

# Pediatría y Seguridad del Paciente

---

Dra. Ana Laura Ramírez Martínez



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**CONAMED**  
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO



2023  
AÑO DE  
*Francisco*  
**VILLA**

EL REVOLUCIONARIO DEL PUEBLO

# Seguridad del Paciente

Al menos 5 pacientes mueren cada minuto por falta de seguridad en la atención sanitaria.



Alcemos la voz por la seguridad del paciente!

Organización Mundial de la Salud  
Día Mundial de la Seguridad del Paciente  
17 de septiembre de 2019

1/10 pacientes hospitalizados sufren **daños** asociados al proceso de la atención recibida

# PEDIATRÍA

¿Objetivos?



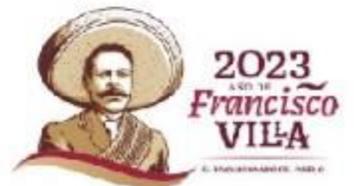
# Evento adverso (EA)

1. Es el **daño** que sufre el paciente, como consecuencia de errores, incidentes, accidentes o desviaciones **durante su atención médica** [DOF: 08/09/2017].
2. Daño, lesión o incluso la muerte, causado por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente, **por los profesionales de la salud**, y que no obedece a la propia enfermedad o estados subyacentes del paciente.
3. Daño generado al paciente, **de forma no intencionada**, el cual es **provocado por un acto médico** más que por el proceso nosológico en sí, es decir, que surge como consecuencia de un tratamiento o por una complicación médica, y no por la enfermedad propia del paciente; que produce una discapacidad, la prolongación de la estancia hospitalaria, reingreso o la muerte. [Evento centinela/ EA grave].

# Seguridad del Paciente (SP)

- ✓ **Disciplina** de la atención de la salud.
- ✓ Academia Nacional de Medicina (*anteriormente Instituto de Medicina Estadounidense*): **atención libre de daño accidental**; asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento. [*Ausencia de daño, real o potencial, relacionado con los servicios de salud*].
- ✓ **Surgió** con la evolución de la **complejidad de los sistemas de atención** [...], y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios.
- ✓ **Objetivo** es prevenir y reducir los riesgos, errores y **daños** que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria.
- ✓ Mejora continua, basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos.
- ✓ Fundamental para **prestar servicios sanitarios de calidad.**

**“La medicina hace unos años había sido simple, inefectiva y relativamente segura; ahora es compleja, efectiva y potencialmente peligrosa”**  
[*CHANTLER, LANCET 1999; 353:1178-81*].



# Antecedentes

- ✓ **1950 y 1960:** estudios reportaron la presencia de EA, pero se prestó poca atención al tema.
- ✓ **1990:** analizar esta problemática; sentando un precedente la publicación de los resultados del Harvard Medical Practice Study en **1991** (concluyó que el **4%** de los pacientes hospitalizados sufrieron algún tipo de daño; 70% provocó lesiones temporales y el 14% fueron mortales).
- ✓ **1999:** Academia Nacional de Medicina publicó su informe: “**errar es humano: construyendo un sistema de salud más seguro**”; aportó mayor información y colocó el problema en el centro del debate público en todo el mundo, así como en los programas políticos y sociales de diversos países. A partir de esta etapa, se iniciaron diversos estudios para analizar el problema y aportar posibles soluciones.



# Antecedentes



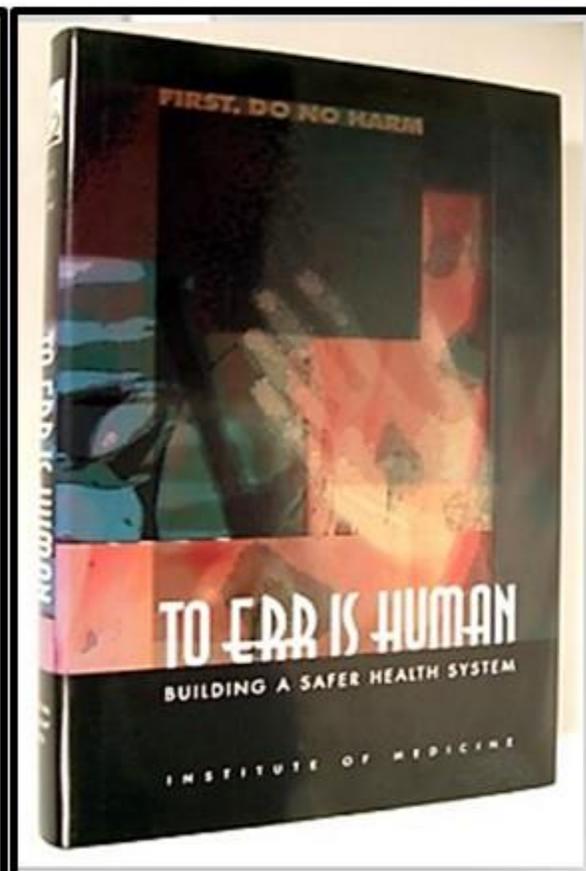
## The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

**Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I.**

Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH.

**The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II.**

Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, Hebert L, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt H.



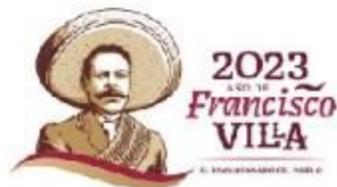
- ✓ **Alianza Mundial por la SP (OMS) fue puesta en** marcha en el **2004**; con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de la SP en todo el mundo, propiciando una colaboración internacional.
- ✓ A través de esta Alianza, la OMS planteó el objetivo de prevenir EA durante la atención en las Instituciones de salud, asegurando así una atención libre de riesgos.
- ✓ **American Academy of Pediatrics** en 2001, 2007, **2011** (declaración de política de 2011) “Principios de SP pediátrico: **reducción del daño debido a la atención médica**”. [*Serie de **recomendaciones** para garantizar un enfoque integral y acelerar los cambios hacia una mejor y mayor seguridad*].

# Día mundial de la SP

- ✓ Proclamado por la **OMS** en la 72ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en el **2019**.
- ✓ Su celebración se basa firmemente en el principio fundamental de la Medicina: **ante todo no hacer daño**. (hipocrático: "*Primum Non Nocere*").
- ✓ Se celebra con el objetivo de **impulsar medidas dirigidas a reducir los daños evitables** derivados de la atención médica.



El tema del **2019** fue "la SP: una **prioridad global** en salud", acompañado del eslogan "**Alcemos la voz por la seguridad del Paciente**".



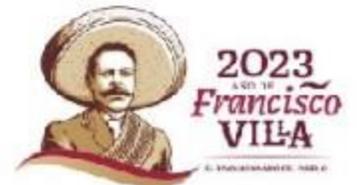
- ✓ En el **2020**, la campaña se centró en la importancia de la seguridad del personal sanitario en la crisis de la COVID – 19. Ese año, la seguridad de los pacientes se vio comprometida por la pandemia, que **evidenció las dificultades** a las que se enfrentan los trabajadores sanitarios (*condiciones de trabajo cotidianas de los profesionales, a menudo complejas y adversas. La fatiga, las malas condiciones ambientales y la escasez de personal; **afectan la seguridad de los procesos, pudiendo causar graves daños al paciente***).
- ✓ Por ello, el tema en el 2020 se denominó "Seguridad del personal sanitario: Una prioridad para la seguridad de los pacientes", siendo el lema "**Personal sanitario seguro, pacientes seguros**".
- ✓ Campaña del **2021: cuidados seguros** para la madre y el RN, bajo el lema: "atención materna y neonatal segura".

# “Los 5 correctos”

- ✓ En el **2022** se seleccionó la **seguridad de la medicación** como tema del día mundial de la SP, con el lema “**medicación sin daños**”.
- ✓ Todas las personas del mundo tomarán, en algún momento de su vida, medicamentos para prevenir o tratar enfermedades, sin embargo, los medicamentos a veces causan daños graves si se almacenan, prescriben, dispensan o administran indebidamente o si se controlan de forma insuficiente.



México: 5 reglas de la administración de medicamentos:  
**paciente, fármaco, vía, dosis y horario correctos.**



# SP pediátrico



- ✓ Los errores **afectan hasta un tercio** de todos los niños **hospitalizados** y un número desconocido de niños en manejo ambulatorio (*PEDIATRICS, 2018*). [8% - 26%]
- ✓ Los de mayor gravedad, y en general, se producen en entornos de cuidados Críticos. [1% - 32%]



- Relacionados con los medicamentos: errores en la prescripción, transcripción, dispensación, preparación, administración y monitorización, así como una doble verificación.
- Relacionados con la sangre y sus componentes: presencia de reacciones transfusionales, paciente equivocado o producto equivocado.
- Relacionados con la vía aérea y ventilación mecánica: obstrucción de la vía aérea, durante la introducción del tubo, extubación no programada, atelectasia, reintubación, broncoaspiración, desconexión accidental de la ventilación, decanulación, o barotrauma.
- Relacionados con los accesos vasculares, sondas, tubos, drenajes: catéter venoso periférico, catéter venoso central, dispositivo intracraneal, catéter arterial, drenaje torácico, catéter de diálisis, drenaje quirúrgico, sonda vesical, catéter arterial pulmonar, sonda nasogástrica.
- Relacionados con falla de los equipos: cama, monitor, desfibrilador, humidificador, marcapaso, bomba de infusión, respirador, alarmas.
- Relacionados con error diagnóstico: enfoque médico incorrecto, valoración de enfermería incorrecta, interpretación incorrecta de pruebas, disponibilidad de medios diagnósticos adecuados y pruebas complementarias adecuadas.
- Relacionados con pruebas diagnósticas: radiología, neurofisiología, laboratorio, endoscopia, patología y otros.
- Relacionados con el cuidado: caída, inmovilización, presencia de lesiones por presión, no aplicación de cuidados pautados.
- Relacionados con el procedimiento: retraso evitable, procedimiento inadecuado, preparación inadecuada antes del procedimiento, monitorización inadecuada, daño inadvertido en un órgano, sangrado.
- Relacionados con infección nosocomial: infección por neumonía asociada al ventilador, bacteriemia asociada a catéter, infección de tracto urinario asociado a sonda uretral u otros.
- Relacionados con complicaciones quirúrgicas: derivado de la anestesia, paciente incorrecto, sitio incorrecto, hemorragia asociada al procedimiento, dehiscencia de suturas, infección de la herida quirúrgica, otras.

Los eventos  
adversos son  
**altamente  
prevenibles,**  
hasta en un  
**60%**

La **ventana de oportunidad** se encuentra en **62%** de los EA que son prevenibles, y es en ellos en donde se debe **incidir para brindar una atención médica más segura.** (62% México) (OMS hasta el 50% - 80% son prevenibles).



# Impacto

## ¿Por qué es una prioridad?

**EA:** alta morbilidad y mortalidad, **frecuencia elevada**, alto costo, sufrimiento y discapacidad para los enfermos y familiares, **prevenibles** en un alto porcentaje; evidencia sobre el impacto y efectividad de medidas y prácticas seguras.



# SP pediátrico

- Los EA desde el punto de vista epidemiológico son diferentes al adulto hospitalizado. [Existen diferencias sustanciales entre ambas poblaciones, sobre todo, **de desarrollo y tipo de cuidado requerido**]



Mayor frecuencia de **errores en la medicación** que los adultos y son potencialmente más graves (47%).

### Tipos de errores en la medicación

- ✓ Errores en la **prescripción (71%)**
- ✓ **Dispensación** (*un mismo medicamento con 2 o más presentaciones*)
- ✓ Errores en la **preparación** [*mezclar soluciones incompatibles*].
- ✓ En la **administración** (*administración de un medicamento por envasado o etiquetado parecido; administración de un medicamento por una vía inapropiada o en dosis incorrectas, doble dosis, bomba de infusión, etcétera*).
- ✓ Errores por **falta de educación/ información** a padres y cuidadores [*sobredosificación, infradosificación o uso inadecuado*].

- ✓ **En su mayoría por error en la prescripción** (71%) (> errores en la dosificación (**dosis incorrecta**)).
- ✓ En 2do lugar, errores durante la **administración** por profesional de la salud y en 3er lugar en la dispensación (10% y 5%). [5to lugar, por administración por el paciente].
- ✓ **En los menores de 4 – 5 años, > neonatos, se presenta el mayor porcentaje de errores.**
- ✓ Representan una importante causa, a pesar de la prescripción electrónica.
- ✓ **“Los 5 correctos”**

# Errores en la prescripción (71%)

## ✓ Relacionados con la dosis.

- ✓ Utilizar un peso equivocado o no actualizado
- ✓ Selección inapropiada del medicamento o medicamento innecesario. Falta de prescripción de un medicamento necesario.
- ✓ Historia previa de alergia o RAM, con el mismo medicamento o con otro similar.
- ✓ Medicamento contraindicado.
- ✓ Prescripción manual ilegible
- ✓ Confusión mg, mcg, ml; da lugar a sobredosificación.
- ✓ Duplicidad terapéutica.
- ✓ Al seleccionar en el programa de prescripción electrónica un medicamento la presentación o dosis de adulto.
- ✓ Monitorización insuficiente del tratamiento; falta de control analítico.

## Otras causas comunes de AE durante la hospitalización del niño son:

- **Identificación errónea** del paciente (77%).
- Errores de comunicación entre el equipo asistencial.
- Debido a retrasos o errores diagnósticos
- Relacionados con los aparatos de monitorización (equipos con funcionamiento defectuoso), equipos para manejo, y dispositivos (infiltrado intravenoso).

**IAAS** (Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud)

**¿Y las infecciones?**



# Peculiaridades del paciente pediátrico



# Peculiaridades del niño

- ✓ **Población muy heterogénea** desde prematuros (< 1,000 g) hasta 18 años (peso > 100 kg, incluso). El estado madurativo y la edad del paciente comportan **grandes diferencias**, farmacocinéticas y farmacodinámicas.
- ✓ **Continuos cambios** en el peso y la maduración fisiológica. Cambios metabólicos y en la excreción de fármacos durante la primera década de vida.
- ✓ Limitada capacidad para la cooperación de los niños a distintas edades.
- ✓ **Barreras que dificultan la comunicación.** Dificultad o incapacidad de los niños para comunicar los síntomas de los efectos adversos, sobre todo neonatos y lactantes.
- ✓ **Altos niveles de dependencia de los demás.**
- ✓ Relativa rareza de la mayoría de las enfermedades pediátricas.
- ✓ **Falta de familiaridad generalizada sobre sus cuidados**
- ✓ **Alta vulnerabilidad**, especialmente de los niños muy pequeños, por inmadurez de las funciones renal, hepática e inmunológica. [La población neonatal y sobre todo el prematuro]

16 kg

V. TRATAMIENTO (DIETA, LÍQUIDOS PARENTERALES, MEDICAMENTOS, INHALOTERAPIA, PARACLÍNICOS, MEDIDAS GENERALES) Paciente grave para 72 horas.

- Observación

- toma de estudios BH/Q9/ES/PHF/PTB/LDH

- líquidos parenterales

Líquidos, totales 1000cc

solución salina 0.9% 1000 ml 440cc

solución glucosada 0.5% 1000 ml 880cc

~~1000 cc~~ ~~Serum~~ ~~potasio~~ ~~1000 cc~~ ~~9.2 meq/l~~

- O2 por mascarilla respiración pasiva a 3 lit. hora (49 cc/hr)

- 32 mg aspirina c/ 12 hrs

- Hemocultivo en urina x recda anual por laboratorio

- Sulfogastria a libre demanda

- 3 C. Electrolytes 330cc (3 concentrados) se diluirán y dar por 12 hrs 100mg/kg día

- Cada 20cc/kg, después 180cc

- Certinaxa 400mg IV cada 12h durante toda O. Cefotaxima

- Ondansetron 4mg cada 8hrs

- Vitamina K 1mg IV o IM cada 24hrs

- Furosemida 10.8mg c/ 9hrs (NO) 240mg IV c/ 12hrs

VI. ESTADO DE SALUD:

- Propofol 30mg/kg día DELICADO

- Propofol 15mg IV cada 6hrs

	ESTABLE	INESTABLE
GRAVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Error en la prescripción

- ✓ **2 años** de edad.
- ✓ Linfoma no Hodgkin (LNH), tipo Burkitt.
- ✓ FEVI 71%
- ✓ Peso de 11.5 kg; **sc 0.52**
- ✓ COPADM; QT 80%.
- ✓ 60 mg/m<sup>2</sup>sc/dosis, al día 2 de quimioterapia (QT)
- ✓ Se indicaron **240 mg de doxorrubicina** para pasar en una hora.  
[Error en la medicación, dosis excesiva, > dosis acumulada].
- ✓ **Fallecimiento**
- ✓ Personal médico, al proveedor del servicio de Mezclas, Enfermería.

# Factores contribuyentes

- ✓ Necesidad de realizar cálculos para ajustar la dosis en función de la edad, **peso, área de superficie corporal** y la enfermedad del paciente.
- ✓ **Falta de disponibilidad de presentaciones pediátricas**, necesitando hacer cálculos, fraccionar o diluir las presentaciones comercializadas para administrar la dosis necesaria. [*Así como reconstituir, o fallo al agitar las suspensiones*].
- ✓ Aumento de órdenes verbales, sobre todo en Urgencias, y disminución de la prescripción digital.
- ✓ **Paciente:** edad, gravedad, comorbilidad, familia, creencias.
- ✓ **Profesional de salud:** problemas personales, salud física y mental, carga de trabajo, personalidad, falta de experiencia del personal.
- ✓ Comunicación: ambigua y confusa, verbal/ escrita.

# Dispensación

(un mismo medicamento con 2 o más presentaciones).

(un mismo medicamento con 2 o más presentaciones).





**3 kg, Dx: CIV muscular media, FOP, PCA pequeño, aorta bivalva no obstructiva.**

**Espironolactona a 0.5 mg/kg/dosis, cada 12 horas, sin suspender; cita de control en 5 meses.**



**Administración**



# 2019

- ✓ En un **estudio sobre EA** en niños hospitalizados (de 0 – 18 años) en un Instituto Nacional de Salud en la CDMX, pediátrico. De junio de 2014 a julio de 2015, se registraron 173 EA.
- ✓ 55% fueron en el sexo masculino, **mayor ocurrencia en menores de un año (43%), áreas críticas (60%)** y en los primeros 10 días de estancia hospitalaria (54%). Con base al **turno**, el nocturno fue el más frecuente (46%).
- ✓ En lo que **respecta al cuidado** fueron los eventos que se presentaron en mayor frecuencia (40%), principalmente úlceras por presión (UPP) (14%), flebitis (10%), lesiones en general (9%) (brazalete de TA, fijación de dispositivos como sondas, catéteres, electrodos), quemaduras (8%) (lámparas de calor) y caídas.
- ✓ En 2do lugar, lo relacionado a vía aérea (21.3%), mayormente extubación no programada.

- ✓ Los eventos relacionados con **medicamentos** se presentaron en un 7.5% (**ocupando el 5to lugar**), principalmente hubo **error en la administración** (velocidad de infusión inadecuada, administración de medicamento no indicado, omisión de dosis, paciente incorrecto y sobredosis).
- ✓ Del personal involucrado con el evento adverso, el 90% correspondió al profesional de Enfermería, y el 10% a personal médico.
- ✓ Los **factores del sistema** se presentaron en 39% (distracción, sobrecarga de trabajo, falta de comunicación, falta de habilidad o supervisión, etcétera).



# ¿Cómo prevenir?

- ✓ **En septiembre/ 2006: los 6 objetivos/ metas internacionales** para la Seguridad del Paciente (MISP), de la de la Joint Commission International (JCI). [Junto con la OMS].
- ✓ Reúnen las **estrategias enfocadas en las situaciones de mayor riesgo** para los pacientes.



02 de mayo/ 2007 la OMS lanzó el programa: “nueve soluciones para la Seguridad de los enfermos”.

- ✓ Desde el 2002, en **México** se realizan acciones enfocadas a mejorar la SP.
  - ✓ “Las 10 acciones en Seguridad del paciente”
  - ✓ “Metas Internaciones en Seguridad del paciente”
  - ✓ Campaña “está en tus manos” (2008) (5 momentos clave OMS).
  
- ✓ Lo anterior, fue el inicio de las **8 acciones esenciales para la Seguridad del paciente (AESP)**, del Consejo de Salubridad General (CSG) (**2017**).
  - ✓ Aplican tanto para los entornos hospitalarios, como ambulatorio.
  - ✓ Conformadas por las 6 metas internacionales,
  - ✓ **2 acciones más**: el registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas; así como la medición de la Cultura de Seguridad del Paciente dentro de los establecimientos de atención médica.

**DOF: 08/09/2017, ACUERDO**  
por el que se declara la  
**obligatoriedad** de la  
implementación, para todos los  
integrantes del Sistema  
Nacional de Salud, del  
documento denominado  
**Acciones Esenciales** para la  
Seguridad del Paciente.

**Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente 'AESP'**

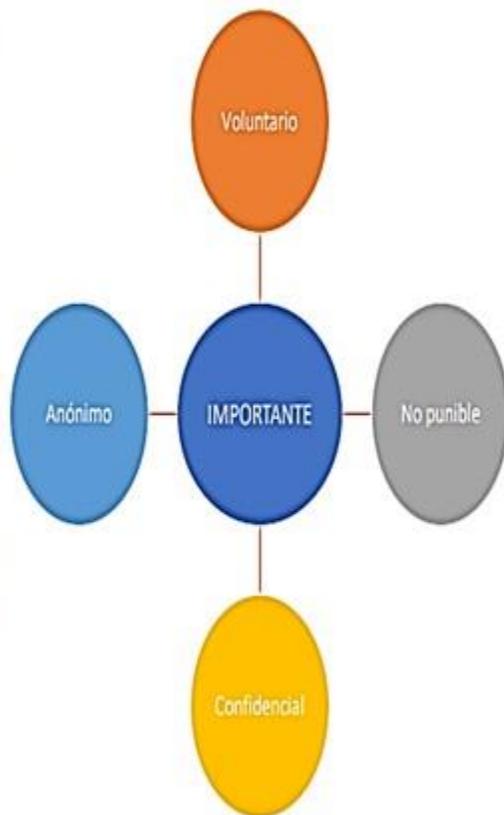
Recomendaciones para la atención libre de daños accidental y que los establecimientos de salud aseguren sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad de error.

- 1 IDENTIFICACION DEL PACIENTE**
  - Nombre completo
  - Fecha de nacimiento – día/mes/año
- 2 COMUNICACION EFECTIVA**
- 3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACION**
- 4 SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS**
- 5 REDUCCION DE RIESGOS DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE LA SALUD (IAAS)**
- 6 REDUCCION DEL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAIDAS**
- 7 REGISTRO Y ANALISIS DE EVENTOS CENTINELA, EVENTOS ADVERSOS Y CUASI FALLAS**
- 8 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

# Cultura de Seguridad (CS)

- Uno de los pasos importantes **para avanzar en la SP** es potenciar la llamada **Cultura de Seguridad**.
  1. Se define como el producto, tanto individual como colectivo, de los **valores, actitudes**, percepciones, competencias **y patrones de comportamiento**, que determinan el **compromiso**, estilo y la competencia de la gestión de la salud y la seguridad de una organización.
  2. Conjunto de **valores y normas** comunes a los individuos dentro de una misma organización; implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir.

# Cultura de la Seguridad



## ¿Cómo se notifica?

De forma **clara y concisa** qué, cómo, por qué y donde ocurrieron los hechos y que medidas se tomaron.

NO SE TRATA DE BUSCAR UN CULPABLE, SI NO APRENDER DE LOS ERRORES

## ¿Qué es la cultura de la Seguridad?

- Conciencia de que las cosas pueden ir mal
- Capaz de reconocer errores
- Aprender de ellos
- Actuar para mejorar las cosas
- ABIERTA E IMPARCIAL (Justa) para COMPARTIR información abiertamente y para tratar al profesional en eventos adversos.
- Basada en un enfoque al SISTEMA: las cosas no están sólo ligadas al individuo, sino también al sistema en el que trabaja.
- Abordar qué fue mal en el SISTEMA y ayudar a APRENDER lecciones y PREVENIR su recurrencia.
- Este PRESENTE cuando: atiende a paciente + fija objetivos + desempeña procedimientos / procesos + compra productos + rediseña...

# Cultura de Seguridad (CS)

- ✓ Cultura no punitiva en la que existe un compromiso de los individuos y organizaciones con la seguridad, y por tanto, con la aplicación de las mejores prácticas y estándares, y que cuenta con un clima de seguridad abierto y de confianza mutua, en la que los errores son una fuente de aprendizaje, en lugar de ser utilizados para culpabilizar.
- ✓ El objetivo de los **sistemas de notificación** es convertirse en **oportunidades** para aprender, mejorar y transformarlo en **actuaciones concretas** que minimicen el impacto u ocurrencia de los EA.
- ✓ **Un sistema de notificación ideal** debe ser no punitivo, confidencial, independiente, analizado por expertos y orientado a sistemas.

**La atención de salud es una actividad compleja que está sujeta a errores.**

**Para reducir los errores:**

- 1 Simplificar y normalizar procedimientos
- 2 Capacitar al personal de salud
- 3 Implicar a los pacientes en sus cuidados
- 4 Garantizar un entorno seguro y limpio
- 5 Notificar los errores y aprender de ellos



**Alcemos la voz**  
por la seguridad del paciente!



**Crear una cultura de la seguridad del paciente mediante**

La responsabilidad y el compromiso del personal



La notificación de los errores y las lecciones derivadas de ellos



Un liderazgo comprometido con un entorno no culpabilizante



El trabajo en equipo



La comunicación abierta entre todos los niveles



**Alcemos la voz**  
por la seguridad del paciente!



**2023**  
Año de  
**Francisco**  
**VILA**



# Conclusiones



1. El manejo de medicamentos sigue siendo un foco específico para niños, debido a las variaciones en el cuerpo, peso, superficie corporal, madurez de los órganos y sistemas, etapa de desarrollo, de la capacidad de absorción y excreción, dependencia de otros para la medicación, administración y la necesidad de formulaciones compuestas.
2. Hasta la fecha no existe obligación del reporte de EA, por lo que hay un subregistro, con la consecuente **pérdida de** datos de los eventos suscitados, y **oportunidad de intervención.**
3. **“Equivocarse es humano, pero si algo positivo tiene el error es la oportunidad de aprender y rectificar”** [Aranaz – Aibar].

# Bibliografía

1. Seguridad del paciente, Organización Mundial de la Salud (OMS), 13/09/19; [consultado el 11/04/2023, en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>].
2. Día mundial de la Seguridad del Paciente de 2022, Organización Mundial de la Salud (OMS), 17/09/22; [consultado el 11/04/2023, en: <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2022/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2022>].
3. Azulay T. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? An Med Interna (Madrid), 2001; vol 18 (12): pp 650-654.
4. Materiales promocionales, Organización Mundial de la Salud; [consultado el 11/04/2023, en: <https://www.who.int/es/campaigns/world-patient-safety-day/2019/campaign-materials>].
5. Acciones esenciales para la seguridad del paciente. Consejo de Salubridad General, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud; [consultado el 12/04/23, en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/Acciones\\_Esenciales\\_Seguridad\\_Paciente.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/Acciones_Esenciales_Seguridad_Paciente.pdf)].
6. Fernández C. Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente. Órgano de difusión del Centro Colaborador en materia de Calidad y Seguridad del paciente. Boletín CONAMED – OPS, 2015; [consultado el 13/04/23, en: [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin2/clasificacion\\_internacional.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin2/clasificacion_internacional.pdf)].
7. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo, enero de 2009, World Health Organization. Patient Safety; [consultado el 13/04/23, en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp\\_00E.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_00E.pdf)].

8. Recomendaciones. Lineamientos Generales para la Seguridad del Paciente Hospitalizado, CONAMED, 2016; [consultado el 13/04/23, en: [http://www.conamed.gob.mx/info\\_pacientes/pdf/LINEAMIENTOS\\_SEG\\_PAC.pdf](http://www.conamed.gob.mx/info_pacientes/pdf/LINEAMIENTOS_SEG_PAC.pdf)].
9. Zarza A. cols. El currículum de Enfermería y la seguridad del paciente. Artículo de revisión. Rev CONAMED, 2008; vol 13 (3): pp 33 – 37.
10. Fajardo D. cols. Lineamientos generales para el cuidado de la seguridad del paciente. Recomendaciones. Rev CONAMED, 2008; vol 13 (3): pp 38-56.
11. Rivas E. cols. Cumplimiento de las metas internacionales para la seguridad del paciente. Rev Enferm Inst Mex Seguro Social, 2015; 23 (3): 135-142.
12. Diario Oficial de la Federación (DOF: 08/09/2017), ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
13. Norma Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y remedios herbolarios.
14. Gutiérrez V. Seguridad del paciente: conceptos y antecedentes. Rev CONAMED, 2007; vol 12 (2): 4-7.
15. Philippa R. et al. Safety Incidents in the Primary Care Office Setting, Article. PEDIATRICS.
16. La cultura de la seguridad del paciente en Pediatría. Asociación Española de Pediatría. AEP, 2015; [consultado el 14/04/23, en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/introduccion-seguridad.pdf>].
17. Seguridad del paciente pediátrico. Asociación Española de Pediatría (AEP) eventos digitales; [consultado el 14/04/23, en: <https://www.aepeventosdigitales.com/files/914/cyp/1194.pdf>].
18. Urda C. Peláez C. Seguridad hospitalaria en Pediatría. An Pediatr (Barc), 2015; 83 (4): 227-228.
19. Calle A. ¿Cómo mejorar la seguridad del paciente en una UCIP? Mesa redonda: seguridad del paciente. Rev Esp Pediatr, 2016; 72 (supl 1): 92-96.
20. Barrientos S. cols. Factores relacionados con la seguridad y la calidad en la atención del paciente pediátrico hospitalizado. Enferm Univ, 2019; vol 16 (1): pp 52-62.
21. Sánchez B. cols. Seguridad del neonato hospitalizado. Aproximaciones y propuestas. Enferm Univ, 2012; vol 9 (2): pp 27-36.
22. Medidas correctoras efectivas ante incidentes de seguridad en Urgencias Pediátricas. Journal of Healthcare Quality Research, 2019; [consultado el 19/04/23, en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/medidas-correctoras-efectivas-ante-incidentes-de-seguridad-en-urgencias-pediatricas>].
23. Aguirre C. cols. Seguridad del paciente. Rev Hosp Niños, 2018; vol 60 (271): 333-335.
24. Brigitta U. et al. Principles of Pediatric Patient Safety: Reducing Harm Due to Medical Care. American Academy of Pediatrics. PEDIATRICS, 2019; volume 143 (number 2): e20183649.



**Gracias**



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**CONAMED**  
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO