seguridad del paciente dentro de los servicios hospitalarios, se ha visto la necesidad de desarrollar proyectos e intervenciones que permitan convertir a los hospitales en un centro proveedor de salud seguro para sus pacientes, familiares, proveedores, personal de salud y cualquier persona que demande el servicio⁵.

Actualmente es necesario que los hospitales en México lleven a cabo la aplicación de buenas prácticas de seguridad del paciente recomendadas internacionalmente, y definir métodos de medición con indicadores específicos que permitan identificar y medir el uso e implementación de dichas buenas prácticas.

Objetivo

Mediante la aplicación de una herramienta de 68 indicadores de buenas prácticas de seguridad del paciente, se identificará su aplicabilidad y cumplimiento en dos hospitales en México y se analizarán las características de los indicadores, para su uso como parte del control de la mejora de la seguridad del paciente en los hospitales.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo transversal, utilizando una metodología de evaluación mediante los diferentes métodos de recolección de información: revisión de existencia de protocolos y guías clínicas, aplicación de encuesta, revisión de historias clínicas, revisión de otros documentos clínicos, auditoría de procesos y observación directa de los 68 diferentes indicadores agrupados en 5 categorías. Estas cinco categorías son: crear una cultura de seguridad, adecuar la capacidad del servicio a las necesidades del paciente, facilitar una adecuada transferencia de información y una clara comunicación, mejorar la seguridad en situaciones específicas y mejorar la seguridad en el uso de medicamentos. Esto se aplicó en dos hospitales en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México. Siendo el Hospital "A" una institución de Seguridad Social de tercer nivel de atención que cuenta con 200 camas censables, mientras que el Hospital "B" es una organización de carácter privado con 65 camas, especializado en la atención de ginecología y obstétrica.

Previo a la evaluación de los hospitales, se procedió a la elaboración de una herramienta, para la obtención de la información de cada indicador, agrupándose dichos indicadores en 14 áreas o servicios clínicos hospitalarios a evaluar en cada hospital. La aplicación de dicha herramienta se llevó a cabo por un solo auditor externo a las organizaciones, con conocimiento total del proyecto y de los indicadores, en el Hospital "A" en un periodo de cinco días, y en el Hospital "B" en tres días, de acuerdo a los métodos de recolección de información señalados previamente. La apertura, confidencialidad de la información, así como la validez de los datos proporcionados por el personal, fue controlada al evitar la presencia de autoridades de calidad y directivos de los hospitales evaluados. Sólo el personal operativo y responsable de las áreas se encontraban durante la evaluación. Las áreas fueron evaluadas sin priorización, directamente hablando con el personal del área y los jefes de los servicios de acuerdo a la metodología especificada para obtención de los datos de cada indicador. Cabe señalar que en la obtención por medio de encuestas, fueron entregadas a 50 profesionales de salud seleccionados al azar: enfermeras, médicos

especialistas, residentes, facilitados por la coordinación de calidad, haciéndose énfasis en su anonimato y la intención de conocer su perspectiva acerca de la cultura de seguridad del paciente.

Resultados

Todo el proceso de evaluación de ambos hospitales mediante la búsqueda de los cinco grupos de indicadores, se llevó a cabo en tres días para el Hospital "A" y cinco días para el Hospital "B", realizado por un solo auditor externo a las organizaciones con conocimiento total del proceso y herramientas de evaluación. Como resultado de ambas evaluaciones, fueron excluidos algunos indicadores, debido a las características operativas de cada hospital. En el Hospital "A", no aplicaron cinco de los 68 indicadores, mientras que en el Hospital "B" no aplicaron tres indicadores. Para cada grupo de indicadores, se aplicaron las herramientas de recolección de la información especificadas en las cédulas de cada indicador (Cuadro 1).

Cuadro 1. Resultados de Porcentaje de cumplimiento por grupo de indicadores.

Grupo de Indicadores	Número de Indicadores	Hospital A		Hospital B	
		No.	%	No.	%
1 Crear una cultura de seguridad	1	–	8,5	–	
2 Adecuar la capacidad del servicio a las necesidades del paciente	5	1	20%	1	20%
3 Facilitar una adecuada transferencia de información y una clara comunicación	16*	3	21%	2	13%
4 Mejorar la seguridad en situaciones específicas	31**	19	66%	16	55%
5 Mejorar la seguridad en el uso de medicamentos	15***	4	29%	9	64%
TOTAL DE INDICADORES	68	27	39%	28	40%

NOTA:

- * No aplican dos indicadores para el Hospital "A".
- ** No aplican dos indicadores para ambos hospitales.
- *** No aplica un indicador para ambos hospitales.

En el Grupo 1 de indicadores: "Crear una cultura de seguridad", se evaluó en una escala de calificación de 0 a 10, mediante el promedio obtenido en una pregunta del cuestionario acerca de la percepción de la cultura de seguridad, expresada por los encuestados. En este caso se evaluó solo un indicador en ambos hospitales. Se utilizó la herramienta desarrollada por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) modificada². Fue distribuida en el Hospital "A" en 50 personas, teniendo una respuesta de

contestación del 82% (41/50), mientras que en el Hospital "B", se entregaron 50 encuestas de las cuales hubo una respuesta de 94% (47/50), en ambos casos a personal de nivel operativo, multidisciplinario, que tenía contacto diario con el paciente.

En el segundo grupo de indicadores, correspondientes a "Adecuar la capacidad del servicio a las necesidades del paciente" en el caso de ambos hospitales, se cumplió uno de los cinco indicadores del grupo. En el tercer grupo

“Facilitar una adecuada transferencia de información y una clara comunicación”, en el Hospital “A”, se cumplieron tres de los 16 indicadores, sin embargo dos no aplicaron, dadas las características del hospital. En el Hospital “B”, se aplicaron los 16 indicadores, y fueron cumplidos solo dos de ellos. Con respecto al cuarto grupo de indicadores “Mejorar la seguridad en situaciones específicas”, de los 31 indicadores, dos no aplicaron en ambos hospitales, siendo que en el Hospital “A”, se cumplieron con 19 indicadores y en el Hospital “B” 16 indicadores. Finalmente, en el grupo quinto de los indicadores “Mejorar la seguridad en el uso de medicamentos” aplicaron en ambos hospitales 14 de los 15 indicadores, en el Hospital “A” se cumplieron cuatro de ellos y en el Hospital “B” se cumplieron nueve indicadores. En los restantes 4 grupos de indicadores, se completaron las cédulas de cada indicador, interpretándose como porcentaje de cumplimiento de indicadores por cada grupo en cada hospital (Cuadro 1).

Discusión

Al analizar los resultados tras la aplicación de la herramienta de evaluación de buenas prácticas de seguridad del paciente, podemos identificar que la comparación entre ambos hospitales, dadas sus características específicas, no es posible llevarlo a cabo. Cabe señalar que las diferencias entre ambos hospitales no sólo radica en la capacidad para otorgar los servicios, especialización y sector de atención a la salud a la cual pertenece cada uno, sino además en el tipo de personal que labora en ellos. En el Hospital “A” los médicos especialistas, enfermeras y personal para-clínico, son contratados por el sistema hospitalario y el tipo de paciente tiene un perfil de contribuyente con protección social, mientras que en el Hospital “B”, los médicos pertenecen a un “Staff” abierto, y el paciente participa en su decisión de ser tratado en ese hospital, siendo el caso de enfermería, quienes sí son parte de la plantilla hospitalaria. La importancia de los resultados, nos permite abrir el panorama de la aplicabilidad de esta herramienta, así como analizar la utilidad de los indicadores para la aplicación y medición de las buenas prácticas de seguridad del paciente, que independientemente del tipo de organización de atención a la salud, podemos tener un porcentaje de cumplimiento para grupos de indicadores.

En ambos casos resultó necesario insistir en la búsqueda de datos y entrevistas con el personal del área. Sobre todo en el llenado y recolección de las encuestas en papel, donde el vaciado de la información en la base de datos implica inversión de tiempo, además de un análisis específico por área, personal y situaciones específicas, que originaron que se desarrollara un proyecto colateral para la interpretación de los datos y el análisis para cada Institución. Debido a la extensión de la encuesta y sus elementos a evaluar, en este documento sólo se reportó el promedio global de la percepción del Clima de Seguridad del Paciente por los encuestados.

El enfoque necesario para evaluar el progreso de una organización debido a los esfuerzos por la seguridad del paciente, ha sido un reto desde hace algunos años y los esfuerzos existentes de monitorizar la seguridad resultan inadecuados. Las agencias federales, organizaciones públicas y privadas, y algunas otras instituciones alrededor del mundo, han desarrollado medidas de funcionamiento, para evaluar la calidad y la seguridad de la atención. Sin embargo, la mayoría de estas medidas carecen de validez o son específicas para algunas poblaciones de pacientes, dificultando un estudio sistematizado de la organización completa.^{6, 10}

Un punto a analizar en cuanto a las mediciones publicadas en la literatura internacional, radica en que, específicamente en México, no se cuenta aun con un sistema de medición comprensible y práctico que refleje el enfoque sistémico de medición de la seguridad del paciente, lo que lo convierte en un mayor reto para las organizaciones. Existen diferentes barreras para lograr la implementación de un programa de monitoreo de la seguridad del paciente. Una de ellas es el compromiso y decisión por el propio liderazgo de la organización, que decide y permite la implementación de un programa de seguridad del paciente.

Se requiere que los hospitales inviertan recursos para desarrollar medidas de seguridad, recolectar y manejar la información obtenida. Algunos de los indicadores requieren de cambios de infraestructura, otros cambios de procesos y otra el rediseño completo o implementación de un programa nuevo en los hospitales. También es necesario entender, que en la mayoría de las organizaciones, los proveedores de la atención a la salud, se encuentran muy ocupados y han limitado el tiempo destinado para algunas responsabilidades agregadas. Se requiere de un tiempo específico, de personal capacitado y otros recursos que se encuentren completamente involucrados en controlar las actividades y programas de seguridad del paciente.

La medición de los indicadores construidos y validados, informa de la situación en que se encuentran los hospitales en relación al grado de implementación de las recomendaciones de buenas prácticas para la seguridad del paciente que propone el NQF y pueden servir de base para priorizar estrategias de mejora y comprobar posteriormente el éxito de las intervenciones que se implementen.^{2,6} Un punto muy importante es que actualmente, el número de esfuerzos individuales en las organizaciones en México, sobre todo con respecto al proceso de la seguridad enfocados a validar las medidas de los procesos y estructuras son pequeños. Pocas organizaciones en lo individual cuentan con los recursos para desarrollar y validar las mediciones.⁷

Conclusiones

La aplicación de la herramienta para la evaluación de Indicadores de Seguridad del Paciente fue una buena meto-

dología para poder analizar su factibilidad de aplicación en los hospitales Mexicanos. Cabe señalar que una muestra de dos hospitales en la ciudad de Monterrey ofrece una gran oportunidad para seguir aplicándolo en otros hospitales y obtener información que permita darle mayor confiabilidad a la herramienta y a la metodología de evaluación. En ambos hospitales existen diferentes actividades de seguridad del paciente de manera aislada.

El evaluar dos hospitales de características diferentes, permitió aplicar la herramienta con los distintos indicadores de buenas prácticas de seguridad del paciente en dos ambientes de prestación de servicios de salud. Es necesario poder seguir aplicando la herramienta en otros hospitales de diferentes características, para seguir fortaleciendo su relevancia y su impacto posterior en las organizaciones. Es necesario replicar esta metodología para lograr estandarizar las evaluaciones y sus resultados, y que permita en un momento dado ofrecer a los hospitales un estándar del nivel de adopción de buenas prácticas de seguridad del paciente independientemente de las características especiales de cada organización.^{9,11}

Todos los indicadores tienen características que les permitirá que sean más fáciles de utilizar e implementar en los hospitales, dependiendo del proceso al que se esté impactando. Este análisis permitirá considerar la planeación y mejora de procesos, que apoyen las buenas prácticas de seguridad del paciente^{8,12}. Es necesaria la replicación de estos indicadores en hospitales mexicanos, para lograr implementarlos como parte del control y seguimiento de las actividades de las organizaciones, encaminadas a la mejora de la seguridad del paciente.

Referencias

- ¹ Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st Century*. Washington: National Academy Press; 2001.
- ² Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre Seguridad del Paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. <http://www.um.es/calidadsalud/archivos/construccionValidacionIndicadores.pdf> Último acceso Junio 30 2009.
- ³ National Quality Forum. *Serious Reportable Events in Health Care-2006 Update*. Washington: The National Quality Forum; 2007. Último acceso Noviembre 2008. www.qualityforum.org/pdf/news/prseriousreportableevents10-15-06.Pdf.
- ⁴ Guide to Patient Safety Indicators. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. Version 3.0 (May 2006). Washington: AHRQ; 2003. <http://www.ahrq.gov/qual/pscongrpt/>
- ⁵ Lloyd, Robert C. *Quality health care: a guide to developing and using indicators*. 2004.
- ⁶ Berenholtz, Peter Provonost. *Monitoring patient safety*. *Crit Care Clin*, 2007; 23: 659–673.
- ⁷ Provonost PJ et al. *Defining, measuring and improving quality of care*. *Clin Fam Pract*. 2003; 5:4.
- ⁸ Wyszewianski, Leon. *Defining, measuring, and Improving quality of care*. *Clinics in family practice*. Volume 5. Number 4. December 2003.
- ⁹ Guide to patient safety indicators. http://www.qualityindicators.ahrq.gov/psi_download.htm. Último acceso Noviembre 2008.
- ¹⁰ Kelley, Edward. *Health care quality indicators project*. OCDE. March 2006. www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.Pdf
- ¹¹ Nolte, Ellen. *Measuring the health of Nations: updating an earlier Analysis*. February 2008. <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/27/1/58>.
- ¹² Ballard, David J. *Indicators to improve clinical quality across an integrated health care system*. *International Journal for Quality in Health Care* 2003; Volume 15, Supplement 1: pp. 13–23.

ANEXOS

Anexo A. Listado completo de indicadores de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente.

Reproducido con autorización de Dr. Pedro Saturno del Estudio: Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre Seguridad del Paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

	Grupo de Indicadores
1	Crear una cultura de seguridad
	Crear una cultura de Seguridad
2	Adecuar la capacidad del servicio a las necesidades del paciente
	Existencia de documento con normas razonadas para la dotación de personal de enfermería.
	Las unidades / servicios de enfermería tienen medidas las cargas de trabajo de las actividades / tareas enfermeras, relacionadas como propias o más frecuentes en el hospital.
	Está el farmacéutico disponible (presencia física o localizado) 24 horas al día.
	Existe protocolo de detección, registro y comunicación de errores de medicación en el que participa el Servicio de Farmacia.
	Validación de órdenes médicas por Servicio de Farmacia, previo a la dispensación.
3	Facilitar una adecuada transferencia de información y una clara comunicación
	Existencia en el hospital de normas explícitas sobre órdenes verbales.
	Frecuencia con la que las órdenes recibidas verbalmente son repetidas en voz alta por parte de quien las recibe.
	Frecuencia con la que las órdenes recibidas verbalmente se anotan por parte de quien las recibe.
	No dar nunca órdenes verbales en relación con la quimioterapia.
	Existencia de una lista sobre abreviaturas, símbolos y expresiones de dosis asociadas a errores de medicación.
	Frecuencia con que las abreviaturas, símbolos o expresiones de dosis no recomendadas, son utilizadas.
	Frecuencia con la que se elaboran resúmenes e informes clínicos sin tener delante todos los datos.
	Frecuencia con la que se realizan prescripciones sin revisar toda la medicación que el paciente está tomando.
	Frecuencia con la que los cambios en medicación son comunicados clara y rápidamente a todos los profesionales implicados en la atención al paciente.
	Frecuencia con la que cualquier nueva información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en su atención.
	Frecuencia con la que el personal se asegura que el paciente ha entendido los riesgos y complicaciones antes de firmar el consentimiento informado.
	Existencia en el hospital de normas o protocolos sobre preferencias de enfermos terminales y voluntades anticipadas.
	Frecuencia con la que se indagan las preferencias de los pacientes terminales en relación a tratamientos y procedimientos de soporte vital.

	Existencia de protocolo para prevenir etiquetado erróneo de documentos radiográficos.
	Fallos en la identificación de radiografías.
	Existencia de protocolo para prevenir cirugía en sitio ó paciente equivocado.
4	Mejorar la seguridad en situaciones específicas
	Existencia de normas sobre cómo proceder para la prevención de Úlceras por Presión.
	Valoración de riesgo de padecer UPP realizada en las primeras 48 h de ingreso en pacientes con edad >65 años.
	Cumplimiento de protocolo de cambios posturales según riesgo de UPP.
	Existencia de un protocolo de actuación en el hospital para la prevención de la TVP y TEP.
	Evaluación documentada en la historia clínica del riesgo de cada paciente de TVP y TEP
	Existencia de protocolo de gestión de anticoagulación por el propio paciente, para pacientes que reciben medicación anticoagulante de forma ambulatoria.
	Existencia de protocolo de administración correcta de heparina mediante un nomograma.
	Evaluación del peso y función renal del paciente antes de iniciar la terapia anticoagulante con Heparina No Fraccionada o Heparina de bajo peso molecular.
	Existencia en el hospital de normas sobre prevención de infecciones asociadas al uso de CVC.
	Evaluación del cumplimiento de las medidas de barreras máximas a la hora de insertar un CVC.
	Fallos en el cuidado de catéter venoso central.
	Existe un protocolo de profilaxis antibiótica aprobado por la comisión de infecciones del hospital.
	Existencia de un protocolo de actuación de enfermería específico para curas de herida quirúrgica.
	Existencia de un protocolo de actuación de enfermería para preparación quirúrgica de piel y mucosas.
	Adecuación al protocolo de profilaxis antibiótica.
	Actuaciones para mantenimiento de normotermia en intervenciones quirúrgicas mayores (>2 horas).
	Suplemento intraoperatorio de oxígeno en intervenciones mayores (>2 horas) con anestesia general.
	Existencia de un protocolo de actuación en los servicios hospitalarios para la prevención de la nefropatía por contraste.
	Evaluación documentada en la historia clínica de cada paciente que se le vaya a realizar prueba de contraste yodado del riesgo de presentar Insuficiencia renal aguda.
	Evaluación documentada en la historia clínica del plan de prevención de cada paciente con riesgo de desarrollar nefropatía por contraste.
	Existencia en el hospital de normas para la prevención de Malnutrición.
	Pacientes con valoración de riesgo de malnutrición en las primeras 24 horas desde su ingreso.
	Control de los requerimientos calórico-proteicos a administrar a pacientes críticos.
	Existencia de un protocolo de enfermería para efectuar isquemia controlada antes de la intervención y los cuidados postquirúrgicos.
	Se monitoriza la presión y el tiempo de inflado del manguito neumático de isquemia.

	Existencia de lavabos con disponibilidad de jabón y solución antiséptica, y solución hidráulica alcohólica (dispensadores o monodosis) de fácil acceso para el personal sanitario.
	Evaluación del cumplimiento del protocolo de lavado/descontaminación de manos por parte del personal sanitario.
	Existencia en el hospital de normas explícitas sobre vacunación de la gripe en el personal.
	Prevalencia de personal sanitario vacunado.
5	Mejorar la seguridad en el uso de medicamentos
	Las distintas zonas donde se prepara la medicación se encuentran limpias y ordenadas.
	Existencia en el hospital de normas o protocolos sobre el correcto almacenamiento, conservación y reposición de la medicación en los botiquines de enfermería.
	Existencia en el hospital de normas o protocolo sobre el correcto almacenamiento, conservación y reposición de la medicación en el Servicio de Farmacia.
	Existencia en el hospital de normas o protocolos sobre el etiquetado y reenvasado de la medicación en dosis unitaria.
	Existencia en el hospital de normas o procedimiento para mantenimiento de carros de parada.
	Existencia de listado de antidotos, con indicación de ubicación, stocks y mecanismo de control de caducidad.
	Fallos en la conservación y almacenamiento de los medicamentos en los botiquines.
	Correcto mantenimiento de los carros de parada.
	Fallos en la conservación y almacenamiento de la medicación en el Servicio de Farmacia.
	Correcto etiquetado de medicamentos elaborados en el Servicio de Farmacia.
	Existencia de una lista de medicamentos de alto riesgo en el Hospital.
	Existencia de normas sobre administración de medicamentos de alto riesgo.
	Existencia de normas de etiquetado y almacenamiento especial de medicamentos de alto riesgo.
	Existencia de prescripciones preimpresas, sobre medicamentos de alto riesgo.
	Porcentaje de camas hospitalarias en dosis unitarias.