INVESTIGACION

SEGURIDAD DEL PACIENTE UN COMPROMISO INSTITUCIONAL PARA UN ATENCION MAS SEGURA

DOCENTE
RUBEN DARIO AGUDELO LOAIZA
ragudelo@ucm.edu.co

MARIA CONSUELO PRADO CUELLAR
ANDREA VIVIANA RIZO RUIZ
PEDRO FELIPE DIAZ
ADRIAN ENRIQUE HOYOS RODRIGUEZ

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
III SEMESTRE

SEGURIDAD DEL PACIENTE UN COMPROMISO INSTITUCIONAL PARA UN ATENCION MAS SEGURA

INTRODUCCION

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras Instituciones nacionales y mundiales, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura (25), La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias (39), por lo tanto es un componente clave de la calidad y ahora en Colombia se incluye dentro de la resolución 2003 de 2014 (Deroga la res. 1441 de 2013) como de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones prestadores de servicios de salud y profesionales independientes.

La seguridad del paciente pretende evitar los incidentes y eventos adversos durante la atención en salud, ya que los pacientes en estos procesos, tienen un alto grado de vulnerabilidad, consecuentemente las instituciones debemos trabajar en pro de una atención segura, donde todos ganamos tanto el usuario al recibir la atención deseada, lo que conlleva a una estancia menor, como la institución la cual ahorra costos al evitar glosas, demandas, menor utilización de medicamentos y horas de profesionales, aumentando así credibilidad.

Se deben aunar esfuerzos para trabajar todos como equipo de una institución en crear una cultura fuerte de seguridad del paciente, con el fin de incentivar el reporte de los incidentes y eventos adversos para lograr mejoras y evitar que se vuelvan a presentar, esto debe ir acompañado de una constante capacitación en seguridad del paciente, el manejo de medicamentos y dispositivos médicos, venopunción, caídas, manejo de pacientes adultos con estancias prolongadas para evitar las ulceras, correcto uso de las medidas de bioseguridad, infecciones

intrahospitalarias de la mano de una campaña de lavado de manos, incentivar el registro en la historia clínica de los eventos adversos y sobre todo de un gran apoyo por parte de la administración y/o Gerencia de la institución.

CONTENIDO

INTRODUCCION 2

1. PRELIMINARES 8

1.1 RESUMEN 8

1.2 JUSTIFICACION 10

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 11

1.4 PREGUNTA DE INVESTIGACION 12

1.5 OBJETIVO GENERAL 13

1.6 ANTECEDENTES TEÓRICOS, CONCEPTUALES E INVESTIGATIVOS 14

1.7 METODOS DE LOCALIZACION, SELECCIÓN Y EVALUACION DE ESTUDIOS PRIMARIOS 29

2. MATRICES PARA ANALISIS DE ARTICULOS 31

2.1 Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia 31

2.2 Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina. 35

2.3 La prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud: un reto en el mejoramiento de la seguridad del paciente. 40

2.4 Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad 43

2.5 Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. 47

2.6 La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil. 53

2.7 Seguridad del paciente en la terapéutica medicamentosa y la influencia de la prescripción médica en los errores de dosis. 59

2.8 Error médico y eventos adversos. 64

2.9 Seguridad del paciente. 68

2.10 Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente 71

2.11 Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de Medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. 74
2.12 Mejorando la seguridad de los pacientes: estudio de los incidentes en los cuidados de enfermería 78
2.13 Medida de la mejora continua en la seguridad del paciente oncológico. 83
2.14 El punto de vista de los pacientes sobre la seguridad clínica de los hospitales. Validación del Cuestionario de Percepción de Seguridad. 87
2.15 Factores que pueden afectar la seguridad del paciente. 91
2.16 Indicadores de calidad y seguridad del paciente en la enfermería de urgencias: un valor seguro. 95
2.17 Evaluación de la calidad de la atención hospitalaria en el Brasil: una revisión sistemática. 100
2.18 Carga de trabajo de enfermería y seguridad del paciente - un estudio de método mixto con un enfoque restaurativo ecológica. 108
2.19 Trabajo en equipo como factor contribuyente en la ocurrencia de errores médicos o eventos adversos 112
2.20 Infraestructura y la adhesión a la higiene de manos: desafíos para la seguridad del paciente. 116
2.21 La bioseguridad y la seguridad del paciente a la vista de los estudiantes de enfermería. 120
2.22 El clima de la seguridad del paciente: la percepción de los profesionales de enfermería. 123
2.23 .Los errores de medicación: la importancia de la presentación de informes sobre la gestión de la seguridad del paciente. 127
2.24 Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. 132
2.25 Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. 139
2.26 La Investigación en Seguridad del Paciente. 142

2.27 Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. 147
2.28 Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. 149
2.29 Prácticas Seguras Simples. 154
2.30 Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud 159
2.31 Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del sistema nacional en salud Español. 167
2.32 Sistema de registro electrónico de incidentes, basado en la clasificación internacional para la seguridad del paciente de la Organización Mundial en Salud. 171
2.33 La seguridad del paciente como indicador de la calidad asistencial y del trabajo enfermero. El empleo del “listado pre quirúrgico” 177
2.34 Seguridad del paciente: protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes. 183
2.35 Plan estratégico de seguridad del paciente. 185
2.36 La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del Programa SEMES-Seguridad Paciente 190
2.37 Guía de práctica Clínica seguridad del paciente 193
2.38 Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles 198
2.39 Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia 202
2.40 Conceptos y análisis de eventos adversos 207
2.41 Evaluation of the identification protocol for newborns in a private hospital 211
2.42 Encuesta del Hospital de la cultura de seguridad del paciente en China 215
2.43 Safety and protection for hospitalized children literature review 220
2.44 Nursing Care and Patient Safety Visualizing Medication Organization, Storage and Distribution with Photographic Research Methods. 223

2.45 Cultura de seguridad del paciente en un gran hospital universitario en Riyadh: evaluación inicial, el análisis y las oportunidades de mejora comparativa 227
2.46 Safe pediatric surgery development and validation of preoperative 230
2.47 Patient safety in care circumstances prevention of adverse events in the hospitalization of children 235
2.48 The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals a study at baseline 239
2.49 Patient involvement in medication safety in hospital; an exploratory study 243
2.50 Evidence-based organization and patient Hospital survey on patient safety strategies in European hospitals 246
3. CONCLUSIONES 250
BIBLIOGRAFIA 251

1. PRELIMINARES

1.1 RESUMEN

Introducción:

La seguridad el pacientes es una tema fundamental que se abarca en todas la instituciones de salud, es un componente clave de la calidad y hoy en Colombia se incluye dentro de la resolución 2003 de 2014 como de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones prestadores de servicios de salud y profesionales independientes. Se deben aunar esfuerzos para trabajar como equipo, en crear una cultura fuerte de seguridad del paciente. El objetivo de este artículo es identificar los aspectos relevantes de la seguridad del paciente en las instituciones prestadoras de servicios de salud mediante la búsqueda bibliográfica en el periodo 2.007 a 2.013.

Materiales y Métodos:

Se investigaron en diferentes fuentes y/o bases de datos como: Pubmed, Scielo, Lilacs, Google académico, VSPCol-Literatura Colombiana en vigilancia en salud pública, Ministerio de Salud, Organización Mundial de la Salud. De los artículos encontrados, se seleccionaron y analizaron 50, de los cuales 38 en español, 10 en inglés y 2 en portugués. Después se documentaron las matrices de análisis, los artículos se integraron en un mapa mental que contribuyo para la realización del artículo final.

Resultados:

Se identificaron 1.227.300 en las bases de datos consultadas, que incluían las palabras clave utilizadas en el artículo; seleccionando una muestra total de 50 artículos correspondiente al 0.004%.

Discusión:

Implementar la normatividad, trabajar en generar una cultura de seguridad del paciente, cumplir con los requisitos de calidad, trabajar en equipo, motivar una cultura del reporte de los incidentes y eventos adversos, implementar estrategias que contribuyan a mejorar la seguridad y hacer seguimiento con retroalimentación son aspectos relevantes de la seguridad del paciente.

Conclusiones:

El cumplimiento de la normatividad vigente contribuye a garantizar la actuación de los profesionales de la salud y de las instituciones. La seguridad del paciente es un tema fundamental en las organizaciones de salud, la cual permite la implementación de estrategias y planes de seguimiento en pro de garantizar una atención segura, el compromiso es promover una cultura de seguridad que se traduzca en beneficio para todos.

Palabras Clave: seguridad del paciente, evento adverso, calidad.

1.2 **JUSTIFICACION**

La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias, es importante conocer y aplicar los aspectos de la seguridad del paciente y orientar los esfuerzos hacia la prestación de servicios de salud más segura, con información sobre Seguridad del Paciente integrada, para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto.

La alta gerencia de las instituciones debe demostrar y ser explícita en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia, indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad.

Los beneficiados con esta búsqueda serán los pacientes que atendemos en cada una de las instituciones donde trabajamos, ya que se podrá adoptar el enfoque de estas políticas en las mismas instituciones.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad del paciente aunque es un tema que cada día cobra mayor importancia en las instituciones prestadoras de servicios, aun no se ha logrado un compromiso institucional para orientarse hacia la implementación y seguimiento de la política de Seguridad del Paciente. Aun en las instituciones no existe la cultura del reporte, falta capacitación en temas de seguridad del paciente hacia todo el personal involucrado con el paciente, falta apoyo y compromiso del nivel directivo.

La política de seguridad del paciente expedida en junio de 2008 es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre seguridad del paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento, para estimular a los diferentes actores en el desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto. Por tal razón se hizo una revisión bibliográfica para responder a nuestra pregunta de investigación.

.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los aspectos relevantes de la seguridad del paciente en las Instituciones prestadoras de servicios de salud?

1.4 OBJEIVO GENERAL

Identificar los aspectos relevantes de la seguridad del paciente en las instituciones prestadoras de servicios de salud mediante la búsqueda bibliográfica en el periodo 2008 – 2013 a nivel internacional.

1.5 ANTECEDENTES TEÓRICOS, CONCEPTUALES E NVESTIGATIVOS

•• La seguridad de pacientes, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos anos, tanto para pacientes y sus familias, que desean sentir seguridad y confianza en los cuidados sanitarios recibidos, como para gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

•• Los efectos no deseados ligados a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios. Los danos que pueden ser ocasionados a pacientes en el ámbito asistencial, y el coste que éstos suponen, son de tal relevancia que las principales organizaciones de salud, así como diversas agencias y organismos internacionales, han desarrollado estrategias para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica.

•• Se acepta universalmente que el principio *primum non nocer*e es aún pertinente, puesto que la atención sanitaria es hoy considerablemente más compleja y entrana más riesgos potenciales.

•• La seguridad de pacientes se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos (EA), ya que en la misma se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas.

La preocupación por la seguridad en la atención de pacientes ha de ser uno de los aspectos esenciales en cualquier organización sanitaria que quiera ofrecer una atención de calidad, ya que la seguridad es una de las dimensiones clave de ésta, un componente básico que tiene que ser considerado de forma transversal.

•• El Sistema Nacional de Salud (SNS) español no es ajeno al interés por mejorar la seguridad de pacientes que reciben atención en los centros sanitarios. De ahí que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad haya situado la seguridad de pacientes en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad. Esta prioridad tiene reflejo en la Estrategia 8 del Plan de Calidad para el SNS, que plantea la promoción de acciones de mejora en tres áreas: cultura e información sobre seguridad de pacientes, desarrollo de sistemas de información sobre eventos adversos y promoción de prácticas seguras en los centros asistenciales.

•• Hablar de seguridad de pacientes es abordar el proceso por el cual una organización proporciona atención y cuidados seguros. Implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarse de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia, e implantar buenas prácticas acordes con el conocimiento científico disponible, sensibles a los valores, expectativas y preferencias de pacientes y favorecidas por una adecuada organización asistencial.

1.7 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Antecedentes de iniciativas internacionales en seguridad de pacientes. Aunque la seguridad haya sido tradicionalmente considerada una más de las dimensiones de la calidad asistencial, la focalización de la seguridad de pacientes como objetivo prioritario de las organizaciones sanitarias arranca con el informe “To Err is Human” (1999) del Instituto de Medicina norteamericano (IOM). Este informe y los inmediatamente posteriores mostraron la gravedad del problema, su impacto y la necesidad de implementar estrategias para mejorar la seguridad y minimizar los riesgos inherentes a las prácticas sanitarias. En el ano 2000 se publica “An organisation with a memory”, del National Health System (NHS) británico, que pone en marcha estrategias de seguridad en el Reino Unido. A partir de este momento otras iniciativas internacionales han tenido lugar, entre las que destacamos las siguientes (en la Tabla 1 se recogen los vínculos web):

•• OMS. En el ano 2004 la Asamblea de la OMS apoya la creación de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (AMSP), procurando liderar una estrategia de seguridad a nivel mundial. Algunos de los programas desarrollados han sido “El Reto Global por la Seguridad del Paciente”, “Pacientes por la seguridad del Paciente”, sistemas de notificación y aprendizaje, taxonomía, soluciones de seguridad en colaboración con la JCAHO (“Nueve soluciones para la seguridad del paciente”), diseminación de buenas prácticas (“Seguridad en Acción”), entre otros.

•• Instituto Nacional de la Salud Británico. A través de la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente desarrolló el proyecto “Seven Steps”, los 7 pasos claves para conseguir organizaciones sanitarias más seguras.

•• Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Destaca el proyecto iniciado en 2001 sobre Indicadores de Calidad Asistencial.

•• Consejo de Europa. A través del Comité Europeo de Sanidad establece una serie de recomendaciones sobre seguridad de pacientes desde el ano 2006 e informes sobre la seguridad de medicamentos y la prevención de los eventos adversos en la atención sanitaria.

•• Comisión Europea. El Working Patient Safety Group, con representantes de los 27 estados miembros así como con la colaboración de organizaciones internacionales, tiene como misión establecer recomendaciones para el desarrollo de estrategias en seguridad. Ha creado The European Network for Patient Safety (EUNetPaS), una red europea en seguridad de pacientes.

•• Organización Panamericana de la Salud. Colabora con la OMS y coordina el estudio epidemiológico de prevalencia de efectos adversos en hospitales de Iberoamérica (IBEAS) sobre eventos adversos.

1.8 MARCO CONCEPTUAL

•• La seguridad de pacientes y la gestión del riesgo como reto del sistema sanitario. Desde
finales de la década de los 90 las organizaciones sanitarias comenzaron a prestar especial atención a la seguridad de sus procedimientos y estructuras asistenciales, así como a la identificación de incidentes, efectos adversos, sus consecuencias y posibilidades de mejora. Las personas usuarias de los sistemas sanitarios son cada vez más conscientes de la necesidad de un entorno seguro y solicitan ser agentes activos de su salud. Los procedimientos son cada vez más efectivos pero a la vez más complejos y fragmentarios.

A pesar de los esfuerzos por implantar una medicina basada en la evidencia científica sigue existiendo una gran variabilidad en las prácticas asistenciales. Todos estos factores determinan la presencia inevitable de un riesgo en la práctica asistencial que las organizaciones sanitarias tienen el reto de minimizar.

•• La seguridad como dimensión de la calidad. La seguridad es un elemento clave y prioritario de la calidad asistencial. Los errores y eventos adversos implican un déficit en la calidad de la atención y redundan en perjuicios para usuarios/as y profesionales, además de aumentar los gastos sanitarios. La mayoría de estos errores se relacionan con el entorno asistencial, por lo que es necesario ir más allá de un modelo centrado en la depuración de la responsabilidad personal y la negligencia individual: es la propia organización la que requiere ser evaluada y en donde deben implementarse actuaciones de mejora. La seguridad es una tarea del conjunto de la organización que en última instancia es gestionada por los equipos multidisciplinares que trabajan en los dispositivos sanitarios. La cohesión del equipo y la capacidad de liderazgo local son las piezas claves en la prevención de riesgos y en la reducción de las secuelas de los potenciales incidentes. Los equipos pueden aplicar herramientas que les permitan conocer los factores y

situaciones de riesgo (mapas de riesgos) y participar en el establecimiento de estrategias de intervención en seguridad. Por otra parte, los esfuerzos de la organización sanitaria para crear estructuras dirigidas a la mejora continua de la calidad, la incorporación de modelos de acreditación y calidad, la implantación de gestión por procesos y los principios del gobierno clínico procuran favorecer las mejores prácticas, disminuir su variabilidad y mejorar la efectividad y la eficiencia de los procedimientos.

De esta manera se está trabajando en seguridad, al prevenir y disminuir la incidencia de errores y eventos adversos derivados de la asistencia.

•• La cultura de la seguridad de pacientes en las organizaciones sanitarias, evolución de la asistencia y perfiles de usuarios/as. Los cambios producidos en la sociedad repercuten de forma directa en los sistemas sanitarios. En un corto periodo de tiempo se han producido cambios importantes: incremento de la esperanza de vida, disminución de la natalidad, aumento de las enfermedades crónicas y decremento de las infectocontagiosas, incremento del nivel cultural y económico de la población, mejor y mayor acceso a la información y al conocimiento, mayor cobertura y mejor acceso a la asistencia sanitaria junto a un notable avance científico con repercusión a nivel tecnológico. Todos estos cambios se traducen en una serie de consecuencias en el entorno sanitario:

•• Aumento de la complejidad asistencial

•• Incremento de la incertidumbre en la práctica clínica diversificación de las profesiones sanitarias y súper-especialización de profesionales, que llevan aparejado una falta de visión global de las necesidades de los pacientes

•• Aparición de asociaciones de pacientes

•• Incremento de los conflictos de intereses

•• Disponibilidad de una mayor oferta de prestaciones sanitarias

En épocas anteriores, las asimetrías de relación y conocimiento entre personal sanitario y pacientes establecían el papel que cada uno de ellos desempenaba

como sujeto activo o agente pasivo. Se trataba de una relación paternalista donde los errores o efectos adversos que pudieran producirse eran percibidos por pacientes y familias como un
"tributo" a pagar por la asistencia sanitaria recibida. Por influencia de la doctrina y la legislación sobre los derechos de pacientes se está consolidando una nueva orientación en la relación entre profesionales sanitarios y usuarios/as, fundamentalmente debida a un cambio del papel de estos últimos. Así, se encuentran en la actualidad pacientes más informados, con un mayor grado de formación, de concienciación y de sensibilización ante la enfermedad, la asistencia sanitaria y los tratamientos.

La salud es una demanda de la ciudadanía que desea acceder al mejor nivel posible de calidad de vida en relación con su salud y que exige fiabilidad y seguridad en la asistencia sanitaria. Demandan su derecho a convertirse en actores de la asistencia que se les preste en materia sanitaria, lo que implica la necesidad de adoptar un papel de corresponsabilidad en dicha asistencia. Aunque la reacción inicial de los sistemas sanitarios ante este nuevo rol fue de resistencia, actualmente existe un reconocimiento del papel clave de los pacientes para garantizar su propia seguridad, ayudando al profesional de la salud a llegar a un diagnóstico preciso y tomando parte en las decisiones de tratamiento. Los sistemas sanitarios, históricamente centrados en la dimensión de eficiencia técnica y productividad, sitúan actualmente la efectividad y seguridad de las prácticas clínicas, es decir, la calidad de la asistencia sanitaria, como una de sus máximas prioridades, especialmente desde que diversos estudios evidenciaran las graves consecuencias, tanto económicas directas e indirectas como personales, que ocasiona la falta de seguridad.

Por último, introducir la cultura del análisis y gestión del riesgo se complica algo más al no existir una taxonomía completamente consensuada que nos permita hablar un mismo idioma internacional. En este sentido, tanto la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente como la Organización Mundial de la Salud (OMS)

y la Joint Comission on Acreditation on Health Care Organizations (JCAHO) tienen entre sus objetivos actuales la creación de una Taxonomía común que pueda ser utilizada por todos los países. En los anexos se puede consultar un glosario de términos y definiciones aclaratorios.

•• Magnitud y coste de los Efectos Adversos. En la actualidad existen múltiples estudios sobre la frecuencia de efectos adversos, la mayoría relacionados con procesos de hospitalización. No obstante hay que tener en cuenta que muchos efectos adversos acontecen en otros dispositivos sanitarios, recursos sociosanitarios comunitarios, domicilio, etc.

•• La incidencia hace referencia al número de pacientes que sufren un efecto adverso en el periodo de estudio (durante el proceso asistencial, hospitalización, etc.). Esta incidencia, para estudios realizados en hospitales de todo el mundo

Política institucional de Seguridad del Paciente.

Debe:

- Establecer, implementar y armonizar la política de Seguridad del Paciente con el direccionamiento estratégico de la institución.
- Establecer la prioridad que para la institución representa la seguridad del paciente.
- Socializar y evaluar su conocimiento por parte de los funcionarios de la institución.
- Promover un entorno no punitivo.

Promoción de la cultura de seguridad

La cultura de seguridad es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y el desempeño de una institución. Se debe caracterizar por:

- Una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua

- Percepción compartida de la importancia de la seguridad
- Confianza de la eficacia de las medidas preventivas.
- Enfoque pedagógico del error como base, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del error cometido.

En el resultado final de este proceso, los colaboradores de la institución no deben sentir miedo de hablar libremente de sus fallas y por ende el auto-reporte de los incidentes y eventos adversos que suceden se debe hacer evidente.

Una estrategia fundamental para avanzar en esta dirección consiste en favorecer al interior el desarrollo de un clima organizacional educativo, más que en encontrar culpables para imponer castigo.

Es importante conocer, caracterizar y cuantificar los factores que determinan la cultura de seguridad en una institución; una forma de obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover este clima cultural y evaluar el impacto de este proceso es la aplicación de la “Encuesta de clima de seguridad”5

Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo6:

Debe contemplar mecanismos para la identificación de eventos adversos, insumo necesario para la gestión de la seguridad del paciente en la institución. La institución debe tener claridad sobre lo que debe y no debe esperar de cada una de las metodologías.

Reporte:

Los resultados de un sistema de reporte de eventos adversos son muy útiles para la identificación de las causas que han favorecido la ocurrencia de estos y que por lo tanto originan atenciones inseguras. El reporte no es la metodología a través de la cual se puede inferir cual es la frecuencia o el perfil de los eventos adversos en una institución.

Un sistema institucional de reporte de eventos adversos implica la definición de:

- Proceso para el reporte de eventos adversos
- Qué se reporta
- A quien se le reporta
- Cómo se reporta
- A través de que medios
- Cuando se reporta
- Como se asegura la confidencialidad del reporte
- Si se trata de solo auto reporte o puede existir el reporte por otros
- El proceso de análisis del reporte y retroalimentación a quien reportó
- Cómo se estimula el reporte en la institución

Análisis y gestión

Para que el reporte sea útil es necesario que se desarrolle un análisis de las causas que favorecieron la ocurrencia del evento adverso (EA), el "Protocolo de Londres" es la metodología utilizada ampliamente en Colombia y recomendada para el análisis de los EA.

Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo

 Orientado al riesgo que genere para la seguridad del paciente el proceso de atención en salud a cargo del trabajador de la salud.

 Ilustrado en lo posible con ejemplos de la cotidianeidad de la institución.

 La forma en que se presenten los contenidos al trabajador de la salud debe ser sencilla y concreta.

Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador

Procedimientos de referencia de pacientes:

Definir, implementar y realizar seguimiento a los procedimientos que aseguren que los pacientes que requieren atención de manera urgente, no sean referidos a otros centros sin que éstos garanticen, previamente su atención.

Procedimientos para la autorización de servicios:

Definir implementar y realizar seguimiento a los procedimientos que garanticen la realización oportuna de procedimientos y hospitalización en la IPS solicitante.

Análisis y medición de los tiempos de espera relacionados con la seguridad del paciente

Medir, analizar y tomar acciones con respecto a los tiempos de espera en la prestación de los servicios de salud que afecte la seguridad de los pacientes.

Seguridad en la entrega de medicamentos POS y no POS:

Elaborar, implementar y hacer seguimiento de los procedimientos que aseguren la oportunidad de entrega de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, así como la disponibilidad de los incluidos en el POS***.**

Estrategia de seguridad en los paquetes de servicios:

Acordar mecanismos que garanticen la continuidad y la seguridad en la atención, durante los diferentes momentos de transición de responsabilidad entre los prestadores de servicios.

Estandarización de procedimientos de atención

Diseñar y auditar procedimientos de puerta de entrada que garanticen la seguridad del paciente:

Se ha identificado como riesgo para la seguridad del paciente, los procedimientos iniciales de atención en las instituciones de salud.

Se debe diseñar, implementar y realizar seguimiento de la efectividad de:

- Procedimientos que garanticen que el paciente sea atendido de acuerdo con la prioridad que requiera su enfermedad o condición.
- Procedimientos que eviten la no atención del paciente con remisión a otros centros sin estabilización de sus condiciones clínicas.
- Procedimientos que eviten las esperas prolongadas para la evaluación de los pacientes (en salas de espera o en ambulancias), p.ej. interconsultas en el servicio de observación.
- Procedimientos que prevengan los errores en la determinación de la condición clínica del paciente y que puedan someterlo a dilaciones o manejos equivocados.

Desarrollar o adoptar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia:
Entendidas como la estandarización en forma cronológica y sistemática del proceso de atención del paciente durante su estadía en la institución.
- Para su diseño y desarrollo deben tenerse en cuenta no solo las patologías más frecuentes, sino un amplio numero de patologías posibles.
- Realizar evaluación de la guía, previamente a su adopción, con instrumentos diseñados para tal efecto (p.e.: instrumento AGREE o equivalentes)
- Incluir las guías de procedimientos de enfermería, de instrumentación quirúrgica y de todas aquellas disciplinas que intervienen en la atención (protocolización de la guía).
- Verificar la adherencia del personal a las guías implementadas.

Definir por parte de la institución los procedimientos que un profesional puede desarrollar, según estándares 8

Desde la gerencia de las instituciones se debe crear un direccionamiento, bien sea por un comité de credenciales o un grupo especifico que dentro de la institucion defina las prerrogativas que se entregarán a los profesionales de acuerdo con sus competencias y habilidades. Para tal definición se debe tener en cuenta no solamente el título otorgado por la institución universitaria, sino también el volumen de procedimientos hechos con anterioridad y la curva de aprendizaje**.**

Incluye aquellos profesionales y médicos entrenados en procedimientos de especialidades sin suficiente oferta en la ciudad sede de la IPS. Esto permite el aseguramiento de competencias del personal en salud

Identificar, analizar y definir conductas en procesos administrativos que pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes:

Al menos en:

- Seguridad de los Neonatos.
- Procedimientos para la oportuna entrega de suministros a las áreas.
- Protocolos de atención a pacientes motivados en razones administrativas y no clínicas: ej. La inducción a maternas solamente durante el día por razones de disponibilidad de personal y no por la condición clínica de la paciente.

Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos

La institución debe tener claro que la finalidad del reporte de eventos adversos es generar insumos para el análisis y la gestión. El conocimiento de la frecuencia y el perfil, se desarrolla a través de estudios de incidencia o de prevalencia, para el caso de las instituciones latinoamericanas se recomienda la utilización de estudios de prevalencia en capa, basados en la metodología IBEAS10

Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos

Las acciones para disminuir al mínimo posible y ojala evitar los eventos adversos asociados al uso de medicamentos, se inician desde la selección prudente del medicamento, administración y se extienden hasta el seguimiento (monitoreo) del efecto del medicamento en el paciente.

Algunos procedimientos que se han evidenciado como útiles para incrementar la seguridad del paciente y prevenir la ocurrencia de eventos adversos asociados a medicamentos son:

- Participación del Químico o farmacéutico en los procesos de dispensación y administración de medicamentos de acuerdo con el grado de complejidad.

- Asegurar la *dispensación* correcta de los medicamentos y los procesos de reempaque y reenvase de los mismos si aplica dentro del sistema distribución de medicamentos en dosis unitaria; realizar controles para el abastecimiento oportuno de los medicamentos y dispositivos médicos; controles en la recepción de la orden médica electrónica, y en la elaboración y/o adecuación y ajuste de concentraciones de dosis de medicamentos.
- Definir mecanismos para prevenir errores en la *administración* de los medicamentos (manejo incorrecto o administración errónea).
- Asegurar la calidad del proceso de nutrición parenteral (TPN) incluyendo el uso de guías e instructivos estandarizados y controles microbiológicos18.
- Identificar y definir los medicamentos con efectos secundarios importantes y molestos para los pacientes y realizar la advertencia correspondiente antes de su administración.
- Implementar procesos de vigilancia activa del uso de los antibióticos y de la información y educación que se realiza a la comunidad asistencial sobre el uso adecuado de medicamentos.
- Identificar los medicamentos de alto riesgo.
- Definir procesos de marcaje adicional de los medicamentos de alto riesgo clínico para que sean fácilmente identificados por el personal de enfermería y se extreme el cuidado en su uso.
- Definir procesos de marcaje adicional a los medicamentos de alto riesgo de confusión con otro por tener presentaciones físicas muy parecidas.
- Definir procesos para evitar errores asociados al uso de electrolitos como el potasio, el sodio y el calcio.
- Implementar procesos para el manejo de medicamentos que son de uso frecuente y que pueden tener efectos secundarios severos. (Ej.: dipirona y la vancomicina).
- Definir mecanismos para prevenir daño a los pacientes con terapia anticoagulante.
- Incluir en la *recepción* de los medicamentos la verificación de las órdenes de compra; incluir mecanismos que eviten la recepción de medicamentos y

dispositivos médicos defectuosos a través de la verificación del estado físico, cantidad, fechas de vencimiento, número del lote, vigencia del registro sanitario del

INVIMA y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena frío.

- Asegurar que en el proceso *almacenamiento* de los medicamentos, se incluya protocolo de gestión del riesgo, respetar la cadena de frío, realizar custodia a los medicamentos de control especial y hacer seguimiento a las farmacias satélites.
- Asegurar que el proceso de selección de los proveedores incluya visitas y evaluación periódica; se debe seleccionar solo aquellos que tienen respaldo legal y que realizan un manejo adecuado de sus medicamentos.
- Definir mecanismos de *compra* que eviten adquirir medicamentos que no cuenten con Registro Sanitario Vigente del INVIMA y para el uso que pretende dárseles; de origen fraudulento, de calidad no certificada y verificable. Deben incluir los conceptos técnicos de los responsables de las áreas asistenciales.
- Tomar en consideración la información que proviene de la fármaco vigilancia.
- Definir mecanismos para vigilancia activa en la detección, identificación y resolución de los problemas relacionados con medicamentos (PRM); especialmente en pacientes polimedicados y/o con estancia hospitalaria mayor a tres días.

1.6 METODOS DE LOCALIZACION, SELECCIÓN Y EVALUACION DE ESTUDIOS PRIMARIOS

La búsqueda de los artículos bibliográficos, guías y normas se investigaron en diferentes fuentes y/o bases de datos como: Pubmed, Scielo, Lilacs, Google académico, VSPCol-Literatura Colombiana en vigilancia en salud pública, Ministerio de Salud, Organización Mundial de la Salud; durante el segundo semestre de 2.013 y primer semestre de 2.014.

Las palabras claves empleadas para la búsqueda en las diferentes bases de datos fueron: seguridad del paciente, evento adverso, calidad. Se utilizaron los equivalentes en inglés: patient safety, adverse effects, quality.

En el artículo de revisión se tuvieron en cuenta: 1- La normatividad y guías vigentes. 2- Cultura de seguridad del paciente. 3- Calidad en la atención en salud. 4- Eventos adversos.

Los criterios de inclusión utilizados para el desarrollo del trabajo son:

a. Documentos publicados desde 2.007.
b. Publicaciones orientadas a seguridad del paciente a nivel mundial.
c. Publicaciones en español, inglés y portugués.
d. Artículos que en su contenido permiten aportar en temas de seguridad del paciente a las instituciones de salud.
e. Artículos que incluyan alguna de las palabras clave en su contenido, titulo o resumen.
f. Artículos que en su contenido expresen el método, muestra y resultados.

Los motivos de exclusión de los artículos buscados son: 1- Artículos publicados antes de 2.007. 2- Artículos que en su contenido no incluían muestra y resultados. 3- Artículos que no reflejan la situación actual en seguridad del paciente.

De los artículos encontrados, se seleccionaron y analizaron 50, de los cuales 38 en español, 10 en inglés y 2 en portugués. Después se documentaron las matrices de análisis con la siguiente información: Titulo, autor, año, ubicación del artículo en base de datos, citación bibliográfica, objetivo del artículo, palabras clave, conceptos manejados en el artículo, muestra, intervención, y proceso de medición, resultados, discusión y análisis personal.

Todos los artículos analizados se integraron en un mapa mental que contribuyo para la realización del artículo final.

2 MATRICES PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

ARTICULO 2.1

Titulo	Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia
Autor y Año	Olga Gómez Ramírez, Wendy Arenas Gutiérrez, Lizeth González Vega ,Jennifer Garzón Salamanca, Erika Mateus Galeano, Amparo Soto Gámez, 2010
Ubicación del articulo (base datos)	http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art09.pdf
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Gómez O, Arenas W, González L, Garzón J, Mateus E, Soto A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Ciencias y enfermería, 2011:1-15.
Objetivo del artículo	Caracterizar la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería en instituciones de tercer nivel en Bogotá, durante el primer semestre del 2009.
Palabras Clave	Seguridad del paciente, personal de enfermería, administración de la seguridad.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La preocupación por la seguridad del paciente surge a partir de la documentación de la incidencia de eventos adversos que impactan negativamente en la calidad de la atención en salud, tal como se indicó en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en 2002, en la que se mostró el alto costo de estos eventos en términos materiales y de oportunidad para los servicios de salud, y más importante aún, como determinante en la vigilancia y mantenimiento del bienestar del paciente. Singer y Hellings mencionan la necesidad de implementar estrategias de educación en el ámbito de la seguridad del paciente y específicamente en el reporte oportuno de eventos adversos. En otro referente teórico “Estado del arte del seguimiento a

	eventos adversos” se evidencian que los eventos adversos no son reportados y se menciona que “el 33% de los encuestados relatan que cuando existe una equivocación y ésta no afecta al paciente éste no es reportado”; en otro estudio se reporta que los profesionales de la salud, siendo las personas más importantes en el proceso, no reportan oportunamente, por miedo a las acciones punitivas en su contra. Pocos investigadores o pocas investigaciones revisan y profundizan el concepto de cultura de seguridad del paciente especialmente en el área de enfermería.
Muestra	La muestra fue tomada de manera aleatoria estratificada, conformada por 201 participantes (110 profesionales y 91 auxiliares de enfermería) que laboraban en instituciones prestadoras de servicios de salud de III nivel de atención en Bogotá, que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: ser trabajador activo en la institución seleccionada, ser profesional o técnico de enfermería y trabajar en el área clínica asistencial.
Intervención y proceso medición	Se utilizó la versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture adaptado por el grupo de investigación en gestión de calidad de la Universidad de Murcia, concebido como una herramienta para examinar de manera fiable las conductas y actitudes de los trabajadores del área de la salud relacionadas con la seguridad del paciente, y permite obtener información acerca de la cultura de seguridad y posteriormente identificar fortalezas y debilidades. Se trata de un cuestionario auto-administrado. La valoración de cada ítem se realiza por medio de la escala de Likert, en 5 grados de acuerdo a cada sección, para las secciones A y B: 1 muy en desacuerdo; 2 en desacuerdo; 3 indiferente; 4 de acuerdo; 5 muy de acuerdo, y para las secciones C y D: 1 nunca; 2 casi nunca; 3 a veces; 4 casi siempre; 5 siempre.

Resultados	Los resultados de la sección D se presentan con medidas de frecuencias y porcentajes, a razón de que esta sección contiene la información complementaria acerca de los participantes. Para la aplicación y validación de la versión española del instrumento se realizó una prueba piloto para garantizar la calidad del instrumento en términos de validez facial entre 36 participantes, encontrando que los ítems de la encuesta cumplieron con los criterios de claridad, precisión y comprensión.
Discusión	Reveló de manera positiva que el superior o jefe no pasa por alto los problemas de seguridad del paciente, sino que por el contrario son tomadas medidas correctivas, el personal que labora en las diferentes unidades no es el suficiente para garantizar la prestación de los servicios de manera óptima, lo cual se traduce en aumento de la carga laboral e impacta negativamente en la percepción del personal en cuanto al ambiente propicio para desarrollar conductas que favorezcan la cultura de seguridad, por otra parte los profesionales se sienten más seguros trabajando en su área específica de trabajo. El reporte de eventos adversos se realiza cuando estos afectan de alguna manera al paciente. Existe un bajo porcentaje de reporte de eventos adversos, a pesar de estar en contacto directo con el paciente.
Análisis Personal	Este articulo nos permite analizar los errores que se vienen cometiendo en muchas instituciones de salud, donde a pesar del trabajo en la cultura de seguridad del paciente, sigue sin entenderse que el reporte de los eventos adversos contribuye a la construcción de acciones de mejora que permitirán educar a todo el personal de las institución donde se labore, para así evitar que sigan sucediendo estas situaciones que afectan al paciente.

	En muchas instituciones la identificación del evento adverso sigue causando conductas punibles que afectan la hoja de vida o la estabilidad laboral, por tal motivo debe existir un aprendizaje organizacional desde la dirección o gerencia de las instituciones para poder motivar a todo el personal y que estas situaciones de evento adverso no sean castigadas, si no que sean un aprendizaje organizacional. A pesar que la investigación es amplia en los ítems analizados se quedó un poco corta en el análisis de cada uno de ellos, ya que se pudo brindar un análisis más profundo como herramienta para el sector.

ARTICULO 2.2

Titulo	Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina.
Autor y Año	José Joaquín Mira,Malhi Cho,Dolors Montserrat, Javier Rodríguez, Javier Santacruz, 2013
Ubicación del articulo (base datos)	http://bit.ly/SS9rCc
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Mira J, Cho M, Montserrat D, Rodríguez J. Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina. Rev. Panam Salud Publica.2013:1-7.
Objetivo del artículo	Elaborar recomendaciones para diseñar e implantar sistemas de notificación de eventos adversos en base a las experiencias de los países latinoamericanos
Palabras Clave	Seguridad del paciente; control de riesgo; sistemas de información en hospital; América Latina.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Los eventos adversos son incidentes que ocasionan un daño innecesario a un paciente son, la mayoría de las veces, resultado de una desafortunada cadena de acontecimientos. Se calcula que alrededor del 10% de los pacientes hospitalizados sufren eventos adversos, de los que aproximadamente la mitad son evitables. El análisis de las acciones inseguras contribuye a disminuir el riesgo de ocurrencia de incidentes desde la propia experiencia. La gestión del conocimiento generada por este análisis debe darse con sistemas de notificación funcionales. Los sistemas de notificación que involucran más a los profesionales son aquellos que son voluntarios y anónimos. La existencia de una adecuada cultura de seguridad del paciente es un requisito para el éxito del sistema de notificación y el funcionamiento del sistema de notificación contribuye a elevar la cultura de seguridad y la notificación es un signo de cultura de

	seguridad. Los factores que limitan el funcionamiento del sistema de notificación son la falta de notificación por las consecuencias punibles, la subnotificación y la sobrenotificación y el inadecuado aprovechamiento de la información.
Muestra	Se recogieron propuestas a partir de la experiencia de 17 propuestas de expertos nacionales en sistemas de notificación y 3 expertos de la Organización panamericana de salud.
Intervención y proceso medición	Mediante la metodología cualitativa Metaplán con una sesión de trabajo grupal realizada en agosto de 2.010 en México, con apoyo de la Organización Panamericana de Salud y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Previamente los expertos respondieron un cuestionario sobre su conocimiento, experiencia y puntos de vista de los sistemas de notificación. Se analizaron las características, el alcance, las barreras y las limitaciones, el método de registro de datos, el tipo de análisis y el retorno de la información relacionada con los sistemas de notificación y se discutió cómo involucrar a los profesionales en este proceso. Mediante el análisis de las respuestas y el discurso y la ponderación colectiva se priorizaron las propuestas.
Resultados	Se recogieron 73 recomendaciones sobre las características que deben poseer los sistemas de notificación y 90 sobre las barreras y limitaciones. Existió acuerdo en que la seguridad jurídica de los profesionales, la cultura de seguridad del establecimiento de salud, los incentivos, un sistema ágil para proporcionar resultados a los profesionales y una taxonomía unificada son temas clave para implantar con éxito un sistema de notificación. Los sistemas de notificación deben dirigirse a generar mecanismos de seguridad para mejorar la atención sanitaria.

Discusión	El estudio permitió identificar las características básicas de los sistemas de notificación de América latina a partir de las experiencias de los países participantes. Se mantienen diferencias con los enfoque de los sistemas de notificación de Europa, Norte América y Australia, como la necesidad de definir una taxonomía clara y satisfactoria en español, que se involucre más los directivos, más incentivos. Los enfoques con los que se trabaja en otros países son similares a los de América latina y buscar aprovechar la información para mejorar la calidad de los servicios. Se encontraron muchas similitudes en las dificultades encontradas en la implementación y gestión de los sistemas de notificación, cada centro debe revisar los planteamientos iniciales y adaptarse a sus necesidades y requerimientos. Los costos de diseño e implementación de las plataformas se deben tener en cuenta en la planificación. Entre las recomendaciones para América latina en la implementación de un sistema de notificación están: la definición de objetivos y determinar el uso de la información recogida que debe orientarse a mejorar la seguridad de los pacientes. Es importante que no sea punitivo y se debe preservar la seguridad jurídica del profesional y guardar la confidencialidad y el anonimato de las personas que notifican los casos de eventos adversos, se debe contar con incentivos que promuevan la notificación, se debe retroalimentar a los profesionales para prevenir la ocurrencia de nuevos eventos adversos. Los participantes manifiestan la complejidad de las herramientas utilizadas para el análisis de las notificaciones debido a su complejidad. Otras sugerencias dadas: garantías a los profesionales para que su participación no sea negativa, terminología homogénea y adecuada clasificación de los incidentes y eventos adversos,

	diseñar sistemas sencillos que faciliten la notificación, métodos de análisis claros con la participación de los profesionales, información clara sobre el sistema que se va a implementar. Los resultados pueden presentar limitaciones por el poco tiempo de trabajo de los sistemas de notificación de América latina y porque no refleja la visión de todos los centros de salud de los países participantes, sin embargo existe con censo en que los sistemas de notificación ayudan a identificas fuentes de error y riesgo para la seguridad del paciente cuando los profesionales comparten experiencias. Para el éxito de los sistemas de notificación se recomienda que los profesionales reciban información ágil y clara tanto en su participación como en los resultados, la participación de los profesionales debe ser voluntaria y garantizar que no sea punible Los sistemas de notificación deben adaptarse a las características de y necesidades de cada hospital.
Análisis Personal	Este estudio nos permite tener una visión sobre la implementación de los sistemas de notificación y que debemos tener en cuenta a la hora de elegir un sistema de notificación. Es importante que el grupo de trabajo determine que para la implantación de los sistemas de notificación cada institución debe pensar en cuáles son sus necesidades particulares y así no importar costosos sistemas que no van a aplicar en nuestras instituciones. Debemos tener en cuenta y es fundamental para promover la cultura del reporte que nuestro personal asistencial no puede ser sancionad al notificar un evento adverso pues esto cohíbe al personal de notificar cuando se presenta un evento adverso. Si se notifica desde su ocurrencia es posible con un sistema de notificación, un excelente análisis y una retroalimentación hacia

	todo el personal, que estos eventos no vuelvan a ocurrir o que disminuya su ocurrencia, garantizando así en las instituciones la seguridad del paciente Es importante el análisis de otros países de la región para tomar sus experiencias frente a la seguridad del paciente y sus sistemas de notificación, de tal manera que pueda constituirse en una referencia en la implementación de un modelo propio que satisfaga las necesidades de cada institución.

ARTICULO 2.3

Titulo	La prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud: un reto en el mejoramiento de la seguridad del paciente
Autor y Año	Álvarez Carlos, 2010
Ubicación del articulo (base datos)	http://revistainfectio.org/site/portals/0/ojs/index.php/infectio/article/view/62.
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Álvarez C, La prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud: un reto en el mejoramiento de la seguridad del paciente. 2010:1-2.
Objetivo del artículo	Implementar recomendaciones con el fin de lograr un mejoramiento en la atención y disminuir las infecciones asociadas a la atención en salud
Palabras Clave	Seguridad del paciente, infecciones intrahospitalarias, prevención, atención.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Las infecciones intrahospitalarias son un problema de salud pública y son un indicador de la calidad de la prestación y gestión del servicio. El aumento de antimicrobianos, las estancias hospitalarias prolongadas, el mayor riesgo de mortalidad y el aumento de los costos para el sistema de salud son las consecuencias de este problema. Los diferentes estudios adelantados en algunas instituciones permiten colegir que las cifra en nuestro país son mucho más altas y resaltan el impacto de las infecciones asociadas al uso de dispositivos vasculares, respiratorios, urinarios y de procedimientos quirúrgicos. Este tipo de infecciones son las principales causas de mortalidad y generadoras de costos extra para su atención. La vigilancia de las infecciones asociadas a la atención en salud es el primer paso para reducir el riesgo de infección, la función del comité es la vigilancia activa pero el papel fundamental son la prevención y control de la infección. Los comités hacen vigilancia y detección pero muy pocos hacen control y prevención.

Muestra	Dato nacional reportado oficialmente sobre la frecuencia 1,6% en 496 instituciones
Intervención y proceso medición	Diferentes estudios adelantados en algunas instituciones permiten colegir que las cifras en nuestro país son mucho más altas y resaltan el impacto de las infecciones asociadas al uso de dispositivos vasculares, respiratorios, urinarios y de procedimientos quirúrgicos.
Resultados	El documento propone la implementación de estas recomendaciones en las diferentes instituciones, con el fin de lograr un mejoramiento en la atención y, aunque algunas aparentemente puedan parecer "más costosas", un buen análisis de las tecnologías nos demuestra lo contrario. La introducción de algunas de estas recomendaciones en varias instituciones de países como Colombia, ha demostrado ser igual o más eficaz para la disminución de las infecciones asociadas a la atención en salud. Rosenthal propuso como estrategia el lavado de manos, el uso de clorhexidina para asepsia, maximizar las barreras estériles, disminuir el uso de catéteres y sistemas cerrados. Disminuyo la incidencia de bacterias asociadas a catéteres en 54% y mortalidad asociada a dicha bacteriemia hasta un 58%.
Discusión	Son estrategias para mejorar la seguridad del paciente los programas de vigilancia y control epidemiológico de las infecciones asociadas a la atención en salud y la implementación y adaptación de guías para su prevención y deben ser prioridad. Los estudios integrados de control de infección pueden disminuir las tasas de infección hasta un 30%. Las guías además de ser publicadas y difundidas se deben implementar y hacer seguimiento.
Análisis Personal	A pesar que el estado y las instituciones se preocupan por establecer o adoptar unas guías de manejo para la atención, falta compromiso de las

	instituciones para garantizar la seguridad del paciente, lo cual es posible a través de la socialización, implementación y seguimiento de las guías de atención. Se debe abordar de una manera más activa la construcción de programas de seguridad del paciente, teniendo en cuenta las causas de mortalidad y además generadoras de costos adicionales para las instituciones, con el fin de impactar positivamente en la atención en salud a nivel institucional, local, departamental y nacional. En las instituciones se debe trabajar con datos reales que evidencia de manera oportuna la realidad de las instituciones, lo cual permitirá la elaboración de programas de garanticen o promuevan acciones seguras en la atención en salud. Es importante mejorar los procesos en las instituciones en especial aquellos propuestos por Rosenthal que han tenido un impacto positivo en Colombia. La seguridad del paciente implica la implementación de políticas encaminadas a la prevención, vigilancia y control de las infecciones asociadas a la atención, lo cual nos obliga a generar estrategias que incentiven el cumplimiento de los protocolos y guías con calidad para evitar los riesgos asociados al proceso de atención.

ARTICULO 2.4

Titulo	Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad
Autor y Año	Elizabeth Villarreal Cantillo. 2007
Ubicación del articulo (base datos)	http://bit.ly/1q9ODEo
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Villareal E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007; 1-8.
Objetivo del artículo	Mejoramiento del sistema de prestación de atención sanitaria, para reconfigurar estructuras, reajustar incentivos.
Palabras Clave	Seguridad del paciente, evento adverso, cuidado de enfermería
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La seguridad de los pacientes es un tema que ha sido motivo de análisis, diálogo y reflexión para progresar en actitudes y habilidades éticas, a la luz de la tarea en Enfermería centrada en el cuidado. La necesidad de seguridad y reaseguramiento es la segunda en la escala de Maslow dentro de la jerarquía de necesidades. En el ambiente hospitalario hay riesgos y posibilidad de prácticas inseguras y eventos adversos. Hay muchos estudios que dan cuenta del problema. En los países tercermundistas y de economías en transición los eventos adversos ocurren por mal estado de la infraestructura, falta de recursos, equipos, medicamentos mal aplicados, desechos mal manipulados, personal insuficiente o no capacitación, falta de motivación entre otros. El consejo internación de enfermeras agendaron la identificación y reducción de errores con el fin de mejorar la seguridad y calidad del cuidado de la salud. Para evitar el error humano o incidentes se requieren acciones que velen por la contratación, formación y retención del talento humano para aumentar la seguridad. Los profesionales de enfermería están implicados en provisionar un ambiente seguro.

	Los eventos adversos incrementan los costos, ya que las estancias hospitalarias se prolongan. La seguridad del paciente es entendida como la reducción y mitigación de los actos inseguros dentro del sistema de salud. Se requieren estrategias para disminuir el riego: estado, profesionales en enfermería, profesionales de la salud, instituciones de salud, pacientes y comunidad.
Muestra	NO APLICA. Ya que el artículo es un compendio del análisis de diferentes investigaciones autores y organizaciones del área de la salud.
Intervención y proceso medición	NO APLICA. En el artículo no se evidencia un proceso de medición o intervención directa ya que es el análisis de investigaciones de diferentes autores y organizaciones de salud.
Resultados	El artículo muestra algunos resultados de otros estudios: Harvard Medical Practice Study indicó que un 4%de los pacientes sufre algún tipo de daño en el hospital; el 70% de eventos adversos produce incapacidad temporal y el 14% de los incidentes son mortales. En 1999, la publicación To err is human: building a saferhealth system, del Instituto de Medicina de Estados Unidos de América, aporta mayor información al respecto. Algunos reportes científicos establecen entre 1 y 10% de ingresos hospitalarios debido a errores en la medicación.
Discusión	Se requieren estrategias para disminuir el riesgo: El estado o la nación a través de un marco legal, los procesos de habilitación, pero falta más sensibilización de los profesionales; los profesionales de enfermería deben aplicar o determinar en la valoración del paciente aspectos importantes como la edad, nivel de conciencia, alteraciones sensitivas, movilidad, comportamiento, nivel emocional, comunicación, y riesgo de accidentalidad o vulnerabilidad; los profesionales de la salud deben actuar con buen trato, evaluar la seguridad, establecer

	los canales de comunicación, determinar los riesgos, informar el evento adverso, aprendiendo la lección, proporcionando espacios de ampliación y mejorando la comunicación; las instituciones de salud deben velar por la calidad del servicio manteniendo un adecuado número de personal, buscando la mejora continua, evitar culpar, velando por la operatividad de programas de lucha contra las infecciones; involucrando a los pacientes y a la comunidad, preguntando si tienen dudas, prestando atención al cuidado recibido, estudiando su diagnóstico, exámenes y plan de tratamiento, participando en todas las decisiones con respecto a su tratamiento.. La esencia de la enfermería es el cuidado de ahí que deben responder por un alto nivel de excelencia. La seguridad de los pacientes exige, en todos los niveles, el establecimiento de normas de calidad, en el proceso de toma de decisiones, la articulación de los recursos y las capacidades para responder a las necesidades del paciente. Hoy se puede decir que hace falta documentar más las evidencias científicas sobre la proporción que tales eventos adversos han alcanzado, por el subregistro de la información que se presenta debido a la resistencia del personal sanitario para notificar dichos errores, por miedo a que se interprete como negligencia en el cuidado y sea la base para posteriores demandas a causa de la mala práctica en salud.
Análisis Personal	Toda atención en salud implica un riesgo para la seguridad del paciente por tal motivo es importante que las instituciones realicen un abordaje integral de los riesgos asociados a la atención para minimizarlos y evaluar su ocurrencia frente a las acciones inseguras, con toda la confidencialidad y garantizando que el reporte no conlleve a acciones punitivas.

	De acuerdo a los estudios citados en el artículo se considera alto el porcentaje del 70% de eventos adversos que generan incapacidad, lo cual contribuye a incrementar los costos de la atención y del sistema de salud. Se debe trabajar en estrategias que disminuyan la mortalidad, ya que está asociada a incidentes, lo cual se pudo prevenir a través de educación, capacitación y aprendizaje del error con un programa estructurado. El planteamiento de la política de seguridad del paciente y el fortalecimiento de la cultura de seguridad hace necesario un enfoque motivador no punitivo, que lleve al personal al reporte sin sentir temor por las decisiones administrativas que puedan llegar a tomarse y puedan llevar a una acción de mejoramiento. El artículo se queda corto en mencionar más literatura un poco más actual que resulte más acorde a la realidad, en especial literatura colombiana que puede ser aprovechada en función de mejorar la situación de salud propia.

ARTICULO 2.5

Titulo	Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería
Autor y Año	Ángel Alfredo Martínez Ques, César Hueso Montoro, María Gálvez González, 2.010
Ubicación del articulo (base datos)	http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_07.pdf
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Martinez A, Hueso C, Galves M, Soto A. Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería, 2010:1-8.
Objetivo del artículo	El objetivo de este estudio es conocer y evaluar las barreras y oportunidades que los profesionales de enfermería detectan en su práctica clínica para el pleno desarrollo de la cultura de la seguridad en la práctica clínica cotidiana, así como los elementos clínicos que emergen del sistema y que se presentan como aliados para la puesta en marcha de la estrategia de seguridad e identificar posibles líneas de investigación futura en materia de seguridad clínica.
Palabras Clave	Enfermería; Administración de la Seguridad; Técnica Delfos; Investigación Cualitativa.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	De esta manera, la opción estratégica por la seguridad se ha incluido en las agendas de las instituciones, organizaciones y sistemas de salud. Pero más allá de iniciativas que puedan hacer parecer una cuestión de modas, la seguridad del paciente errores, además de proponer medidas para evitarlos, sabiendo que una parte de estos generan daños en los pacientes. Si como se dice, errar es humano, desarrollar medidas para evitar los errores es una necesidad urgente. Esas medidas por la seguridad del paciente comprenderían la Prevención Cuaternaria, definida como “el conjunto de actividades que busca evitar los daños innecesarios de la actividad médica”.

	Ahora bien, creemos que la preocupación ha irrumpido en la práctica clínica sin que se haya realizado una investigación sistemática y específica en torno a ella, indicándose en algunos estudios la pertinencia de abordar la seguridad como una prioridad de investigación en servicios sanitarios en el Sistema Nacional de Salud. Y, aunque algunas investigaciones han puesto el dedo en la llaga identificando errores, existe poca producción sobre medidas eficáces para trabajar en esta línea, si bien existe la creencia de que la seguridad del paciente ha sido y es una constante en el desarrollo profesional, y particularmente en el de los profesionales de enfermería. Lo que parece evidente es que esta estrategia de cambio está en su inicio y todavía no está suficientemente interiorizada. Es necesario por lo tanto, saber cómo se interpretan los cambios en seguridad y las percepciones alrededor de dicho fenómeno. El objetivo del presente trabajo es conocer y evaluar las barreras que los profesionales de enfermería detectan en su práctica clínica para el pleno desarrollo de la cultura de la seguridad en la práctica cotidiana, así como los elementos positivos que emergen del sistema y que se presentan como aliados para la puesta en marcha de la estrategia de la seguridad e identificar posibles líneas de investigación futura en materia de seguridad clínica.
Muestra	Se realizó una selección de participantes voluntarios. El grupo estuvo compuesto por 19 profesionales de enfermería del ámbito docente y asistencial, tanto de atención primaria como especializada.
Intervención y proceso medición	Se usó un diseño cualitativo evaluativo basado en la técnica Delphi modificada (Mini-Delphi), se observaron los principios éticos y legales establecidos en la ley de investigación biomédica española. Para facilitar las respuestas, las variables

	se ajustaron a una estructura similar a DAFO, las debilidades y amenazas se conceptualizaron como las barreras o limitaciones del entorno que afectan el desarrollo de la estrategia, las fortalezas y oportunidades se entendieron como factores que si son aprovechados pueden contrarrestar las debilidades y amenazas, generando condiciones ventajosas para el desarrollo de estrategias de seguridad. Cada participante lleno una hoja estructurada según las variables propuestas, el análisis se hizo en varias etapas: en una plantilla se incluyeron las ideas aportadas; reducción de datos ilegibles o duplicados; descubrimiento de categorías integradas en cada elemento de la matriz que agrupara de una manera lógica y coherente las ideas; descripción de cada elemento y sus categorías.
Resultados	Como resultado se obtiene: ➢ Barreras o limitaciones del entorno que afectan al desarrollo de la estrategia de seguridad. Las principales amenazas detectadas giran alrededor de cinco categorías: - La profesión como barrera corporativa - La organización e infraestructura de la asistencia sanitaria, que a su vez incluía cinco subcategorías • Variabilidad clínica, escasa protocolización y ausencia de liderazgo • Recursos materiales escasos • Inadecuación de proporción de profesionales y falta de trabajo en equipo • Presión asistencial y tiempo • Falta de incentivos y motivación - Ausencia de indicadores fiables de seguridad - Comunicación y cultura de seguridad

	- Formación en seguridad. ➢ Fortalezas y oportunidades: - Cambio organización - Fomento de la cultura de seguridad - Formación y desarrollo profesional - Relación con los pacientes - Investigación - Planificación estratégica
Discusión	El análisis realizado permitió conocer las inquietudes de los profesionales de enfermería acerca de la seguridad del paciente. Lo que desea es desvelar los principales obstáculos que estos profesionales identifican en la práctica diaria y los condicionantes que pueden favorecer un cambio organizacional hacia una verdadera cultura de seguridad del paciente. La ausencia de estudios similares limito la comparación. Otro estudio coincide con el presente estudio en que los problemas percibidos tienen que ver con la dotación de personal, ritmo de trabajo, la necesidad de que la gerencia debe tener una actitud más proactiva. El estudio revela más debilidades y amenazas por lo cual es necesario más estudios de investigación que aborden de una forma global la seguridad del paciente y el aporte de los profesionales en enfermería en la detección de errores en la mediación. Se debe trabajar en seguridad, se requiere más investigación y más formación en seguridad. La investigación y la formación son vistas como una amenaza cuando faltan pero son una fortaleza cuando está presente. Los enfermeros tienen mayor interés sobre temas de seguridad del paciente, pero es una

	amenaza la falta de conocimiento y formación sobre riesgos asociados a procesos y formación en seguridad.
Análisis Personal	Aunque el tamaño de la muestra es pequeño, son importante los hallazgos, que nos permiten trazar estrategias que impacten a las instituciones frente a la seguridad del paciente. Se debe realizar un análisis en cada institución y propender por convertir las amenazas encontradas en oportunidades. Crear cultura de seguridad del paciente no es una tarea fácil, se debe trabajar en la búsqueda de estrategias que involucren a los directivos, profesionales de la salud, personal administrativo, pacientes y familias de los pacientes. No basta conocer las políticas nacionales e institucionales de seguridad, se deben aplicar en el quehacer diario, en cada una de las actividades que realizamos debemos velar por la seguridad de los pacientes. Es necesaria la investigación para encontrar los factores que afectan desde el diseño, la implementación y el seguimiento a los programas de seguridad del paciente. Estamos de acuerdo con el artículo donde indica que los profesionales en enfermería son pieza clave en la seguridad del paciente pues quien más que ellos permanece, comparte, conoce y analiza todas las acciones frente al paciente. Vale la pena brindar todas las herramientas y formación para mejorar las competencias de estos profesionales, pero sin dejar de lado a todo el equipo de cada institución. Frente a las barreras o limitaciones encontradas que afectan el desarrollo de la estrategia de seguridad del paciente se encuentra la necesidad de incluir en el presupuesto de la

	organización un rubro para seguridad del paciente para disponer de los insumos, medicamentos, infraestructura, dotación, mantenimiento, personal, promoción de una cultura de seguridad del paciente y capacitación, que aunque son un costo adicional esto se verá reflejado en un futuro en la disminución de los gastos por eventos adversos. Como administradores de la salud se deben analizar los puntos críticos y relevantes que hacen parte de la seguridad del paciente.

ARTICULO 2.6

Titulo	La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil
Autor y Año	Wiliam Wegner, Eva Neri Rubim Pedro, 2012
Ubicación del articulo (base datos)	http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a02v20n3.pdf
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Wegner W, Rubin E, La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil 2012:pág.1-8.
Objetivo del artículo	Analizar cómo las acompañantes/cuidadoras y profesionales de salud reconocen los eventos adversos en las circunstancias de cuidado.
Palabras Clave	Seguridad; Niño Hospitalizado; Errores Médicos; Cuidadores; Personal de Salud
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La atención en salud envuelve diversas circunstancias que pueden comprometer la seguridad del niño y del acompañante. Los eventos adversos aguzan temáticas en los servicios de atención a la salud, las cuales son poco discutidas y contextualizadas por ser de una - por ser un difícil abordaje y muchas veces tratadas de manera velada por los profesionales e incluso por los usuarios. La cuestión de investigación que orientará el estudio es: ¿cómo y por qué las circunstancias de cuidado predisponen el niño hospitalizado a eventos adversos, comprometiendo su seguridad y protección? La tesis en la que éste estudio se apoya es que las circunstancias de cuidado predisponen el niño hospitalizado a eventos adversos en los escenarios de atención a la salud, lo que interfiere en la seguridad del paciente.

Muestra	Fue realizada con 15 acompañantes/cuidadores y 23 profesionales de salud de las unidades de internación de pediatría de un hospital-escuela de Porto Alegre, Brasil entre agosto y diciembre de 2010.
Intervención y proceso medición	El abordaje teorético-metodológico utilizado en esta investigación fue cualitativo y el dibujo de investigación electo fue estudio de caso del tipo exploratorio. El estudio de caso, mientras dibujo de investigación, es el análisis sistemático de diversas maneras de información que posibilitan alcanzar la comprensión de un dado contexto y de aquéllos inseridos en él. Permite preservar las características significativas, holísticas e integrales de los acontecimientos de la vida real cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no están claramente definidos.
Resultados	El proceso de análisis evidencio 7 categorías que fueron desarrolladas para confirmar y sostener la tesis. El estudio tuvo 38 participantes, de los cuales 15 eran acompañantes/cuidadoras del niño hospitalizado y 23 eran profesionales de la salud. Con relación a las acompañantes, se destaca que son madres con dificultades socioeconómicas y que viven desigualdades relacionadas a la educación, al acceso a servicios básicos y al mercado de trabajo. En cuanto a los niños, sus peculiaridades posibilitan afirmar que podrán ser usuarios constantes de los servicios de salud y con gran predisposición a problemas relacionados al proceso de crecimiento y desarrollo conferido por la condición crónica de la enfermedad y por cuestiones contextuales de la familia cuidadora. Entre los profesionales de la salud, es posible constatar que es un grupo experiente, maduro y calificado para asistir el niño hospitalizado. Primera categoría: Los eventos adversos identificados en las

	circunstancias de cuidado por la acompañante del niño hospitalizado. En esta categoría las madres identifican los errores del personal y con mayor preocupación el error en medicamentos, también se presentaron errores en la comunicación, examen físico, contaminación por el profesional, número insuficiente de personal, mala identificación, y agotamiento del cuidador. Segunda categoría: El cuidado seguro en el óptico de la acompañante del niño hospitalizado. Se listaron las estrategias para un cuidado seguro. La comunicación efectiva, el servicio individual, el acceso, el entender la información del estado de salud del niño, la calidad, la puntualidad, el lavado de manos y equipo, el trabajo en equipo vislumbran un cuidado seguro en el óptimo de los cuidadores. Tercera categoría: El papel del acompañante en la seguridad del niño hospitalizado: se trazan las responsabilidades de los cuidadores legales, Subrayando la fiscalización y vigilancia de las atenciones principalmente. El equipo de enfermería supervisa sin que se le sustituya. El acompañamiento de la cuidadora es un requisito para la seguridad del niño hospitalizado. Cuarta categoría: Hospital: ¿escenario de seguridad para el niño?: La presencia del equipo asistencial torna un ambiente seguro para la atención en salud. Quinta categoría: los eventos adversos en el óptico de los profesionales de la salud. Presenta las circunstancias que llevan a presentar errores en el cuidado a la salud de un niño hospitalizado. El erro en medicamentos es el más presentado y comentado por los profesionales y cuidadores. Sexta categoría: cuidado seguro: estrategias utilizadas por

	los profesionales de la salud. Presenta las tácticas utilizadas por el equipo profesional para un cuidado seguro. Revisión, conferencia, concentración y cautela potencia una atención segura. Séptima categoría: Por una cultura de la seguridad del paciente: propuestas educativas. El reconocimiento e identificación de errores es el primer paso para desarrollar la cultura de seguridad del paciente, el error es una posibilidad de enseñanza, La concepción de equipo es una característica para el desarrollo de la cultura organizacional.
Discusión	Para la calidad de la atención en salud al niño hospitalizado, es imperativo que los profesionales envueltos reflejen sobre su praxis, reorganizándose. Varias investigaciones han discutido sobre el papel de la madre/cuidadora que acompaña el hijo internado y los resultados coinciden con ese estudio en el que la acompañante del niño hospitalizado recibe atribuciones impuestas por el equipo de enfermería, que muchas veces delega diversas actividades de su capacidad para el familiar que está acompañando el niño en aquel momento. Se recuerda que algunas atenciones básicas relacionadas y nuestras críticas referentes a los procesos de trabajo, posibilitando encontrar soluciones y encaminamientos de manera colectiva. La estrategia de la rueda de conversa puede ser un medio de estimular los profesionales de la salud a conversar sobre los errores que emanan de su actuación profesional, pudiendo ser el primer paso para el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente. Los resultados apuntan a que el niño hospitalizado está expuesto a eventos adversos, lo que interfiriere en la

	seguridad del paciente. Lo anterior se da por procesos de atención no seguros que provienen de la planificación, ejecución, evaluación, monitoreo, de los profesionales encargados del niño y de la familia o cuidador.
Análisis Personal	Los pacientes hospitalizados y en especial los niños resultan ser más vulnerables a sufrir eventos adversos, este estudio nos permite identificar que el continuo acompañamiento de un cuidador es fundamental en la detección y prevención de errores que pongan en riesgo la seguridad del paciente. Los cuidadores, en especial las madres, están muy pendientes del medicamento, de la forma como el medico realizo el examen físico, como se tomó la muestra de laboratorio, como le suministraron tal medicamento, por consiguiente en una pieza fundamental en el trabajo arduo de evitar el error o evento adverso. De ahí la importancia en la educación a la familia del paciente sobre seguridad del paciente, ya que no es solo cuestión del personal asistencial o de la enfermera a cargo, es un trabajo en equipo donde juega las directivas, el equipo de profesionales y la familia. Es importante brindar a los cuidadores de este tipo de pacientes las herramientas que contribuyan a minimizar trámites administrativos, que permitan cumplir con sus labores de cuidador. Al equipo asistencial de las instituciones es importante escuchar a los cuidadores ya que en muchas ocasiones tienen información valiosa que puede aportan en la recuperación de salud del niño hospitalizado.

	Es importante brindar un ambiente seguro al niño hospitalizado desde la administración de las instituciones, donde se requiere atención oportuna, con calidad, con calidez, ya que el alejarse de su ambiente familiar puede ocasionar confusión al paciente y la familia, sobre todo en la población más vulnerable. El trabajo en equipo es fundamental para garantizar seguridad y crear un ambiente propicio para la atención en salud. Frente a las hospitalizaciones infantiles es común ver como una madre cuida a su hijo en una institución hospitalaria, pero es poco el interés que le prestan a esta madre los profesionales de la salud, ya que buscan la recuperación o tratamiento del niño y en ocasiones dejan de lado la educación y el fomento de la seguridad del paciente y vinculando al familiar al proceso.

ARTICULO 2.7

Titulo	Seguridad del paciente en la terapéutica medicamentosa y

	la influencia de la prescripción médica en los errores de dosis
Autor y Año	Escobar Gimenes Fernanda Raphael, Sabóia Mota María Ludermiller, Alux Teixeira Thalyta Cardoso, Bauer de Camargo Silva Ana Elisa, Perufo Opitz Simone, De Bortoli Cassiani Silvia Helena, 2.010
Ubicación del articulo (base datos)	http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_03.pdf
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Escobar F, Sabóia M, Alux T, Bauer A, Perufo S, De Bortoli S, Seguridad del paciente en la terapéutica medicamentosa y la influencia de la prescripción médica en los errores de dosis, 2010:pág.1-7.
Objetivo del artículo	Analizar la redacción de la prescripción médica en los errores de dosis ocurridos en unidades de clínica médica de cinco hospitales brasileños e identificar las clases farmacológicas envueltas en esos errores.
Palabras Clave	Errores de Medicación; Prescripciones de Medicamentos; Dosificación; Enfermería; Terapéutica; Farmacología Clínica; Sistemas de Medicación en Hospital
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Los errores de medicación son un grave problema en los actuales servicios de salud siendo considerados uno de los principales eventos adversos sufridos por pacientes hospitalizados. Entre todos los errores de medicación ocurridos en los hospitales, los de dosificación parece ser uno de los más frecuentes. En este contexto, las acciones del enfermero en la implementación terapéutica pueden modificar los procesos fármaco-dinámicos y fármaco-cinéticos de los fármacos, ya que es de responsabilidad de este profesional la administración del medicamento, dosis,

	horarios y reacciones adversas.
Muestra	La población fue compuesta de 1.425 errores de medicación y la muestra por 215 errores de dosis.
Intervención y proceso medición	Se trata de estudio descriptivo que utilizó datos secundarios obtenidos de en una investigación multicéntrica realizada en 2005. Para esto, fueron utilizadas las informaciones almacenadas en bancos de datos del EPIDATA versión 3.1 de los cinco hospitales investigados, contenidas en el instrumento de recolección de datos del estudio multicéntrico y que abordaba la prescripción de los medicamentos, así como datos sobre la preparación y la administración de las dosis. Para esto, se realizó la observación directa y no participante de las etapas en la preparación y administración, comparando, en seguida, las informaciones recolectadas con las prescripciones originales. A partir de la comparación, el error era identificado, clasificado y descrito.
Resultados	De estos, 44,2% ocurrieron en el hospital E. Se verificó: presencia de siglas y/o abreviaturas en 96,3% de las prescripciones; ausencia del registro del paciente en 54,4%; falta de posología en 18,1%, y omisión de la fecha en 0,9%. Con relación al tipo de medicamento, 16,8% eran broncodilatadores; 16,3% eran analgésicos; 12,1%, antihipertensivos y 8,4% eran antimicrobianos.
Discusión	Algunos estudios han apuntado que los errores de dosis es uno de los problemas más frecuentes relacionados a la administración de medicamentos, interfiriendo en la calidad de la asistencia prestada a los pacientes hospitalizados. Cabe anotar que un error en la dosis puede afectar la condición de salud del paciente, ineficiencia del tratamiento y en algunos casos llevarlo a la muerte.

	Cuando el prescriptor no específica la dosificación requerida en miligramos, optando por la utilización de abreviaturas o siglas, se corre el riesgo del paciente recibir una dosis de medicamento diferente de la prescripción una vez que fármacos como la dipirona, por ejemplo, presentan varias formas farmacéuticas disponibles en el mercado. De ahí la importancia de que los médicos prescriban de manera completa y sin abreviaturas las formulas médicas para evitar errores. En otros estudios mencionados en el artículo en una unidad básica de salud en Aracaju, se identificó la ausencia de la posología en el 40% de las prescripciones, y en otro hospital público se evidencio la ausencia de la posología en un 30.1% de las prescripciones. Cabe resaltar que las instituciones deben lanzar estrategias para minimizar el riesgo. Se deben evitar las siglas, abreviaturas, se deben realizar formulas claras, precisas y completas para minimizar el riesgo del equipo multidisciplinario y generar condiciones óptimas para la seguridad del paciente. El personal de enfermería aunque no es quien realiza la formula media debe tener conocimiento y estar seguro del medicamento que va a administrar de ahí que si existen dudas debe generar la alarmas para poder suministrar el medicamento en forma segura. El personal de enfermería debe conocer claramente aspectos farmacológicos, ya que puede inducir a errores como la inobservancia de la necesidad de administración de la dosis exacta necesaria y horarios adecuados, llegando a

	generar consecuencias clínicas para el paciente. El inadecuado manejo y administración de los medicamentos con lleva a poner en riesgo la salud y la seguridad del paciente, comprometiendo la calidad del servicio prestado e incrementando los costos por una prolongada hospitalización.
Análisis Personal	A menudo vemos como las formulas medicas presentan omisiones o abreviaturas en su prescripción, sin embargo hacemos caso omiso a ello o simplemente un tercero o nosotros damos nuestra propia interpretación a lo que el medico pretendió formular, este es un error que ha llevado a muchos profesionales y pacientes a problemas de tipo jurídico y problemas de salud correspondientes, lo que dispara las alertas por eventos adversos. La práctica de los 11 correctos y la cultura de una atención segura pueden llevar a las instituciones a disminuir los errores y los costos generados por estos eventos. De acuerdo a los estudios previos analizados se encuentra que la falta de posología se da en una institución en el 40% y en la otra en el 30.1% de las prescripciones, mientras en las instituciones estudiadas se encontró falta de posología en un 18.1%, lo cual indica que este porcentaje varía de acuerdo a las fallas que se encuentran en cada hospital. No obstante la utilización de siglas está en el 96.3%, situación que debe corregirse en todas las instituciones y que amerita la gestión para prevenir el posible error o evento adverso. La prescripción médica es una de las alternativas para mejorar la salud de los pacientes, sin embargo es necesario

	generar estrategias que minimicen el riesgo en la prescripción del medicamento, que contribuyan a un adecuado entendimiento de la prescripción, por parte del paciente, el equipo de salud, en especial los profesionales en enfermería, de tal manera que sean entendibles, con órdenes claras, que no conlleven a cometer errores en la administración y que pongan en riesgo la seguridad del paciente.

ARTICULO 2.8

Titulo	Error médico y eventos adversos
Autor y Año	Mena Patricia, 2.008
Ubicación del articulo (base datos)	http://bit.ly/1nzN67c
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Mena P, error médico y eventos adversos, 2008:1-8.
Objetivo del artículo	Revisar la literatura en relación a la actitud y la percepción del equipo de salud y los pacientes en relación a error médico y eventos adversos en sistemas de salud, especialmente en el contexto hospitalario de los sistemas públicos de salud.
Palabras Clave	Errores, eventos adversos, ética, pacientes, médicos, sistemas, demandas
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La tendencia actual descrita en la literatura es considerar los errores como parte del proceso médico, con un enfoque sistémico, cuya vigilancia y reconocimiento es fundamental en la mejoría de la calidad y la seguridad del paciente hospitalizado. Desde la ética, el nuevo paradigma de informar errores está muy establecido pero el marco legal no es tan claro, aunque internacionalmente hay cambios al respecto. Se describen algunas recomendaciones para asumir la situación frente a los pacientes y entender sus reacciones. Se espera una mayor transparencia en la información a futuro. Los errores médicos son parte inseparable del ejercicio de la Medicina. ¿Cómo se enfrenta hoy esta realidad? ¿Cuáles son las recomendaciones actuales para prevenir los errores? ¿Qué pasa en los hospitales donde los errores pueden ser producidos por una sucesión de situaciones

	provocando ocasionalmente graves consecuencias para el paciente? ¿Pueden los pacientes entender un error que podría haber influido o ser determinante en una evolución desfavorable? La mayoría de nosotros nos enfrentamos personalmente más de alguna vez a los errores médicos tanto desde el lado de ser profesional, como desde el ser pacientes. Cometer errores es inherente a la condición humana, especialmente en ámbitos en que la incertidumbre de ciertas variables en la toma de decisiones y la variabilidad misma de la biología humana, impide un resultado exacto.
Muestra	Se realizaron 39 búsquedas bibliográficas para realizar este artículo.
Intervención y proceso medición	Revisar la literatura internacional en Pubmed, y la nacional en Scielo y Google en relación a la actitud y la percepción del equipo de salud y los pacientes en relación a error médico y eventos adversos en sistemas de salud.
Resultados	El nuevo paradigma es un gran desafío. Paralelamente a éste debe realizarse una gran intervención educativa que acerque a la población a la realidad de la medicina, su falibilidad, un adecuado uso de programas de difusión médica, mostrando éxitos y fracasos, evitando dar la impresión de omnipotencia del desarrollo médico y por otro lado un manejo noticioso más ponderado de los casos de eventual error médico. La existencia de mediadores en salud de la nueva justicia procesal podría mejorar la comunicación entre pacientes y equipo médico cuando ésta se ha quebrado.
Discusión	Para disminuir errores médicos se debe promover el uso y disponibilidad de los análisis de medicina basada en evidencias, las guías clínicas, la epidemiologia; mantener

	una buena competencia profesional a través de programas de formación continua, el trabajo en equipo, un buen manejo de la ficha clínica, la estabilidad del equipo de salud y una óptima supervisión del personal en formación.
Análisis Personal	Todo el tiempo hablamos de programas de formación, capacitación y educación continua, sin embargo se debe aprovechar la academia para aprovechar ese cumulo de estudiantes próximos a convertirse en profesionales de la medicina a nivel mundial, para aprovechar esas ganas de servir y lograr en ellos un cambio de mentalidad que genere dos cosas importante: por un lado el aceptar que se errar es de humanos y que a pesar que se trabaja con un que cuenta con todos las habilidades y conocimientos existen factores que pueden inducir al error y por otro lado que estos errores que se producen se analicen y se vean como una oportunidad de mejora y quien será beneficiada será la misma humanidad. El análisis y la práctica de la medicina basada en la evidencia es uno de los planteamientos que hoy en día se desarrollan para tener métodos más efectivos en el análisis de casos en la prevención de eventos por errores médicos. Existe desconocimiento de los planes y programas de reporte de eventos adversos en las instituciones como lo muestra el articulo frente al documento extraído Reporting and Disclosing Medical Errors: Pediatricians Attitudes and Behaviors, lo cual es una desventaja si como habla el articulo solo la mitad conoce el sistema. De acuerdo a la planteado en este artículo a la pregunta ¿Cuál es la mirada de los pacientes? según el documento analizado por la autora, Rural Community Members' Perceptions of Harm from Medical Mistakes: A High Plains

	Research Network, si se brinda un ambiente en que los pacientes hablen con el equipo médico sobre los errores, dando para revisar los casos y dar educación sobre el curso de la enfermedad, complicaciones y eventos adversos, se puede modificar la precepción de los pacientes sobre el erro. Pero vemos como algunas instituciones no dan cuenta a los pacientes y familias sobre los errores despendidos de la atención en salud y como egresan de las instituciones sin recibir una explicación clínica o administrativa que satisfaga sus necesidades de información precisa, de ahí la importancia en trabajar en equipo para generar una información clara desde el inicio de la atención a través del consentimiento informado, donde se le informe al paciente y la familia todos los riesgos de la atención en salud sin perjuicio de que al momento de la ocurrencia se le brinde a la familia toda la información pertinente. Se debe continuar trabajando en el tema de seguridad del paciente, socializando toda la información que las instituciones adaptan o diseñan para cumplir con la política de seguridad, pero lo más importante es que se debe realizar retroalimentación con el equipo médico, para que conozcan que está sucediendo más allá de la atención en salud., ya que a veces la carga excesiva de trabajo por la escasa contratación de mano de obra contribuyen a que las instituciones se queden con la información a nivel administrativo y los planes de mejora quedan solo escritos.

ARTICULO 2.9

Titulo	Seguridad del paciente
Autor y Año	A.Muiño Míguez, A.B.Jiménez Muñoz, B.Pinilla Llorente, M.E.Durán García, F.J.Cabrera Aguilar, M.P.Rodríguezpérez, 2.007
Ubicación del articulo (base datos)	http://bit.ly/1lrYNwP
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Muiño A, Jiménez A, Muñoz, Pinilla Ll, Durán M, F, Cabrera F, Rodríguez M, Seguridad del paciente, 2007:pág.1-5.
Objetivo del artículo	Dar a conocer el tema de seguridad del paciente con el fin de disminuir los riesgos, detectarlos y mitigarlos cuando se producen, empleando estrategias dirigidas a reducir la complejidad, optimizar la información y la automatización de procesos. Aunque el progreso sea lento los cambios se están acelerando especialmente en la implantación de sistemas de prescripción electrónica y difusión de prácticas segura. A demás dar a conocer la situación de España frente al tema.
Palabras Clave	Seguridad del paciente, efectos adversos, calidad asistencial
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La atención sanitaria es cada vez más compleja, los procesos asistenciales suponen una combinación de actuaciones, tecnologías e interacciones humanas de un gran número de profesionales. Esto se asocia a un riesgo creciente efectos adversos y perjuicio involuntario para el paciente. .Este documento refleja la magnitud del problema de seguridad de la asistencia y la enorme

	repercusión sanitaria y económica que implica.
Muestra	NA
Intervención y proceso medición	NA. El articulo realiza una revisión bibliográfica para apalancar el tema
Resultados	Dados en España: Se detectaron 1.063 pacientes con EA durante la hospitalización, siendo la incidencia de pacientes con EA relacionados con la asistencia sanitaria de 9,3%(525/5.624);IC95%: 8,6-10,1%.Laincidencia de pacientes con EA relacionados directamente con la asistencia hospitalaria (excluidos los de atención primaria, consultas externas y ocasionados en otro hospital) fue de 8,4% (473/5.624); IC95%: 7,7-9,1%. El 17,7% de los pacientes con EA acumuló más de un EA. Del total de los 473 pacientes con EA relacionados con la hospitalización, en 105 (22,2%) el EA fue la causa del ingreso hospitalario (reingreso).El 42,8% de los EA se consideró evitable, en función de los criterios prefijados. La gravedad de los EA también se asoció a su evitabilidad, de tal forma que los EA leves eran evitables en un 43,8, los moderados lo eran en un 42 y los graves en un 41,9%.
Discusión	La gestión del riesgo se realiza en tres fases que son: identificación, evaluación y análisis y Tratamiento. .El compromiso con la seguridad requiere la adopción de objetivos ambiciosos y explícitos. Aunque de la implantación de nuevas tecnologías con sistemas informáticos amigables implementados con protocolos adecuados y basados en la evidencia científica cabe esperar una contribución importante, es prioritario la generalización de la cultura de la seguridad.
Análisis Personal	Es importante difundir y generar la cultura de seguridad del paciente, frente a la disminución del riesgo en la salud de

	los pacientes y frente a los costos que estos pueden ocasionar, apoyándonos en las nuevas tecnologías, la implementación de protocolos y prácticas seguras. Este estudio está muy relacionado con nuestro objetivo del tema propuesto seguridad del paciente, ya que recopila información valiosa de gestión del riesgo, detección del riesgo, epidemiologia, análisis del riesgo, estrategias de actuación y nos dan un aproximado de la situación de otro país España, frente al tema, para poder volcar nuestra mirada a nuestro país y establecer mecanismos y estrategias para mejorar la actuación ante el tema de seguridad del paciente.

ARTICULO 2.10

Titulo	Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente
Autor y Año	Olga Janneth Gomez Ramirez, Amparo Soto Gamez, Alejandra Arenas Gutierez, Jennifer Garzon Salamanca, Adriana Gonzalez Vega, Erika Mateus Galeano. 2.011
Ubicación del articulo (base datos)	http://bit.ly/1udWFcM
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Gómez O, Soto A, Arenas A, Garzón J, González A, Mateus E, Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. 2011:pág.1-12.
Objetivo del artículo	Presentarelresultadodeunprocesojuiciosodecríticadelestadodelarteyniveldeevidenciade los reportes de investigación en el tema de "cultura de seguridad del paciente", para ofrecer una descripción de la realidad encontrada al realizar un estudio de tipo sumativo documental y evidenciar necesidades y vacíos de investigación en este tema que sin duda está relacionado con el ejercicio profesional ético y competente.
Palabras Clave	Cultura, seguridad, paciente, percepción, enfermería
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Se resalta la importancia de promover una cultura de seguridad del paciente en la práctica profesional con el objetivo de brindar el máximo de satisfacción y bienestar a los pacientes; se hace indispensable poseer bases teóricas sólidas (reportes de investigaciones, estudios documentales de revisión) que apoyen los procesos destinados al logro de las propuestas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud y soportar la capacitación de quienes participan directa o indirectamente en la seguridad del paciente en su quehacer diario. ¿Cuál es la cultura de seguridad del paciente de los trabajadores del área de la

	salud, referida por la literatura científica disponible actualmente?
Muestra	12 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión y contribuyen a responder la pregunta del problema que se definió inicialmente en esta búsqueda.
Intervención y proceso medición	Modelo de síntesis propuesto por Schultz.
Resultados	Los estudios revisados son principalmente descriptivos, observacionales y exploratorios transversales; según la clasificación de los niveles de evidencia y recomendación, no representan un nivel alto de evidencia. Este hallazgo sugiere la urgente necesidad de realizar estudios de ensayos controlados y meta análisis que proporcionen un alto nivel de evidencia en el campo de la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los profesionales del área de la salud así como de los pacientes.
Discusión	Según la OMS, en los países en vía de desarrollo el 77% de los eventos adversos corresponden a casos de medicamentos adulterados y de baja calidad. El mal estado de la infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de las infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente, entre otros, conducen a una mayor probabilidad de que se presente esta alta incidencia de eventos evitables. Por lo tanto, en la mayoría de los países de América Latina la seguridad en la atención de los pacientes es una de las variables que determinan la calidad de la atención en salud, pues no solo es una obligación ética de las instituciones sino también una responsabilidad legal
Análisis Personal	La seguridad del paciente es un tema de actualidad que urge una mirada detallada en el día a día para implementar acciones necesarias para fortalecer la cultura de seguridad del pacientes

	en aras de la asegurar la prestación de servicios con calidad que satisfaga las necesidades del cliente con el mínimo riesgo y al menor costo. Se requiere más compromiso para adelantar estudios que aporten mayor evidencia frente al tema de cultura de seguridad del paciente con el fin de diseñar e implementar estrategias en función de la cultura y la seguridad del paciente en nuestras instituciones, pero no solo a nivel administrativo se requiere incluir en la planeación, ejecución y seguimiento a todo el personal asistencial.

ARTICULO 2.11

Titulo	Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de Medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario
Autor y Año	C. Jaraba Becerril, M.T. Sartolo Romeo, M.V. Villaverde Royo, I. Espuis Albas, M. Rivas Jiménez. 2.013
Ubicación del articulo (base datos)	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24406360
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Jaraba C, Sartolo M, Villaverde M, Espuis I, Rivas M. Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de Medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. 2.013.
Objetivo del artículo	Conocer cuál es la percepción sobre Seguridad del Paciente que tienen los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en un hospital docente de tercer nivel.
Palabras Clave	Seguridad del paciente, Servicio de Urgencias, Médicos residentes, Encuesta.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Hablar de seguridad del paciente es un tema prioritario, los centros de salud están realizando protocolos para así disminuir y evitar los eventos adversos pero falta enseñanza desde la academia ya que los planes formativos en España para especialidades no contemplan esta área. Estudios realizados en España reflejan que el 12% de los pacientes atendidos en urgencias presentan eventos adversos ocasionados por fatiga, sobrecarga, complejidad del paciente, estrés.
Muestra	Estudio descriptivo transversal participaron 52 médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de la Unidad docente de medicina familiar y comunitaria Zaragoza III.
Intervención y proceso medición	Para evaluar la cultura sobre seguridad del paciente que tienen estos profesionales, se utilizó la versión española del Hospital

	Survey on Patient Safety. Éste es un cuestionario que adapta al contexto español la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality y fue realizado por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia en el año 2005. Mediante 42 preguntas, la encuesta proporciona información relativa a las doce dimensiones de la cultura de seguridad. Además, en la versión española de la encuesta existe un anexo con 9 ítems adicionales, así como una pregunta sobre la calificación global de la seguridad en el servicio donde trabaja el encuestado, y otra sobre el número de incidentes notificados en el último año. Cada una de las 42 preguntas agrupadas en dimensiones cuenta con 5 posibles respuestas, según el grado de acuerdo o desacuerdo con cada ítem. Para trabajar los datos con mayor facilidad, se agruparon en 3 categorías siguiendo la metodología de otros trabajos que han utilizado este cuestionario previamente (respuesta positiva, respuesta neutral y respuesta negativa). Con los resultados calculados, se determinaron las fortalezas y debilidades, u oportunidades de mejora del servicio de urgencias.
Resultados	“El personal se apoya mutuamente” apareció como única fortaleza con una tasa de respuestas positivas del 81,8%, y no existiendo ninguna respuesta negativa en esta cuestión. En cuanto a los resultados por dimensiones, la mejor valorada hace referencia al “Trabajo en equipo dentro del servicio” con una tasa de respuestas positivas del 64,7%. La dimensión “Percepción de seguridad” también contó con una tasa de respuestas negativas del40, 9%. Ninguno de los médicos internos residentes encuestados había notificado incidentes en el servicio de Urgencias.

Discusión	En cuanto a los resultados obtenidos en este estudio, se debe destacar que entre las variables peor valoradas se encuentran varias que hacen referencia a la percepción de que no hay personal suficiente y que la carga de trabajo es excesiva. Según las encuestas, esto no permite atender de una manera óptima a los pacientes de urgencias. Los residentes perciben que el ritmo de trabajo que hay en el servicio pone en peligro la seguridad de los pacientes. Por dimensiones, las dos oportunidades de mejora encontradas son “Dotación de personal” y “Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente”. Las cuatro dimensiones de la cultura de seguridad responsables de más de la mitad de las respuestas negativas obtenidas en el estudio. Estas dimensiones son “Dotación de personal”, “Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios”, “Percepción de seguridad”, “Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente”. No se debe descuidar el alto porcentaje de respuestas neutras (superior al 50%) en cuatro de las doce dimensiones sobre la Seguridad del Paciente. Tres de ellas (“Frecuencia de eventos notificados”, “Retroalimentación y comunicación sobre errores” y “Aprendizaje organizacional y mejora continua”) hacen referencia a la notificación de eventos y a los mecanismos de los que se dispone para encontrar sus causas, y así evitar que vuelvan a producirse. En nuestra opinión esto podría estar motivado por un desconocimiento, por parte de los MIR, de los procedimientos y mecanismos con los que cuenta el servicio de Urgencias para preservar la seguridad del paciente. Nos reafirma en ello el dato de que ninguno de los 44 médicos encuestados había notificado ningún incidente adverso en el último año.
Análisis Personal	Hoy en día existe mucha literatura y herramienta de consulta y

	aplicación en el tema de seguridad del paciente, sin embargo en muchas ocasiones se queda esta información a nivel administrativo, ya que no se está socializando a nuestros técnicos y profesionales las medidas, los correctivos, los planes de mejora adoptados en nuestras instituciones. Para evaluar la cultura de seguridad del paciente en cualquier servicio de salud es indispensable dar a conocer los planes frente al tema, realizar talleres de concientización, sensibilización, motivación, porque se puede contar con un equipo capaz, con el conocimiento científico, pero sin el abordaje a nivel administrativo y el compromiso que esto implica no es posible abordar el tema de seguridad del paciente, por cuanto la capacidad instalada del talento humano no corresponde a la demanda de servicios, poniendo en riesgo la seguridad del pacientes, es una realidad que se vive en muchos centros asistenciales del país. La falta de instrucción, capacitación y socialización de los programas de seguridad del paciente permiten que los médicos y personal asistencial no reporten los eventos adversos, lo que impide una oportunidad de mejora frente a la situación presentada. El artículo es muy interesante frente a la muestra que se trabajó de profesionales de la salud, es importante resaltar que en esta muestra el apoyo mutuo del personal y el trabajo en equipo que pueden trabajarse como fortalezas dentro de nuestras instituciones donde se precise esta situación para trabajar y mejorar en temas relacionados con la seguridad del paciente.

ARTICULO 2.12

Titulo	Mejorando la seguridad de los pacientes: estudio de los incidentes en los cuidados de enfermería
Autor y Año	María Cecilia Toffoletto, Ximena Ramírez Ruiz. 2.013
Ubicación del articulo (base datos)	http://bit.ly/1kZLmnR
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Toffoletto M, Ramírez X. Mejorando la seguridad de los pacientes: estudio de los incidentes en los cuidados de enfermería. Rev. esc. Enfermería. 2.013: vol.47.pág.1098 a 1105
Objetivo del artículo	Analizar incidentes relacionados a los cuidados de enfermería por medio de la metodología del Protocolo de Londres y para dar a conocer los beneficios de la utilización del análisis causa raíz como una herramienta para la mejoría de la seguridad del paciente.
Palabras Clave	Cuidados críticos; Unidades de Cuidados Intensivos; Atención de enfermería; Seguridad del paciente; Análisis da causa raíz
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La seguridad del paciente según definición de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente es la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, es un componente constante y en estrecha relación con el cuidado, siendo el profesional de enfermería el protagonista en el proceso de análisis de los riesgos para la consecuente reducción y prevención de incidentes. La seguridad del paciente entra a ser importante en los años 90 con la publicación americana To Err Human: building a safer health system del Institute of Medicine donde se muestra muertes entre 44.000 a 98.000

	americanos al año donde gran parte de la causa de incidentes eran prevenibles. El análisis se hace basado en modelos reflexivos y sistemáticos, los errores son investigados desde el acto inseguro del personal de enfermería hasta las decisiones a nivel gerencial. El análisis de los objetivos se realiza de forma clara y objetiva, sin establecer culpables, permite identificar las causas, lo que permite general un plan de mejora. El Protocolo de Londres es una propuesta de análisis de incidentes basado en el modelo organizacional de James Reason, dónde actos inseguros que generan un incidente son vistos más como una consecuencia que como causa. Según sus autores es una herramienta que puede aplicarse entre 5-10 minutos y que permite identificar los principales problemas y factores contribuyentes relacionados a la ocurrencia de los incidentes. La investigación de incidentesse inicia con la decisión de investigar, selección del equipo investigador, obtención y organización de información, establecimiento de la cronología del incidente, identificación de las acciones inseguras, identificación de los factores contributivos y luego recomendaciones y planes de acción de reducción y prevención de nuevas ocurrencias. Estudios revelan los beneficios del proceso de análisis causa raíz, en la detección de las causas reales de los errores y consecuente elaboración de estrategias de prevención asertivas.
Muestra	Este estudio fue realizado en la UCI general de un hospital público situado en Santiago de Chile, el universo fue compuesto por un total de 18 incidentes notificados y

	relacionados a los cuidados de enfermería en errores de medicación y retirada no programada de artefactos terapéuticos ocurridos en el período de enero a marzo de 2012, la muestra para el análisis causa raíz fue compuesta por seis casos, siendo tres relacionados a medicamentos y tres relacionados a auto retiro de artefactos terapéuticos. Los seis casos fueron elegidos por la posibilidad de acceso a las fichas de los pacientes y recursos disponibles para la toma de datos, además de cumplir con el objetivo del estudio que es dar a conocer los beneficios de la utilización del análisis causa raíz como una herramienta para la mejoría de la seguridad del paciente.
Intervención y proceso medición	Estudio cuantitativo del tipo transversal que utilizó la metodología de análisis causa raíz, que consiste en investigar fenómenos por medio de la observación, descripción de hechos y de aspectos del contexto, determinando el cómo y por qué ocurrió dicho fenómeno, así posibilitando la determinación de las causas. El análisis causa raíz fue realizado de acuerdo a las fases propuestas por el Protocolo de Londres: Identificación y decisión de investigar, Selección del grupo investigador, Obtención y organización de información, Establecimiento cronológico del incidente, Identificación de las acciones inseguras e identificación de los factores contributivos, Recomendaciones y plan de acción
Resultados	Los incidentes relacionados a medicamentos fueron del tipo omisión de dosis, medicamento errado y dosis errada y los relacionados al auto-retiro de artefactos terapéuticos fueron del tipo auto retiro de drenaje, sonda nasogástrica y tubo endotraqueal.
Discusión	Según el artículo las estrategias y recomendaciones de

	reducción y prevención propuestas a partir de los factores contributivos son: • Socialización de normas de la institución frente a: manejo de vía venosa central, administración de medicamentos por vía venosa central y periférica. • Capacitación a integrantes del equipo de salud, sobre comunicación, con prioridad en la temática relacionada con la comunicación eficaz en cada momento de atención al paciente. • Diseñar e implementar un programa de inducción para personal profesional y técnico que ingrese a la institución. • Diseñar e implementar programa de capacitación continua en manejo de paciente que requiere cuidados especializados. • Implementar protocolo de sedación a pacientes con agitación psicomotora. • Socializar y entrenar respecto al protocolo existente de contención física del paciente con agitación psicomotora.
Análisis Personal	Aunque la literatura demuestra que la gran mayoría de incidentes no causan daño grave a los pacientes, si es de importancia su análisis para así evitar causar una lesión o un daño grave a los pacientes, además puede disminuir la ocurrencia a través de los planes de mejoramiento implementados. A pesar que el estudio concluye que la utilización del análisis causa raíz permite la identificación de los puntos vulnerables y por medio de estrategias y recomendaciones, posibilita la gestión pro activa en la prevención de fallas en el sistema, es importante el compromiso institucional desde

	el nivel administrativo partiendo de la revisión de los procesos de selección de personal con experiencia certificada, la inducción que abarque la lectura, comprensión, aplicación evaluación de protocolos de manejo y el acompañamiento de los superiores, en todo el proceso de entrenamiento para asumir el nuevo cargo. Además frente al análisis causa raíz es importante la socialización a todo el equipo asistencial y al nuevo personal el análisis y el aprendizaje resultante del mismo. No es nuevo escuchar que uno de los eventos adversos de mayor ocurrencia están relacionados con medicamentos, de ahí la importancia de los resultados y análisis de este tipo de artículos que proporcione a las instituciones unas estrategias claras para implementación en las instituciones que sirvan para disminuir el riesgo en la atención.

ARTICULO 2.13

Titulo	Medida de la mejora continua en la seguridad del paciente oncológico
Autor y Año	Mª Á. López-Montenegro Soria, A. Albert Marí, N. V. Jiménez Torres. 2.013
Ubicación del articulo (base datos)	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23789758
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	López M, Alber M, Jiménez N. Medida de la mejora continúa en la seguridad del paciente oncológico. Farm Hosp. 2013:pág.143-150.
Objetivo del artículo	Analizar la mejora continua en la seguridad del paciente oncológico, a través de la evolución de los indicadores de calidad establecidos tras la implantación de un sistema de gestión de la calidad según norma ISO 9001:2008, en una unidad de oncología farmacéutica.
Palabras Clave	Seguridad del paciente; Indicadores de calidad; Errores de medicación; Estándares de calidad; Oncología
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La prioridad de la calidad es fundamental, de ahí que las estrategias fijadas en los centros de salud para evaluar la calidad y la seguridad, a través de auditorías mejorando la atención y la seguridad del paciente. La implantación del sistema de gestión de la calidad con el objetivo de mejorar el proceso farmacoterapéutico y brindar seguridad al paciente. La seguridad es una de las dimensiones de la calidad, sin embargo un porcentaje alto corresponde a errores de medicación. Es así como en farmacoterapia se requiere un sistema de gestión de la calidad con el objetivo de prevenir los errores de medicación en cualquier fase del proceso

	farmacoterapéutico. El paciente oncológico a causa del estrecho índice terapéutico de los fármacos antineoplásicos y de factores relacionados con el paciente, la prevención de errores de medicación se considera un aspecto fundamental ya que las consecuencias derivadas se clasifican como graves, pudiendo repercutir en los resultados en salud, seguridad y efectividad, del tratamiento que recibe el paciente. La implantación de un sistema de calidad disminuirá el riesgo de presentar errores en la medicación.
Muestra	Se realizaron 140.440 preparaciones en la Unidad de Oncología Farmacéutica, para 4.770 pacientes, correspondientes a 52.906 pacientes-día.
Intervención y proceso medición	Estudio observacional prospectivo realizado entre Enero 2008 y Diciembre de 2011. La certificación ISO 9001-2008 de la Unidad de Oncología Farmacéutica incluyó los procesos de prescripción electrónica, validación, preparación, dispensación y administración del tratamiento antineoplásico. Se establecieron los indicadores de calidad: errores de medicación de preparación y dispensación que no alcanzan al paciente, y errores de medicación que alcanzan al paciente. Los indicadores se calcularon con una periodicidad trimestral a partir del aplicativo informático Farmis-Oncofarm®, se definió el estándar de cumplimiento en ≤1 error de medicación por mil y el seguimiento se realizó mediante gráficos de control. Se definieron dos periodos «postimplantación» (2008-2011) y «preimplantación» (2007) y se aplicó la prueba estadística U de Mann Whitney para comparar la mediana del indicador en ambos periodos. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas entre los periodos cuando p

	≤ 0,05.
Resultados	El cumplimiento del estándar durante el primer año de seguimiento (2008) en todos los indicadores ha permitido su reducción a ≤ 0,5 errores de medicación por mil preparaciones, en el caso de los errores de medicación de preparación y dispensación, y ≤ 0,5 EM por mil pacientes día, en el caso de los errores de medicación que alcanzan al paciente. La representación mediante gráficos de control de los errores de preparación que no alcanzan al paciente, nos indica que durante el periodo de seguimiento el valor medio del indicador ha sido de 0,36 errores de medicación por mil preparaciones. Respecto a los errores de dispensación que no alcanzan al paciente, el valor medio del indicador ha sido de 0,17 errores de medicación por mil preparaciones, en cuanto a los errores de medicación de validación farmacéutica, preparación y dispensación que alcanzan al paciente, la media del indicador durante el periodo de seguimiento ha sido de 0,15 errores de medicación por mil pacientes-día.
Discusión	Los sistemas de gestión de la calidad son herramientas que permiten mejorar la calidad farmacoterapeutica y seguridad del paciente. La utilización de la norma ISO 9001:2.008 se ha incrementado por su reconocimiento, potencia la cultura de análisis y aprendizaje. Uno de sus principios básicos la mejora continua a partir de la medición de indicadores de calidad a partir de un objetivo. La propia institución establece los criterios, indicadores y estándares. La implantación de sistemas de gestión de la calidad en la unidad oncológica farmacoterapeutica y el seguimiento de indicadores de calidad ha permitido medir y evaluar la

	seguridad farmacoterapeutica en el paciente oncológico e instaurar nuevos objetivos de calidad. Los resultados indican que se han alcanzado los objetivos predefinidos con reducción importante de los errores de medicación.
Análisis Personal	La muestra estudiada en este artículo es muy importante en tamaño, ya que permite realizar una análisis del mejoramiento posterior a la implementación de los norma ISO 9001:2008. La norma ISO 9001:2008 ha permitido el mejoramiento en los procesos en las instituciones de salud. Se evidencia la disminución en los errores de medicación, sin embargo es importante establecer disminuir a cero la incidencia de los errores de medicación y más en pacientes oncológicos pues debido a su estado de salud es mayor el riesgo frente al error. Es importante la implementación de los sistemas de gestión de la calidad ya que permiten fortalecer temas tan importantes como seguridad del paciente, concientizan a las personas para promover un cambio organizacional en función del bienestar de los pacientes y la empresa.

ARTICULO 2.14

Titulo	El punto de vista de los pacientes sobre la seguridad clínica de los hospitales. Validación del Cuestionario de Percepción de Seguridad
Autor y Año	José Joaquín Mira, Susana Lorenzo, Julián Vitaller, Medhi Ziadi, Lidia Ortiz, Emilio Ignacio, Jesús Aranaz.2.009
Ubicación del articulo (base datos)	http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009001100005
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Mira J, Lorenzo S, Vitaller J, Ziadi M, Ortiz L, Ignacio E, Aranaz J. El punto de vista de los pacientes sobre la seguridad clínica de los hospitales. Validación del Cuestionario de Percepción de Seguridad. Rev. méd. Chile. 2009, vol.137,pág.1441-1448
Objetivo del artículo	El objetivo de este estudio es establecer una medida con la que analizar la percepción de seguridad que tienen los pacientes que hablan español tras el alta hospitalaria.
Palabras Clave	Management, medical practice; Medication therapy management; Personal satisfaction; Safety
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Desde la perspectiva de los pacientes la ocurrencia de los eventos adversos ponen en riesgo la confianza y la relación entre el profesional y el paciente
Muestra	Invitación a 1.300 pacientes entre los a contestar a 1.300 pacientes a los 15-20 días del alta.El tamaño muestral fue calculado para un error máximo de 5%, p = q =0,50, y a de 95%. Se recurrió a un muestreo aleatorio con afijación proporcional, considerando el número de altas del año anterior y realizando dos cortes a lo largo del año. El tamaño muestral

	se incrementó para una esperanza de respuesta de 30%. 384 pacientes responden, 77 encuestas fueron desechadas, 307 encuestas de pacientes fueron analizadas.
Intervención y proceso medición	Estudio observacional, de validación de un cuestionario de percepción de seguridad de pacientes hospitalarios. El estudio de campo se realizó en 2008. Primero, se identificaron las dimensiones del concepto "seguridad" y, posteriormente, sus propiedades métricas. Se incluyeron cuatro dimensiones (validez de contenido): confianza en el médico y enfermero; comunicación positiva con los profesionales: percepción de seguridad ante determinados riesgos de la vida cotidiana; y capacidad personal para intervenir y prevenir riesgos. Para determinar la utilidad del cuestionario se contrastaron las siguientes hipótesis. Primero, la ocurrencia de evento adverso hace disminuir la confianza del paciente en profesionales y sistema sanitario. Segundo, cuando se informa un evento adverso se deteriora la comunicación con el médico. Tercero, cuando se sufre un evento adverso se experimenta reacción de alerta en futuras hospitalizaciones.
Resultados	Respuestas 384 pacientes 77 casos fueron descartados ya que no se contestaron de forma completa. El 49,3% eran mujeres, 5,4% tenía menos de 30 años y 53,8% más de 60 años. En la muestra consultada 10,1% informan que "algo no fue bien del todo", por lo que precisaron un tratamiento adicional (posible eventos adversos en 31 de 307 casos). 19 casos lo atribuyeron a errores a la medicación y en otros 19 a la intervención quirúrgica. El 21,1% de los supuestos errores de medicación y 26,3% de los quirúrgicos tuvieron, según los encuestados, graves consecuencias. En 7 casos el paciente informó sufrir ambos errores. La frecuencia de eventos

	adversos fue similar entre hombres y mujeres y entre los distintos grupos de edad.
Discusión	Esta línea de investigación se realiza sobre la percepción de los pacientes de los errores clínicos, busca implicar al paciente en el proceso asistencial y la toma de decisiones clínicas como estrategia para mejorar la seguridad. Los resultados arrojan que es improbable ser víctima de un error y que esa percepción de riesgo se incrementa tras sufrir un evento adverso. Las causas de los errores para los encuestados son falta de tiempo, fatiga de los profesionales y fallos organizativos, coincidiendo con el estudio Alberta. Los datos de este estudio sugieren que la confianza y la comunicación positiva con el médico están estrechamente relacionadas y contribuyen a evitar, en caso de evento adverso, la pérdida de confianza en los profesionales y en el hospital, en línea con lo sugerido por otros estudios. Cuando esta la sensación de riesgo es más probable que se actúe para minimizarlo, pero cuando esa sensación es exagerada puede tener el efecto contrario, máxime en el caso de los errores clínicos. Este estudio, confirma esta impresión y pone de relieve la importancia de actuar con el paciente que ha sufrido un evento adverso para minimizar futuras consecuencias negativas en su relación con cualquier unidad del Sistema Sanitario. Reducir los eventos adversos es un objetivo, hasta la fecha, la mayoría de las acciones han sido orientadas hacia los profesionales pero, cada vez es más frecuente, encontrar acciones dirigidas a los pacientes
Análisis Personal	A pesar que las instituciones han venido trabajando arduamente en concientizar a los profesionales sobre la prevención, reporte, análisis y planes de mejora de los

	eventos adversos, es clave para las instituciones lo que el estudio nos revela frente a la percepción de la seguridad que tienen los pacientes. Esto nos permite acortar la brecha entre profesional y paciente donde el grado de confianza alcanzado en el momento de la prestación del servicio debe ser alto por parte del paciente, para asegurarle que el servicio ofrecido garantiza la seguridad que el paciente está buscando y que tras la atención no se va a ver involucrado en alguna situación que ponga en riesgo su seguridad. Los profesionales deben buscar acercarse más al paciente, indagar, generar confianza, brindar educación, a la luz de una atención segura.

ARTICULO 2.15

Titulo	Factores que pueden afectar la seguridad del paciente
Autor y Año	Dr. José A. Betancourt Dr. Raúl J. Cepero Morales Dra. Clara Mirella Gallo Borrero
Ubicación del articulo (base datos)	http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000600002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Betancourt J. Cepero R, Gallo C. Factores que puede afectar la seguridad del paciente. AMC. 2011, vol.15,pág. 936-945.
Objetivo del artículo	Determinar factores que podrían afectar la seguridad del paciente a través de una investigación realizada en el Hospital Provincial y en el Hospital Pediátrico.
Palabras Clave	Servicios de salud; pacientes; salud laboral; seguridad.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La seguridad del paciente es la garantía de las personas de estar libres de sufrir cualquier tipo de daño cuando interactúan con algunos de los servicios de salud. Algunas causas de eventos adversos son las deficiencias en los sistemas de organización, la falta de comunicación y el entrenamiento inadecuado e interrelaciones de trabajo deficientes, la confusión de los papeles falta de supervisores y la falta de autoridad en el servicio de enfermería. Todo esto provoca riesgos en la seguridad del paciente. Las condiciones, el ambiente de trabajo y el insuficiente control y apoyo social tienen con frecuencia efectos negativos sobre la calidad de atención de salud. La confusión de enfermeras y de los supervisores y el cansancio entre los médicos puede afectar la calidad de atención del paciente y la salud del propio médico.
Muestra	Se realizó un estudio descriptivo a través de la búsqueda de

	información bibliográfica sobre la seguridad del paciente en las bases de datos disponibles en INFOMED.
Intervención y proceso medición	El estudio tuvo dos etapas. En la primera etapa se realizó una encuesta a trabajadores vinculados a la atención de salud. En la segunda etapa se realizó otra encuesta en el Hospital Pediátrico Universitario Eduardo Agramonte Piña y en el Hospital Provincial Universitario Manuel Ascunce Domenech. El método analítico utilizado para ambas encuestas fue la técnica de componentes principales, la cual permitió valorar la coincidencia de cada pregunta en relación a las posibles afectaciones a la seguridad del paciente. La encuesta se validó por criterios de expertos y se le realizaron pruebas de test y re-test. A la encuesta en general se le realizó un test de confiabilidad general. Se determinaron las correlaciones entre las variables (Pearson), los test previos (Coeficiente Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de Esfericidad de Bartlett antes de realizar el análisis de componentes principales. Los resultados se muestran en tablas parciales generados por el software SPSS 1.5.
Resultados	En la primera etapa en el Hospital Provincial Universitario Manuel Ascunce Domenech, la encuesta arrojó afectaciones en el ambiente laboral a nivel general de interconexión y comunicación, el nivel de gestión del conocimiento, la capacidad de enfrentar imprevistos, la capacidad técnica, el cansancio y la pérdida de concentración podrían afectar la seguridad del paciente. En el Hospital Pediátrico Universitario Eduardo Agramonte Piña, la encuesta realizada a técnicos relacionados a la atención de salud arrojó que la capacidad de enfrentar imprevistos, la capacidad técnica, el nivel de gestión del conocimiento, las afectaciones del ambiente laboral, la disponibilidad y uso de información en la red el

	nivel de interconexión y comunicación y el nivel de informaciones técnicas adecuadas son elementos importantes para garantizar la seguridad del paciente. La capacidad de adaptación a los cambios de estos técnicos es limitada porque aún hay señales de que persiste el pensamiento lineal. En la segunda etapa en el Hospital Pediátrico Eduardo Agramonte Piña, la prueba analítica utilizada permitió identificar problemas en el nivel de comunicación e información, en la percepción sistémica, la capacidad de enfrentar imprevistos y en el ambiente laboral.
Discusión	Según el artículo la técnica demostró ser adecuada para encuestas que evalúen el status de seguridad del paciente y ya tiene precedentes. El instrumento permitió identificar aspectos relevantes en los trabajadores de la salud, los cuales no coinciden en ambos hospitales, lo que pone evidencia que cada organización social es un sistema complejo con su singularidad e historia. Los problemas identificados podrían afectar la seguridad del paciente, por lo que a partir de su identificación se puede actuar contra estos. En la segunda etapa en el Hospital Pediátrico se identificaron como puntos débiles el nivel de comunicación e información, la percepción sistémica, la capacidad de enfrentar imprevistos y el ambiente laboral.
Análisis Personal	Como lo dice el autor cada institución es un sistema complejo, ya que cada una presenta diversas situaciones y factores, pero vale la pena determinar en cada institución cuales son los problemas que pueden afectar la seguridad del paciente para así implementar planes de mejora que puedan contribuir en la seguridad del paciente.

	Sigue siendo el conocimiento, la carga laboral, las comunicaciones, lo que genera riesgos en la atención, por eso es importante trabajar cada institución en forma particular de tal manera que se pueda identificar las fallas en las instituciones y así prevenir los eventos adversos que pongan en riesgo la seguridad del paciente.

ARTICULO 2.16

Titulo	Indicadores de calidad y seguridad del paciente en la enfermería de urgencias: un valor seguro
Autor y Año	Ortells Abuye, N, Paguina Marcos, M. 2012
Ubicación del articulo (base datos)	http://bit.ly/1kZGf7c
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Ortells A, Paguina M. Indicadores de calidad y seguridad del paciente en la enfermería de urgencias: un valor seguro. 2012 .pág.184-190
Objetivo del artículo	Cuantificar el grado de cumplimento de los indicadores de seguridad en el servicio de urgencias.
Palabras Clave	Calidad de la atención de salud; seguridad; atención de enfermería; urgencias médicas.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La seguridad del paciente como dimensión de la calidad asistencial que busca reducir y prevenir el riesgo en la atención en salud cada día tiene mayor importancia ya que es uno de los ejes de la política en salud. Se hace necesario un llamado a la seguridad ya que en Estados Unidos se reportó una cifra de 98.000 muertes que pudieron ser evitadas, en España el informe ENEAS mostró que el 9,3% de los pacientes ingresados en un hospital sufren algún efecto adverso relacionado con la atención sanitaria. Las causas son el uso de medicamentos, infecciones nosocomiales y la aplicación de técnicas y procedimientos. La Organización Mundial de la Salud promueve campañas internacionales de sensibilización. El personal de enfermería debe realizar menos de 10 minutos el 85% de los triajes y el 95% de los electrocardiogramas en síndrome coronario aguda y en

	menos de 30 minutos el 100% de las fibrinólisis indicadas en caso de infarto agudo de miocardio para reducir la mortalidad y morbilidad, toda identificación de pacientes debe ser correcta, esta implementada a partir del 2.099 a través de pulsera según el área la asepsia de los catéteres endovenosos debe ser correcta también.
Muestra	Estudio observacional transversal. En el servicio de urgencias se atendieron un total de 55.016 urgencias durante el 2010 con una media diaria de 150 visitas. Se excluyen los abandonos del servicio sin hacer previamente el triaje.
Intervención y proceso medición	Los indicadores y variables del estudio son: tiempo de triaje, tiempo puerta electrocardiograma, tiempo puerta aguja en infarto agudo de miocardio, identificación de paciente, asepsia de catéter endovenosa. Se registran a nivel informático todas las horas desde la entrada del paciente, hora triaje, hora enfermera box, hora médico, hora tratamientos, pruebas realizadas y hora alta. Se contabilizan las demoras de las variables tiempo de triaje, tiempo puerta electrocardiograma en síndrome coronario agudo y puerta-aguja en infarto agudo de miocardio. Este registro se realiza de forma mensual por el departamento evaluación información y recerca. Se realiza una auditoría interna 2 veces al año y otras 3 veces al año. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS 15.0 y consistió en una descriptiva univariable mediante frecuencias.
Resultados	Frente al tiempo del triaje se valoran 52088 urgencias, donde no se cumple el 85%, ya que solo el 80.3% se realiza en menos de 10 minutos.

	De las 181 urgencias con diagnostico se síndrome coronario agudo se le realiza electrocardiograma solo al 26% cuando el estándar es del 95%. De los 19 registros de infarto agudo de miocardio candidatos a fibrinólisis, excluyendo a los candidatos de angioplastia primaria y los que la fibrinólisis no está indicada, se realiza la fibrinólisis en un tiempo menor de 10 minutos al 32% cuando el estándar es del 100%. La identificación correcta de los usuarios es del 97,56% el estándar es del 100%. El 90.9% de los catéteres endovenosos mantienen una correcta asepsia
Discusión	El tiempo de triaje no cumple el estándar de calidad, como causa se tiene la toma de constantes en triaje de los grados 1,2, 3 y, según necesidad, de los grados 4 y 5, en adultos y niños, así como en todas las pacientes que van a sala de partos, siendo suficiente la valoración de signos clínicos y por otro lado la falta de personal ya que solo una enfermera se encarga del triaje y debe asumir otras funciones en la Unidad de Soporte Vital Avanzado. El tiempo hasta realizar un electrocardiograma solo se cumple en un 26%, muy lejos del estándar, las enfermeras del triaje lo solicitan pero no necesariamente los toman. El tiempo hasta realizar una fibrinólisis indicada en infarto agudo de miocardio está muy por debajo del estándar. Este estudio revela como causa del retraso la demora en la

	realización e interpretación del electrocardiograma, la preparación del fármaco y la demora en la interconsulta, de ahí que el estudio considera importante una buena preparación de la enfermera de triaje. Casi el total de los pacientes fueron identificados 97,6%, las causas de no identificación son la falta de realización del triaje en la sala habilitada en los casos cuando vienen de consulta externa y la no reposición cuando a los pacientes se les somete a algún procedimiento. Frente a la correcta asepsia de los catéteres endovenosos el 9% no se cumplió como causa se tiene la presión asistencial y la falta de protocolo de revisión sistemática de vías periféricas en urgencias. Entre las limitaciones del estudio está la fiabilidad de las horas registradas automáticamente ya que los ordenadores podrían no estar bien sincronizados y la reducida muestra obtenida de las auditorías para evaluar los indicadores sobre la correcta identificación del paciente y asepsia.
Análisis Personal	Este estudio nos muestra como estamos las entidades abordando de manera inapropiado la atención inicial de urgencias y muestra la complejidad y la importancia que tiene el triaje para una atención oportuna y segura. De ahí que en las instituciones debemos trabajar en fortalecer el acceso, la oportunidad y la capacidad resolutiva del personal asistencial como punto de partida para direccionar una buena atención. A pesar que la asepsia y la identificación del paciente se

	acercan mucho al estándar de calidad, se debe trabajar en este sentido para asegurar la calidad en la atención de los pacientes y no poner en riesgo la seguridad del paciente. En cuanto a los tiempos hasta realizar el electrocardiograma y fibrinólisis consideramos que hay un trabajo amplio por realizar ya que desde el ingreso del paciente por urgencias pasa un tiempo importante que pone en riesgo los pacientes con patologías que ponen en riesgo su vida. Como administradores de la salud se ve la necesidad de implementar un plan de mejoramiento prioritario donde se realice la revisión de los protocolos, talento humano y los tiempos de ejecución para que se garantice la atención y resolución oportuna de los casos.

ARTICULO 2.17

Titulo	Evaluación de la calidad de la atención hospitalaria en el Brasil: una revisión sistemática
Autor y Año	Juliana Pires Machado, Ana Cristina Marques Martins, Monica Silva Martins.2.013
Ubicación del articulo (base datos)	http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000004
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Machado J, Marques A, Martins M. Evaluación de la calidad de la atención hospitalaria en el Brasil: una revisión sistemática. 2013; pág. 1063-1082.
Objetivo del artículo	Revisar la literatura sobre los estudios de evaluación de calidad de los hospitales en Brasil y analizar los enfoques principales, metodologías e indicadores utilizados.
Palabras Clave	Evaluación de la Calidad de la Atención de la Salud; Servicios Hospitalarios, Indicadores de Calidad de Atención de Salud
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La evaluación de la calidad es cada día más importante. Se han desarrollado metodologías en la mejora de control del gasto, costos, atención y variaciones clínicas. Se viene realizando un seguimiento al desempeño clínico en la atención hospitalaria y es importante la publicación de las tasas de mortalidad y los indicadores de seguridad del paciente. Otros indicadores son utilizados en otros países para comparar la calidad de los servicios hospitalarios y los programas de mejora de la calidad. En Brasil se da la creación de la Comisión Nacional para la Calidad y Productividad en la Salud, en el marco del Programa Brasileño de Calidad y Productividad en 1994 para la formulación de directrices para la estrategia de aseguramiento de la calidad, la producción de consenso y guías clínicas por las sociedades profesionales desde 1996, la publicación del Manual

	de Normas para Hospitales en 1998 y la formación del Consorcio Brasileño de Acreditación (CBA) en 1998. Se implementa el sistema de monitoreo de la calidad de los servicios de salud. En 2005, los Servicios Nacionales de Evaluación del Programa de Salud. Desde el 2.004 se hace la divulgación de la calidad de los operadores de los planes privados de salud, la Agencia Nacional de Salud, que incluye la evaluación de las empresas, dimensión a la atención de la salud, además de los programas y acciones para la seguridad del paciente y la calidad en el cuidado de la salud desarrollado por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria de acreditación. Existen muchas iniciativas para evaluar y mejorar la calidad como la acreditación, certificación y satisfacción de pacientes, además del marco conceptual para la evaluación del desempeño del sistema de salud brasileño.
Muestra	Se aplicó la revisión sistemática de los trabajos científicos, las tesis y disertaciones que utilizan los análisis empíricos sobre el tema, publicados entre 1990 y 2011. Se identificaron 2.169 documentos. De este total, 1.844 fueron excluidos del análisis del título, 244 después de leer el resumen y el análisis y 22 después de leer y analizar el texto completo. De las referencias de los 59 trabajos seleccionados, se identificaron más de 23 otros documentos para leer el resumen y la aplicación de los criterios de inclusión. Después de leer los textos completos, 20 de estos artículos fueron excluidos, y 3 se incluyeron mediante la adición de un total de 62 artículos incluidos en este estudio que representa a 48 estudios diferentes.
Intervención y proceso medición	En la revisión sistemática, trabajos de investigación, disertaciones y tesis que examinaron fueron seleccionadas de la calidad de la atención prestada en los hospitales brasileños entre enero de 1990 y diciembre de 2011. Se incluyeron los estudios empíricos cuyo ajuste fue hospital y que, en su análisis,

	que se refiere a la evaluación de la calidad de los servicios o la prestación del hospital. Los estudios teóricos en el campo de la evaluación de los servicios, los estudios dirigidos a los métodos de evaluación de la calidad, análisis de la calidad de la atención primaria o la gestión de hospitales, analiza el desempeño del sistema de salud, los estudios sobre el acceso, los estudios vinculados a renta variable, se excluyeron los estudios la investigación del cumplimiento en la adhesión a los protocolos clínicos o idoneidad científico-técnica de los procedimientos específicos, así como los estudios de evaluación de tecnologías, estudios descriptivos de morbilidad o factores de riesgo y estudios que no utilizaron los datos de los hospitales brasileños. No hay filtros se aplicaron para seleccionar específicamente los hospitales públicos o privados, que incluían a todos los que eran aptos para buscar estrategias, independientemente de su naturaleza jurídica o la fuente de los fondos para el hospital que realiza.
Resultados	Se destacó entre los documentos seleccionados 11 artículos Revista de Salud Pública, 9 tesis doctorales, artículos 8 de la Revista de Salud Pública , 5 de los Artículos Brasileiros de Cardiología, 3 Revista Latinoamericana de Enfermería y 3 tesis doctorales. Otras 21 revistas tienen artículos seleccionados para esta revisión; revistas nacionales fueron los medios más comunes de difusión de los análisis, a pesar de que también se observan en 10 publicaciones diarios internacionales. Los análisis presentados en esta revisión de las evaluaciones de calidad realizadas en Brasil se refieren a un total de 62 publicaciones y 48 estudios diferentes. Es de destacar que entre las 9 disertaciones y tesis seleccionadas, sólo 3 habían publicado como artículos relacionados con el mismo estudio. Los diseños de los 48 estudios son observacional, transversal,

	se observaron 3 estudios cualitativos, 2 estudios de casos y controles y 1 estudio de cohorte para el que fueron publicados dos documentos, uno de ellos informar de los resultados de la cohorte, y los otros datos que presentan desde un caso-control anidado. La principal fuente de información utilizada fue la SUS Sistema de Información Hospitalaria, en 18 estudios, 14 estudios tuvieron como fuente de información Sistemas de información locales. Tener la recopilación de datos primarios a través de entrevistas, cuestionarios y observación directa se informó en 15 estudios. En cuanto al enfoque de la calidad observada en los estudios, 21 estudios analizaron aspectos con el proceso y el resultado, 12 estudios han tratado de estructura, proceso y resultado, el proceso sólo 7 estudios, 6 estudios de resultados y 2 estudios de la estructura y el proceso. La relación entre las muertes observadas y esperadas se calculó en 6 estudios, y las muertes por causas evitables se estima en 3 estudios. Aparte de ser el indicador más utilizado como medida de la eficacia de los servicios, la tasa de mortalidad se aplicó sólo en 10 estudios. La tasa de readmisión, aplicado como se calculó una medida de la eficacia de los servicios hospitalarios en sólo 1 estudio, que también se aplica a la tasa de mortalidad. La eficacia de la atención también fue explorada en dos estudios cualitativos que se han calculado tasas y 1 estudio acerca de la eficacia como factor de evaluación para el índice global de satisfacción. Además de la tasa de idoneidad a la atención, medido en 14 estudios, 1 estudio abordó la dimensión apropiada de análisis cualitativo y sin cálculo de impuestos, y 1 estudio abordó la adecuación de la evaluación como factor para el índice global de satisfacción.

	Cerca de 12 estudios que abordaron la dimensión de seguridad, la tasa de eventos adversos y errores de medicación como indicadores fueron aplicados en 11 estudios y 4 respectivamente, y fueron utilizados exclusivamente como medidas de resultado en cada uno de los 2 estudios. El método utilizado predominantemente para analizar la calidad de los servicios hospitalarios de las mediciones descrito estaba calculando las tasas brutas (16 estudios). Se utilizaron las tasas estratificadas o ajustadas con análisis bivariados en 8 estudios. De los 16 estudios que utilizaron tasas brutas como una medida de resultado, que ha medido más eventos adversos, errores de medicación, la adecuación de la atención y la satisfacción. Sin embargo, en cuatro estudios, la tasa bruta de mortalidad se calculó, aplicado en tres de ellos, como una medida para la clasificación de los establecimientos en función de su grado de rendimiento, y uno de ellos, aplicado para la comparación entre los resultados de los períodos en un hospital obtenidos. Es importante destacar que estos cuatro estudios, la cuestión de la necesidad de ajuste de riesgo de las tasas de mortalidad se discutió en 2 de ellos, y en los otros 2 estudios, hay más de un artículo publicado, y en un, la tasa de mortalidad se presenta en forma estratificada. La clasificación de los hospitales por el nivel de calidad se presenta en 16 estudios, mientras que 1 estudio publicado el ranking entre los mismos sectores de la institución de salud. Es de destacar que, entre los estudios que la clasificación de establecimientos o servicios, 3 aplicado a la misma, tasas brutas de mortalidad sin ajuste de riesgo. Los factores relacionados con el paciente, los estudios han explorado las variables: género, edad, raza / color, diagnósticos de primaria y secundaria, las tasas de comorbilidad, uso de la

	UCI del hospital de especialidad (médico o quirúrgico), tipo de ingreso (electiva o urgente) , el uso de procedimientos selectivos, el peso al nacer, la escala de riesgo, nivel de gravedad. El tamaño, el volumen promedio de los ingresos generales o por causas específicas, legal, nivel administrativo, la complejidad de la atención, la actividad: En relación con el hospital, se exploraron las variables la educación, la ubicación geográfica, el diagnóstico y el perfil demográfico de los pacientes, los valores medios recibidos para la admisión, llenar en la financiación, la atención de emergencia (sí o no), las características físicas de la estructura. Estas variables, se destacaron por su uso para estratificar las tasas, edad, sexo, diagnóstico principal y una medida de la gravedad o el rango de riesgo específico para la materia de estudio.
Discusión	La revisión realizada indica que la publicación de estudios sobre la calidad de la atención hospitalaria de Brasil ganó el volumen, principalmente a partir del año 2004. También se observó, en Brasil, la preocupación por el enfoque de las características de la estructura requerida por la discapacidad en la oferta profesional y adecuada a la prestación de los entornos de atención, lo que rara vez ocurre en los estudios de los países desarrollados. A pesar de la falta de consenso mundial sobre la definición de las dimensiones y medidas de calidad, los temas más frecuentemente utilizados en todo el mundo para construir indicadores de calidad incluyen la eficacia clínica, la seguridad del paciente y la eficiencia que, cuando se aplica a la clasificación propuesta por PRO-ADESS, se miden a través de indicadores relativos a la idoneidad de las dimensiones, la seguridad, la eficacia y la eficiencia. Las principales limitaciones de esta revisión están relacionados con la exclusión de los documentos gubernamentales, informes

	de investigación, libros, documentos de trabajo, publicaciones no indexadas en las bases de datos consultadas e indexados por otro descriptor que no están incluidos en las bases de datos bibliográficas de la ecuación de búsqueda, además de las tesis disertaciones publicadas a nivel internacional y por lo tanto no puede llegar en la búsqueda de estrategias adoptadas. Esta revisión identificó un aumento reciente en la literatura económica nacional sobre la calidad de la atención hospitalaria. Sin embargo, en comparación con el volumen de los artículos disponibles en la escena internacional, en Brasil, la producción aún es limitada en tamaño y alcance de los análisis. Aun así, y aun teniendo en cuenta que las agencias recientemente gubernamentales o reglamentarias se han comprometido en este ámbito y publicado el resultado de las evaluaciones de desempeño, el panorama se presenta en este trabajo aporta elementos importantes al debate sobre la calidad de los servicios hospitalarios en el país. Se hicieron evidentes, sobre todo cuando se necesitan las lagunas, problemas y retos que superar para continuar con este tipo de evaluación en el país, contribuyendo con sus resultados a la reorientación de los recursos y el desarrollo de nuevas estrategias de gestión y políticas innovadoras basadas en el conocimiento que se produce. Tal escenario no reduce la importancia de los esfuerzos realizados hasta ahora, pero señala la necesidad de desarrollar estrategias que permitan el uso de la información obtenida a través de este tipo de enfoque para aumentar el efecto positivo en la calidad de la atención y la del estado de salud de los pacientes, con importantes consecuencias sobre el rendimiento y la eficacia de los servicios.
Análisis Personal	Es importante la muestra inicial tomada y la revisión general de cada uno de los documentos hasta llevar a un número menor de

	documentos revisados, que cumplen con los requisitos esperados para hacer la revisión sistémica de los documentos y realizar el estudio. Estas revisiones nos permiten abarcar los documentos realmente necesarios para los estudios y objetivos planteados. Este tipo de documentos nos permiten revisar los diferentes enfoques para evaluar la calidad y cuáles son los alcances de cada uno de las propuestas de trabajo, ya que el tema de la calidad es muy amplio y existen diferentes perspectivas para su revisión. El tema de la calidad como se muestra en Brasil cada vez genera mayor interés por el sector salud, lo que ha abierto las puertas a generar documentos y publicaciones que analizan el tema frente al servicio percibido, de ahí que cada institución debe medir la calidad de los servicios que se están prestando a través de diferentes herramientas. La calidad es fundamental en las instituciones tanto públicas como privadas, los servicios con calidad permitirán a las instituciones disminuir el riego en la atención, reducir la ocurrencia del evento adverso, mejorar la seguridad de los pacientes y generar mayor satisfacción en los usuarios, permitiendo a las instituciones la reducción de los costos en la atención.

ARTICULO 2.18

Titulo	Carga de trabajo de enfermería y seguridad del paciente - un estudio de método mixto con un enfoque restaurativo ecológica
Autor y Año	Ana Maria Müller de Magalhães; Clarice Maria Dall'Agnol ; Patricia Beryl Marck .2.013
Ubicación del articulo (base datos)	http://bit.ly/1q9QJnz
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Magalhães A, DallAgnol C, Beryl P. Carga de trabajo de enfermería y seguridad del paciente - un estudio de método mixto con un enfoque restaurativo ecológica. Rev. Latino. 2013. pág.146-154.
Objetivo del artículo	El objetivo de este estudio fue analizar la posible asociación entre la carga de trabajo de enfermería y seguridad del paciente en las unidades médicas y quirúrgicas de hospitalización de un hospital universitario.
Palabras Clave	Servicio de enfermería en hospital; carga de trabajo, el personal de enfermería en hospital; gestión de la seguridad; seguridad del paciente.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	El estudio se centró entre la carga de trabajo del personal de enfermería y la seguridad del paciente. El campo de la salud se ve afectado la escasez de mano de obra, la falta de cualificaciones, la excesiva carga de trabajo y el ausentismo, los hospitales públicos traen consigo la carga de la problemática política, económica, estructura y cultural y cada día los medios sacan a relucir los errores que se comenten al interior de las instituciones, el hacinamiento, la falta de recursos, las condiciones de trabajo, la espera. Para mayor ampliación de la investigación se realiza un

	estudio de método mixto con un enfoque restaurativo ecológico, se hace una combinación de los sistemas socio-técnicos de atención con un análisis exhaustivo de la ecología general del entorno de la atención. Esto requiere un examen detallado de cómo las personas se relacionan entre sí y con los lugares que habitan colectivamente con el fin de desarrollar las mejores prácticas dentro de ciclos continuos de la investigación, la evaluación y el manejo adaptativo. Con la atención a los factores sistémicos y locales, la adopción del pensamiento eco-restaurador puede proporcionar una comprensión más completa de la asociación entre el intrincado trabajo de enfermería y seguridad del paciente desde el punto de vista de los profesionales de la salud que trabajan en estos entornos.
Muestra	El tamaño de la muestra fue de 11 071 pacientes y 449 proveedores de enfermería a través de 11 unidades de hospitalización y el período de estudio fue de enero a diciembre de 2009.
Intervención y proceso medición	El estudio se realizó en un hospital de Brasil con un enfoque de métodos mixtos, que consistía en una combinación de etapas de investigación cuantitativa y cualitativa dentro de un diseño explicativo secuencial.
Resultados	La etapa cualitativa inicial del estudio indica que el aumento del número de pacientes establecidos para cada grupo de enfermería puede contribuir al incremento de las caídas, infecciones del torrente sanguíneo, la rotación de enfermeras y ausentismo. En la etapa cualitativa posterior el equipo de enfermería señalo la administración de medicamentos, baño en cama, transporte del paciente como los elementos de atención con mayor impacto en la

	carga de trabajo y plantean los mayores riesgos para el paciente, proveedor, y la seguridad medio ambiente.
Discusión	La integración de datos permitió el establecimiento de asociaciones y amplió el foco de la discusión sobre una serie de aspectos relacionados con la carga de trabajo del equipo de enfermería y seguridad del paciente en las unidades médicas/quirúrgicas para pacientes hospitalizados de un gran hospital universitario. Las conclusiones de una asociación significativa entre la carga de trabajo del equipo de enfermería y los eventos adversos como caídas relacionadas con las camas y las infecciones asociadas centrales demostraron que en el ámbito del estudio, la asignación de un mayor número de pacientes para el cuidado de cada enfermera, auxiliar de enfermería o enfermera técnico aumenta la incidencia de estos indicadores y tiene un impacto negativo en la seguridad del paciente. Estos hallazgos son consistentes con los de estudios previos, lo que sugiere que los niveles de dotación de personal de enfermería adecuados, con relaciones más bajas de paciente a proveedor, ayudan a reducir la incidencia de eventos adversos, incluyendo las caídas relacionadas con las camas y las infecciones. La fatiga laboral, la carga de trabajo, el ausentismo, la rotación de personal, muestran el peligro al que están expuestos los pacientes y pone en riesgo la seguridad del paciente.
Análisis Personal	En las instituciones de salud es fundamental la atención del paciente por parte del personal auxiliar de enfermería, sin embargo la falta de compromiso de las instituciones en hacer más estrictos los procesos de selección y contratación de personal, la falta de programas de

	capacitación continua , una adecuada evaluación de desempeño, falta de seguimiento al personal, la falta de presupuesto para contratar personal suficiente para la atención de pacientes, son factores contributivos para aumentar la incidencia de eventos adversos. De acuerdo a lo corroborado en este estudio y los estudios que hicieron parte de este, se ve reflejada la falta de compromiso para planear una atención segura que cumpla con las expectativas de los usuarios, que contribuya a disminuir la ocurrencia de eventos adversos. El área de talento humano debe velar por contratar el personal suficiente para prestar un servicio seguro, que contribuya a cumplir con las expectativas de los pacientes y de la empresa.

ARTICULO 2.19

Titulo	Trabajo en equipo como factor contribuyente en la ocurrencia de errores médicos o eventos adversos
Autor y Año	Ana Carolina Amaya, Ricardo Narvaez, Javier Eslava Schmalbach.2.013
Ubicación del articulo (base datos)	http://bit.ly/1s1xEpv
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Amaya A, Narváez J, Schmalbach E. Trabajo en equipo como factor contribuyente en la ocurrencia de errores médicos o eventos adversos. rev. colomb. 2013; pág. 297-310
Objetivo del artículo	Evaluar el trabajo en equipo como variable que contribuye a los errores médicos o eventos adversos en las salas de cirugía
Palabras Clave	Cirugía, grupo de atención al paciente, errores médicos, seguridad del paciente, errores médicos, efectos adversos.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	¿Es el inadecuado trabajo en equipo un factor que contribuye a los errores médicos o eventos adversos en salas de cirugía?
Muestra	Se seleccionaron 917 estudios de los cuales se seleccionaron 32 de estos 32 se escogieron 8 investigaciones que cumplieron con los criterios de inclusión.
Intervención y proceso medición	Se realizó un estudio secundario de revisión de literatura científica, se hizo revisión de los 32 estudios seleccionados, se revisó todo el documento, pero 8 cumplieron con los criterios de inclusión. Se diseñó una estrategia de búsqueda sensible para cada componente de la pregunta, se incluyeron términos clave. Los criterios de inclusión para seleccionar los estudios fueron tipos de estudios, participantes, tipos de intervención o exposición, tipos de resultados.

	Se aplicó los parámetros del acuerdo prisma para las revisiones sistemáticas y para los estudios primarios se utilizó la metodología Grade, utilizando el software Grade Pro, evaluando y calificando la calidad de la información teniendo en cuenta el diseño del estudio, el riesgo de sesgo, inconsistencia de resultados, imprecisión, sesgo de publicación, magnitud del efecto, efecto dosis/respuesta y manejo de variables de confusión.
Resultados	Todos los estudios seleccionados fueron estudios observacionales entre ellos 2 estudios de antes y después, 3 estudios prospectivos y 3 retrospectivos. Los estudios fueron de muy baja calidad por la falta de grupos de control, las mediciones subjetivas, problemas de cegamiento, ocultamiento o posible efecto Hawthorne, no permite sacar una conclusión de la contribución del equipo en la seguridad del paciente quirúrgico, es decir, en la presentación de errores médicos o eventos adversos en cirugía.
Discusión	El estudio de eventos adversos en países desarrollados cobra mayor relevancia, ya que las estadísticas muestran prevalencia en las cirugías y con mayor gravedad en el servicio de cirugía, y por el creciente desarrollo en este contexto. Por eso hay iniciativas internacionales que buscan fomentar las investigaciones frente a la seguridad del paciente. Los factores que afectan el desempeño de profesionales en cirugía muestran que las habilidades no técnicas y el trabajo en equipo son variables que afectan el desempeño en quirófanos, pero no se habían realizado revisiones que mostraran el impacto de estas frente a la seguridad del paciente. La revisión quiso recopilar información para responder si el trabajo en equipo es una variable que contribuye a los errores médicos o eventos adversos en cirugía y así visibilizar la importancia de diseñar

	estrategias efectivas para su mejoramiento en los equipos de profesionales de la salud. Se encontraron debilidades en la herramienta de búsqueda, hubo dificultad para controlar algunos factores. Es importante el diseño de estudios ecológicos o ensayos controlados que permitan mayor muestra para hacer asociaciones entre el trabajo en equipo y eventos, morbilidad y mortalidad. Otra dificultad fue la variedad de instrumentos de medición de trabajo en equipo y las habilidades no técnicas. Fue difícil la comparación de resultados por las diferencias en la definición de resultados y marcan la necesidad de hablar un lenguaje común para realizar estudios comparables y facilite el intercambio de información encontrada. Los estudios analizados que tenían comportamientos de infrecuente trabajo en equipo tenían 4 veces más probabilidad de presentar complicaciones o muerte por procedimiento quirúrgico, es una asociación significativa pero poco precisa. Al comparar equipos de trabajo eficiente e ineficiente se encontró que se presentaron 22% más problemas en los equipos ineficientes. Se encuentra que entre más compleja es la cirugía mayor es el número de errores encontrados. Se considera de importancia la investigación que permita determinar el papel del trabajo en equipo en la presentación de errores médicos y eventos adversos en sala de cirugía, además del estudio de la efectividad en la mejora de habilidades no técnicas, trabajo en equipo que no hacen parte de la formación profesional teniendo en cuenta el estrés y el desgaste profesional de aquellos que trabajan en un ambiente quirúrgico.
Análisis Personal	La temática del artículo se presenta muy interesante frente a la investigación realizada y analizada frente al trabajo en equipo como variable para la disminución de errores médicos o eventos

	adversos, sin embargo la muestra no es tan representativa teniendo en cuenta los artículos o documentos seleccionados inicialmente que fueron 917 y menos del 10% fueron seleccionados como artículos finales para revisión. Es importante que desde nuestras instituciones y frente a la nueva normatividad que hoy nos abriga, se realicen investigaciones que nos permitan implementar estrategias en función la formación del personal profesional y técnico del área de la salud en temas administrativos como lo es el trabajo en equipo como una herramienta para disminuir el riesgo y prevenir los eventos adversos en pro de la seguridad del paciente. Aunque se presentaron muchas dificultades en el estudio, este nos permite analizar temas importantes como si las herramientas de medición utilizadas en este estudio son las adecuadas para estos tipos de estudios o se debe trabajar en la búsqueda de herramienta que realmente apliquen a estudios particulares. Es importante la capacitación y entrenamiento del personal pero además el seguimiento estricto y la retroalimentación ya que después de pasar un tiempo como lo muestra el estudio, se pierde el esfuerzo y el abordaje realizado por falta de seguimiento. El trabajo en equipo es una condición que interviene de manera positiva y que influye en el desempeño de los trabajadores, de ahí la importancia en mejorar y fomentar el trabajo en equipo en las instituciones de salud para disminuir el error y el riesgo en la atención en salud.

ARTICULO 2.20

Titulo	Infraestructura y la adhesión a la higiene de manos: desafíos para la seguridad del paciente
Autor y Año	Janaina Bathke ; Priscila de Almeida Cunico ; Eliane Cristina Sanches Maziero; Fernanda Leticia Frates Cauduro; Leila Maria Mansano Sarquis; Drehmer Elaine de Almeida Cruz. 2.013
Ubicación del articulo (base datos)	http://bit.ly/1kfBIJ8
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Bathke J, Cunico P, Maziero E, Frates F, Mansano L, Almeida D. Infraestructura y la adhesión a la higiene de manos: desafíos para la seguridad del paciente. Rev. Gaúcha Enferm. 2013; pág. 78-85.
Objetivo del artículo	Investigar la infraestructura de equipos y la adhesión a la higiene de manos en la unidad de cuidados intensivos
Palabras Clave	Lavado de manos, infección hospitalaria, administración de la seguridad, actitudes y salud en la práctica, seguridad del paciente.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	En las unidades de cuidados intensivos los pacientes son sometidos a múltiples procedimientos invasivos exponiéndolos a mayores riesgos, para reducir este riesgo se recomienda el lavado de manos con una solución de alcohol y jabón líquido. La organización Mundial de la Salud puso en marcha el programa de atención limpia es una atención segura y recomienda la observación de la adhesión y las condiciones estructurales para la higiene de manos. El trabajo pretende conocer la frecuencia con que los profesionales de UCI se desinfectan las manos, teniendo en cuenta las oportunidades de asistencia, así

	como las condiciones estructurales y de entrada. En esta perspectiva, la pregunta de investigación de este estudio fue ¿Cuáles son las condiciones de infraestructura de materiales para higiene de manos y la adherencia a la práctica de las oportunidades profesionales por delante durante la práctica médica en la unidad de cuidados intensivos?
Muestra	La población objetivo de estudio fue de 55 profesionales de la salud como médicos, enfermeras y fisioterapeutas, de los cuales 49 estuvieron de acuerdo en participar en la encuesta.
Intervención y proceso medición	Se utilizaron tres instrumentos para recopilar los datos, una auto-administrados y dos aplicados por dos investigadores entrenados para dirigir. El instrumento I se refiere a la secuencia de comandos para recopilar información sobre la infraestructura mara higiene de manos. El instrumento II se refiere a la secuencia de comandos estructurado a partir de la práctica común de higiene de manos, este instrumento fue aplicado las observaciones se realizaron desde el control de enfermería sin interferir con el comportamiento de los participantes, se realizó durante las dos primeras horas de cada turno y durante 4 meses seguidos en abril de 2.010. El instrumento III es un cuestionario semiestructurado y autoadministrado para recoger aún más el debate sobre la adhesión a los datos y la infraestructura. Los datos se organizaron por Excel 2007 y analizados por la prueba x 2 y la estadística descriptiva, las respuestas abiertas se agruparon por similitud y se analizaron mediante el análisis del discurso cuantitativo.
Resultados	De 1.277 oportunidades de lavado de manos la tasa positiva de adhesión fue del 26.5% y la falta de adherencia

	fue del 73.5%, la adherencia antes del contacto fue de 11.68% y después de contactar la adherencia fue del 44.52%. La tasa de adherencia al lavado de manos entre médicos y asistentes fue significativamente más alta que la tasa de cumplimiento de técnicos de enfermería, enfermera y fisioterapeuta.
Discusión	A pesar que la legislación brasileña establece un lavado por cada 5 camas en UCI, menos de la mitad de las estaciones cumple la higiene de manos estructural y suministro ideal. La disponibilidad de materiales para el lavado de manos fue considerada por los profesionales como un estímulo para el lavado de manos, sin implicar una mayor adherencia. El estudio considero que 1ml de jabón dispensado en los dispositivos es insuficiente para una buena técnica. Igual se consideró insuficiente la duración del flujo de agua. El hábito y las creencias personales pueden influir más en la adherencia que el conocimiento de las precauciones y el control de infecciones. Los factores que afectan negativamente a la adherencia son el daño a la piel, falta de insumos, olvido, ignorancia, escepticismo, falta de ejemplo de colegas y líderes, entre otros. Este estudio permitió la reflexión acerca de los factores que contribuyen a la baja adherencia como el conocimiento, los hábitos, la sobrecarga de trabajo, aspectos de la gestión de la atención. El uso de soluciones alcohólicas debe fomentarse en la unidad ya que es apoyado incluso por las directrices nacionales para la promoción de la higiene de manos. El estudio identifico deficiencias en la infraestructura y material. Se puede afirmar que desde la perspectiva de la baja adherencia la higiene de manos implica riesgo para la

	seguridad de los pacientes en estado crítico. La higiene de manos es una evidencia científica para la prevención de infecciones hospitalarias, diferentes estrategias se pueden emplear en la unidad para promover el lavado de manos como la retroalimentación a los profesionales, fomento de uso de soluciones alcohólicas y el establecimiento de metas con participación de líderes y personal.
Análisis Personal	A pesar que la Organización Mundial de la Salud estableció l programa de una atención limpia es una atención segura, muchas instituciones aún no han logrado socializar este programa y las que lo han socializado no han alcanzado en un 100% la adhesión, de ahí que se recomienda un trabajo institucional para implementar programas que garanticen a los pacientes una atención segura que minimice el riesgo y ,as en aquellas unidades de pacientes críticos donde las infecciones intrahospitalarias desfilan sin afán. Existe aún la idea en el personal asistencial que el lavado de manos es una estrategia para protección del profesional sin darle mayor importancia a la seguridad del paciente. Este estudio nos revela puntos de partida para iniciar un trabajo importante en las instituciones con algo tan simple pero tan importante como un adecuado lavado de manos con los elementos necesarios para hacer una buena desinfección que contribuya a brindar seguridad al paciente.

ARTICULO 2.21

Titulo	La bioseguridad y la seguridad del paciente a la vista de los estudiantes de enfermería

Autor y Año	Tema Elisa catarro ; Fran cine Lima Galce; Luciera Fabiana Sebil; Silveira Silvana Kepler, María Christina Capelina; Roberta Waterkemper.2.012
Ubicación del articulo (base datos)	http://bit.ly/1s1zK8Z
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Cararro T, Galce F, Sebil L, Kepler S, Capelina M, Waterkemper R. La bioseguridad y la seguridad del paciente a la vista de los estudiantes de enfermería. 2012. pág. 14-19.
Objetivo del artículo	Identificar el conocimiento de los estudiantes de enfermería en todo el tema de la seguridad del paciente y de sus relaciones con la enseñanza de la bioseguridad
Palabras Clave	Seguridad, exposición a agentes biológicos, estudiantes de enfermería, educación superior.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La bioseguridad se define como un conjunto de acciones para prevenir, controlar, reducir o eliminar los riesgos inherentes a las actividades que puedan poner en peligro la salud humana, animal y del medio ambiente. En materia de salud existe vacíos en la formación de ahí la importancia en que los educadores fomenten y sensibilicen a los profesionales de la salud frente a las medidas de bioseguridad. Para evaluar el proceso de adquisición del conocimiento relacionado con el tema de bioseguridad y la seguridad de los pacientes este estudio tuvo como pregunta orientadora ¿Cómo los estudiantes de enfermería comprenden el contenido de seguridad de los pacientes y esta afinidad con la enseñanza de bioseguridad?
Muestra	Se trata de un estudio cualitativo exploratorio en una universidad pública del sur de Brasil con 17 estudiantes de

	la licenciatura de enfermería de la tercera fase que representa la mitad de la clase
Intervención y proceso medición	Estudio cualitativo exploratorio donde los estudiantes firmaron el consentimiento informado. Los datos fueron recolectados en el aula de clase cuando se les pidió realizar lecturas previas, desde entonces los estudiantes han respondido libre y abiertamente a la pregunta ¿Qué tan importante es el estudio de la seguridad del paciente y las relaciones con la bioseguridad de las enfermeras en la rutina del hospital? Los datos fueron organizados en temas, categorizados y analizados.
Resultados	Las respuestas se agruparon en tres categorías: autocuidado y el cuidado de los demás, bioseguridad y cuidado del medio ambiente, educación continua en el servicio de salud.
Discusión	El estudio demuestra que es importante para los estudiantes el tema de bioseguridad en función de la protección de los profesionales, el paciente y la familia, la prevención de errores. Además de la importancia de utilizar las medidas de protección personal, el destino del material contaminado, el lavado de manos, el uso de equipos de protección Los estudiantes se relacionan con la bioseguridad como un medio para cuidar de sí mismos y que el incumplimiento de la seguridad de sí mismos pone en riesgo la seguridad del paciente. Por lo tanto los profesionales además de ser responsables de su propia seguridad deben cuidar el medio ambiente evitando propagación de microorganismos temas que deben ser discutidos y desarrollados en los entrenamientos. El uso de métodos de enseñanza de aprendizaje activo

	permite a los estudiantes combinar la teoría y la práctica y en cierto modo moviliza conocimientos sobre cuestiones de bioseguridad que se discutieron durante el curso.
Análisis Personal	La academia es la principal fuente de conocimiento para los estudiantes es ahí donde se dan las directrices y se proporcionan todas las herramientas que permitirán al nuevo personal asistencial desarrollar su conocimiento a través de prácticas seguras que minimicen el riesgo en la atención. El tema de bioseguridad es un tema que actualmente viene cobrando importancia en las instituciones educativas y los centros de salud ya que los gobiernos han definido políticas y programas que permiten hacer un uso adecuado de los recursos para disminuir los riesgos en salud. Aunque el tema es muy importante el estudio quedó corto frente a la muestra, sería importante incluir muestras de otras instituciones educativas y realizar comparaciones que nos permitan conocer un poco más la dinámica de las universidades frente a temas de bioseguridad y seguridad del paciente.

ARTICULO 2.22

Titulo	El clima de la seguridad del paciente: la percepción de los profesionales de enfermería
Autor y Año	Mayara Roble Godinho Rigobello I ; Rhanna Fontenele Emanuela de Carvalho Lima II , Silvia Helena De Bortoli Cassiani III ; Tanyse GalonII ; Helaine Cowl Oveja II ; Nathália Nogueira Dios.2.012
Ubicación del articulo (base datos)	http://bit.ly/1kV90mE
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Godinho M, Carvalho R, Lima R, Cassiani S, Galon T. El clima de la seguridad del paciente: la percepción de los profesionales de enfermería. 2012. Pág.728-735
Objetivo del artículo	Evaluar la percepción del clima de seguridad del equipo de enfermería profesional, que trabaja en los servicios médicos y quirúrgicos de un hospital en la región del sudeste del país, a través del cuestionario de actitudes de seguridad.
Palabras Clave	Percepción, la cultura organizacional, administración de la seguridad.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La seguridad del paciente puede definirse como el acto de evitar, prevenir o mejorar resultados desfavorables o lesiones que surjan en el proceso de la atención hospitalaria. Muchos estudios han surgido desde que se publicó el informe del instituto de medicina de los Estados Unidos de América errar es humano, entre ellos estudios del clima organizacional, seguridad del paciente. Entre los instrumentos más utilizados para evaluar el clima de seguridad dos tienen una asociación positiva de los resultados obtenidos con la mejora de resultados de la asistencia prestada a los pacientes: la encuesta de cultura

	de seguridad y el cuestionario de actitudes de seguridad. El estudio presenta como pregunta de investigación ¿Cuál es la percepción del clima de seguridad por los profesionales de enfermería activos en las clínicas médicas y quirúrgicas de un hospital de enseñanza de Ribeirao Preto-SP?.
Muestra	Participaron en la encuesta 53 enfermeras clínicas, 7 directores de enfermeras, 139 técnicos auxiliares de enfermería y 4 auxiliares de enfermería para un total de 203 participantes.
Intervención y proceso medición	Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal, la recolección de datos se hizo en los servicios médicos y quirúrgicos de un hospital universitario situado en la ciudad de Ribeirao Preto. Se utilizó el cuestionario de Actitudes Seguridad Questionnaire (SAQ) validado y culturalmente adaptado a la realidad de los hospitales brasileños. El instrumento mide la percepción de los profesionales de la salud a través de 6 áreas: clima el trabajo en equipo, seguridad, satisfacción en el trabajo, estrés percibido, gestión de la percepción, condiciones de trabajo.
Resultados	De los 203 participantes el 78% eran mujeres, el 69% eran técnicos y auxiliares de enfermería. Los profesionales médicos tuvieron mejores puntuaciones clínicas de la percepción del clima de seguridad que los profesionales de la cirugía clínica en todas las áreas excepto en el campo de estrés percibido. Las enfermeras y los gerentes tuvieron mayor puntuación de 75 en promedio en la mayoría de las zonas, mientras los auxiliares y técnicos de enfermería tenían puntuaciones más bajas. Es de destacar que el campo de la percepción de la gestión hospitalaria y la unidad de todos los profesionales, incluidos los directores

	de enfermería, tenían la puntuación más baja. La satisfacción en el trabajo de dominio fue el que presento valores superiores a 75 en todas las posiciones y el asistente de enfermería fue la categoría profesional que tuvo el puntaje más alto (91). Frente a la percepción del clima de seguridad el resultado más bajo se relaciona con la gestión de la percepción, pero los profesionales con más de 21 años de experiencia mostraron mejor percepción del clima de seguridad. El 62% de las enfermeras responden que es difícil hablar abiertamente cuando perciben un problema con la atención de un paciente, el 49% de los profesionales afirmo que la cultura en su ligar de trabajo no es propicio para aprender de los errores de otros. El 45% de los profesionales dijeron no recibir retroalimentación adecuada sobre su desempeño. El 94% de los profesionales disfrutan de su trabajo. El 82% de acuerdo en que cuando la carga de trabajo es excesiva el rendimiento se deteriora. El 44% está en desacuerdo con la afirmación “La fatiga afecta mi rendimiento en situaciones de emergencia?”. El 47%no estuvo de acuerdo en que la administración está haciendo un buen trabajo o puso neutral. El 48 % no estuvo de acuerdo con la pregunta ¿la administración del hospital apoya mis esfuerzos diarios? Y el 21% neural. La mayoría de los profesionales no están de acuerdo en que el número de profesionales fueron suficientes para satisfacer la demanda de los pacientes.
Discusión	El clima de seguridad ha sido investigado, este estudio investiga la percepción de clima de seguridad entre todo el personal de enfermería en un hospital universitario. Se encontró que la percepción del clima de seguridad varía de

	acuerdo al sitio o lugar de trabajo, la ocupación y el tiempo de rendimiento. La mayoría de los participantes del estudio estuvieron de acuerdo parcial o totalmente con los temas presentados, a un porcentaje alto el 94% de los profesionales les gusta su trabajo y el 83% se sentirán a salvo si son atendidos en su área. Los profesionales tienen buena percepción respecto a la zona, considerada como un factor muy positivo, pues la satisfacción en el trabajo está muy relacionada con la calidad en la atención. Estudios realizados en Estados Unidos revela que el 41%de enfermeras no estaban satisfechas, en Canadá solo el 17%, en Inglaterra el 38,9% tienen intención de abandonar su profesión. La autonomía en el trabajo y el salario con factores que contribuyen o influyen en la satisfacción personal. Cuando se tiene mayor oportunidad de crecimiento profesional hay más satisfacción y mayor deseo de permanecer en la institución. Los investigadores manifiestan que el conocimiento es una herramienta para garantizar la seguridad y la calidad de la atención. La creación de un ambiente de trabajo propicio, donde se dialogue sobre los errores, el mantener una conducta no punitiva y la capacitación continua son acciones que pueden causar un impacto positivo en la seguridad del paciente. El estudio arrojo que existía una variación de la percepción del clima de seguridad entre gerentes y enfermeras clínicas. Además se encontró que la percepción de clima de seguridad era más alta en el personal más antiguo, pero contrario a esto se analizó un estudio donde la percepción de clima de seguridad era más alta en el personal que lleva

	menos de 6 meses. De acuerdo a esta investigación la mayoría de los profesionales están satisfechos con su trabajo, pero la mayoría de ellos todavía no saben cuál es la ruta frente a la seguridad del paciente. Los profesionales en general no están de acuerdo con las medidas adoptadas por la dirección del hospital frente a seguridad de los pacientes, lo cual fue evidenciado por los bajos puntajes en las áreas de percepción.
Análisis Personal	El presente estudio nos permite concluir que existe una brecha importante frente a la percepción de seguridad del paciente que tiene la alta dirección y el personal asistencial, por cuanto no se socializan los programas, planes y acciones tendientes a contribuir con la seguridad del paciente. Lo que contribuye en aumentar el riesgo de cometer errores en la atención. Por tal motivo es importante que en las instituciones se dé a conocer a todos los niveles de la organización las acciones tendientes a mejorar la seguridad del paciente y la realización de seguimiento, capacitaciones que permiten minimizar el riesgo. Desde el nivel gerencial se debe fomentar el reporte de los errores o eventos adversos y que las conductas que se asuman no sean punitivas, se guarde la reserva, lo que permitirá el reporte oportuno para plantear unas acciones a tiempo. Este estudio nos permite identificar que se requiere más compromiso de todas las áreas de las instituciones para mejorar el nivel de seguridad y la percepción. Además del compromiso de los directivos para fomentar un ambiente propicio para mejorar la seguridad del trabajo, con una constante retroalimentación y análisis de puestos de trabajo.

	Teniendo en cuenta que este estudio arrojo que entre más tiempo lleve la persona trabajando es más alta la percepción de seguridad, se deben hacer programas de capacitación con mirar a revisar los temas de seguridad del paciente al nuevo personal de las instituciones para que desde su ingreso conozcan las políticas, programas y planes de mejora frente al tema. Como el resultado de percepción de seguridad del paciente se tornó bajo en el personal auxiliar de enfermería es importante trabajar con los niveles técnicos para capacitar y fomentar actividades tendientes a entender, mejorar y aplicar todos los temas de seguridad del paciente.

ARTICULO 2.23

Titulo	Los errores de medicación: la importancia de la notificación en la gestión de seguridad del paciente
Autor y Año	Elena Bohomol, Lais Helena Ramos. 2.007
Ubicación del articulo (base datos)	http://bit.ly/1pY4S7g.
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Bohomol E, Ramos L. Los errores de medicación: la importancia de la notificación en la gestión de seguridad del paciente. Rev. bras. enferm. 2007, vol.60.pág. 32-36
Objetivo del artículo	Verificar con el personal de enfermería la comprensión de que es un error de medicación y dar su opinión en cuanto a la notificación de evento y llenar el reporte de eventos adversos de medicamentos.
Palabras Clave	Errores de medicación, calidad, gestión de seguridad, enfermería
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	El error abre una serie de posibilidades para los estudios relacionados con la mente y su aspecto cognitivo, además para el análisis de factores externos e internos. Los eventos adversos deben ser monitoreados y analizados para así introducir medidas preventivas disminuyendo el riesgo. Hoy en día existen diferentes métodos de detección los cuales son utilizados como herramientas de gestión de la calidad en la atención. Sigue siendo la actitud negativa hacia el reporte de eventos adversos la principal causa del no reporte, igual que el temor a las represalias y el juicio al que puede ser sometido. La gestión de la calidad en la atención debe fomentar la participación y el desarrollo de conductas no punitivas.
Muestra	La población personal de enfermería de un hospital

	privado en Sao Pablo compuesta por 75 enfermeros, 38 técnicos y 143 auxiliares de enfermería para un total de 256 personas, se escogieron 124 cuestionarios y 89 regresaron con el consentimiento libre, la muestra fue del 34.7%
Intervención y proceso medición	Diseño no experimental, investigación descriptiva7 exploratoria, proyecto aprobado por la junta directiva, el instrumento utilizado fue donado por autores estadounidenses. Para el análisis se conformó un comité de 4 enfermeros coordinadores de unidad, cuatro enfermeras educadoras y un farmacéutico. La información del instrumento de recolección de datos se divide en características sociodemográficas, presentación de los 5 escenarios y preguntas relacionadas con la elaboración del informe de ocurrencias de errores de medicación. Se utilizó para el análisis estadístico la prueba chi-cuadrado con un nivel de significación del 5% y se utilizó el software SPSS.
Resultados	Se obtiene la evaluación de escenarios presentados al personal de enfermería. En los escenarios 2 al 4 escenarios los sujetos creen que era un error de medicación, en el escenario 1 ningún fallo de administración de medicamentos fue considerado como un error, en el escenario 2 se presenta retardo, fuera del intervalo del tiempo, en el escenario 3 se presentó la incorrecta velocidad de goteo de la bomba de infusión, proporcionando una dosis mayor, en el escenario 4 se trató de un error de medicación y en el escenario 5 se administra una segunda dosis de opioide codeína a petición del paciente. El informe de notificación de errores de medicación presenta que la falta de presentación de informes de

	errores están relacionadas con el temor, sin embargo hay un alto reporte de los profesionales al considerar que la falta no es tan grave y no temen a la acción disciplinaria o a la pérdida de empleo.
Discusión	Se presentan fallos en la administración de medicamentos debido a la rutina, por tal motivo se sugieren que las políticas de la institución deben aplicarse de manera que no afecten al paciente. Se debe evitar que los errores se tornen repetitivos dentro de la institución. Se requiere mantener a personal calificado y capacitado en manejo de equipos y mantener programas de mantenimiento preventivos y correctivos. Se debe tener claro hasta dónde va la autonomía de los profesionales. La prescripción médica es solo realizada por el medio quien emite prescripción, uso, dosis, frecuencia, vía e instrucciones necesarias. Es importante dar a conocer al personal de enfermería lo que es un error de medicación y los tipos de errores que existen. El estudio presenta un brecha entre la percepción de los conocimientos del personal sobre el tema y su conocimiento actual, dejando la posibilidad de fomentar programas educativos en las instituciones. El estudio también mostro la importancia de la conducta no punitiva que permite mejorar el reporte para generar un ambiente seguro.
Análisis Personal	La muestra obtenida en un hospital de Sao Pablo es adecuada para el estudio y permite analizar que falta socialización de las políticas de seguridad del paciente al

	interior de las instituciones de salud como una herramienta que fortalezca la seguridad de los pacientes. Es importante aclarar a todo el personal de salud la definición de errores de medicación y eventos adversos para que se tenga claro el concepto y puedan determinar cuándo ha ocurrido un error o evento adverso y puedan seguir la conducta establecida por la institución de salud. Para motivar el reporte del evento adverso es importante así como se ha comentado en otros análisis que la empresa asuma una conducta no punitiva y que además motive la cultura del reporte para poder establecer estrategias para prevenir una nueva ocurrencia.

ARTICULO 2.24

Titulo	Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica.
Autor y Año	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Informes, estudios e investigación 2010
Ubicación del articulo (base datos)	http://bit.ly/1l2glek.
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Ministerio de Sanidad .IBEAS, E. prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. 2.010.
Objetivo del artículo	El estudio IBEAS tiene como objetivo mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente, por medio de la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los efectos adversos y al análisis de las características de los pacientes y de la asistencia que se asocian a la aparición de eventos adversos. Identificar áreas y problemas prioritarios de la seguridad del paciente para facilitar y dinamizar procesos de prevención para minimizar y mitigar los eventos adversos. Incrementar la masa crítica de profesionales involucrados en la seguridad del paciente. Incorporar a la agenda de todos los países, en los diferentes niveles organizativos y asistenciales, objetivos y actividades encaminadas a la mejora de la seguridad del paciente.
Palabras Clave	Prevalencia, efectos adversos, Latinoamérica.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La atención sanitaria debe velar por prestar una asistencia con la mayor calidad posible, garantizando procedimientos correctos y seguros. Sin embargo la creciente complejidad de los servicios sanitarios puede favorecer el aumento de errores y eventos adversos, y del conocimiento dependerá establecer las medidas para minimizar el riesgo. En muchos países se ha

	motivado el interés por trabajar en seguridad del paciente lo que ha permitido importantes estudios frente al tema. Para avanzar en la seguridad del paciente es necesario implementar mecanismos para identificar errores humanos y fallos del sistema, desde el desarrollo de políticas de carácter preventivo y no punitivo en la identificación de eventos adversos, desarrollos de programas de gestión del riesgo y la inclusión de tecnología para detectar problemas e implementar soluciones. El estudio IBEAS aspira convertirse en un sistema de vigilancia que permita valorar la evolución de la prevalencia de eventos adversos para conocer la epidemiologia de los eventos adversos para poder evitarlos o minimizarlos, además determinar las prevalencia y caracterizar los evitable y no evitables. La hipótesis de este estudio es que los sucesos adversos pueden alcanzar al menos al 10% de los sujetos atendidos en el hospital y que al menos el 40% pueden ser evitados.
Muestra	Muestra de 2000 pacientes de cada país de los cinco países participantes (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia) para alcanzar una precisión mínima de un 1.5% con una prevalencia estimada del 10% y unas pérdidas del 5%, aunque no se pretendía realizar inferencia debido a que el muestreo no era aleatorio.
Intervención y proceso medición	Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal complementaria con un estudio de seguimiento para estimar la incidencia de eventos adversos en una muestra de los sujetos de estudio. Se esperaba encontrar 40 eventos adversos por hospital, 20 por país y 800 por el proyecto. Para el estudio transversal se utilizó un cuestionario a partir de una investigación previa de una lista de condiciones similar a la de estudios de Nueva York y Utah y Colorado se revisaron historias

	clínicas que cumplían con al menos un detalle para caracterizar el evento adverso, dos investigadores por cada hospital revisaron las historias y clasificaron el evento adverso. Para el estudio retrospectivo sobre un 10% de las historias estudiadas en el corte transversal elegidas al azar se realizó una revisión retrospectiva del caso en la que se investigó la incidencia de algún evento adverso independientemente de que estuviera presente en el corte transversal o no. La revisión se realizó sin conocer los resultados del estudio transversal. Se caracterizaron los eventos adversos que se hubieran originado en cualquier momento de la atención. Los datos se introdujeron en la base de datos de la aplicación informática para la gestión de los datos, se realizó depuración mediante rangos y cruce de campos lógicos y posteriores los datos fueron exportados a SPSS14 para el análisis estadístico. Se realizó un análisis descriptivo, invariable, estratificado y un modelo de regresión logística o multinomial ordinal para explicar la prevalencia de eventos adversos, su gravedad y carácter evitable estudiándose fenómenos de confusión e interacción.
Resultados	Frente a los resultados del estudio de prevalencia se obtuvo que la prevalencia global de pacientes con algún evento adverso fue de 10.5%, la prevalencia de evento adverso fue de 11.85%. Las variables que explican que se presente un evento adverso son: ubicación del servicio, la complejidad del servicio si ingresa de forma urgente, el tiempo que lleve hospitalizado y si presenta factores de riesgo extrínseco o co-morbilidad.El 10.95% de los eventos adversos se dieron antes de la hospitalización. El 13.27% de los eventos adversos estaban relacionados con los cuidados, el 8.23% con uso de medicamentos, el 31.14% con infección nosocomial, el 28.69% con algún procedimiento y con el 6.15% con el diagnostico. Los

	5 eventos adversos más frecuentes fueron neumonías nosocomiales, infecciones de herida quirúrgica, ulceras por presión, otras complicaciones relacionadas con la intervención quirúrgica o procedimiento y sepsis o bacteriemia. El 62.9% de eventos adversos incremento el tiempo de hospitalización y el 18.2% de eventos adversos causaron reingresos. El 60 % de eventos adversos se consideraron evitables, el 60% de las infecciones nosocomiales y el 55% de los problemas relacionados con un procedimiento se podrían haber evitado. Frente a los resultados del estudio de incidencias se obtiene que la incidencia global de pacientes con eventos adversos fue de 19.8% y la incidencia de 28.9%Las variables que explican que se presente un evento adverso durante la hospitalización son ubicación del servicio, si ha ingresado de forma urgente, el tiempo total de hospitalización y la exposición a factores extrínsecos o si presenta algún tipo de co-morbilidad. El 10.3% de los eventos adversos de dieron antes de la hospitalización. El 16.24% de los eventos estaban relacionados con los cuidados, el 9.87% con el uso de la medicación, 35.99% con infección nosocomial, el 26.75% con algún procedimiento, el 5.10% con el diagnostico. Los 5 eventos adversos más frecuentes fueron: ulceras por presión, infecciones de herida quirúrgica, neumonías nosocomiales, sepsis o bacteriemia y flebitis. El 61.2% de los eventos adversos aumentaron el tiempo de hospitalización, un 8.9% causaron reingreso. El 65% de los eventos se consideraron evitables, el 61% de las infecciones nosocomiales y un 57% de los eventos adversos relacionados con un procedimiento se podrían haber evitado.
Discusión	De acuerdo a los resultados de prevalencia, es necesaria una buena coordinación entre niveles asistenciales y un seguimiento

	al alta eficaz para detectar posibles complicaciones, teniendo en cuenta que el 10.95% de los eventos adversos tuvo lugar antes de la hospitalización logrando afectar sobre todo a los menores de 15 años. Es necesario establecer estrategias dirigidas a minimizar las infecciones nosocomiales, que es el conjunto de eventos adversos más prevalente identificado en este estudio. Las variables que explican el impacto que tiene un evento adverso sobre el estado de salud del paciente o el gasto de recursos son: la edad del paciente, pronóstico de la enfermedad principal, el tiempo que permanezca ingresado, que este ubicado en un servicio quirúrgico, que el evento adverso haya ocurrido durante un procedimiento, antes del ingreso o al alta y que se trate de una infección nosocomial, una complicación de un procedimiento o un error o un retraso en el diagnóstico. Del estudio de incidencia se determina que el 10.3% de los eventos adversos tuvo lugar antes de la hospitalización y estos suelen ser más graves que los que ocurren durante la hospitalización. Los eventos relacionados con los cuidados fueron del 16.24% e infecciones nosocomiales del 35.99% lo cual implica que es prioritario actuar sobre estos. Se podrían disminuir los eventos adversos hasta en un 40% actuando sobre las infecciones nosocomiales y los relacionados con un procedimiento.
Análisis Personal	El estudio realizado nos permite identificar los factores de frecuencia, origen, localización, tipos, gravedad, evitabilidad de los eventos adversos para que sean analizados en cada una de las instituciones y nos permitan tomar las acciones necesarias

	en pro de minimizar los riesgos. La muestra tomada para cada país es importante, ya que se cuenta con información de cada región que permite analizar a cada una de estas de acuerdo a condiciones particulares tanto de las instituciones como de su país. Más allá del estudio realizado lo verdaderamente importante es la aplicación que cada país va a lograr frente a los hallazgos, para implementación de políticas y estrategias que aporten a la seguridad del paciente como las implementadas por Colombia frente a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente del Ministerio de Protección Social de Colombia y la guía técnica Buenas Practicas para la seguridad del Paciente en la Atención en Salud. El fortalecimiento de las acciones tendientes a disminuir el riesgo de ocurrencia de eventos adversos sobre todo en los casos de mayor ocurrencia permitirá a las instituciones disminuir los días de estancia hospitalaria, lo cual es positivo para los aseguradores ya que se disminuirá costos en la atención, beneficioso para el paciente y las familias por cuanto estarán en su ambiente. Es importante el seguimiento a las políticas de seguridad del paciente implementadas en los diferentes países ya que esto permitirá mayores avances en el contexto internacional que permita avanzar en el mejoramiento continuo. La aplicabilidad dada por el estudio permite poner en las agendas de los países participantes, la seguridad del paciente como prioritario para unir esfuerzos e involucrar a todos los profesionales de la salud a lograr una atención segura.

A**RTICULO 2.25**

Titulo	Guía Técnica “Buenas Practicas para la Seguridad Del Paciente en la Atención en Salud”
Autor y Año	Dirección General de Calidad de Servicios Unidad Sectorial de Normalizacion.2010
Ubicación del articulo (base datos)	http://www.minsalud.gov.co.
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Ministerio de la Protección Social. Guía técnica "Buena práctica para la seguridad del paciente en la atención en salud".2014.
Objetivo del artículo	Guiar a todas las instituciones cobijadas bajo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en atención en salud para que implementen la política institucional de seguridad del paciente.
Palabras Clave	Seguridad del paciente - patient safety
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La guía técnica se basa en las premisas de : La responsabilidad de dar seguridad al paciente es de todos; para brindar atención segura es necesario trabajar proactivamente en prevención y detección de fallas en la atención; para aprender de las fallas es necesario trabajar en un ambiente educativo no punitivo; El número de eventos adversos obedece a la política institucional, estimulando el reporte: El riesgo de un paciente de sufrir eventos adversos existe en todas las instituciones prestadoras de salud en el mundo. Esta guía brinda recomendaciones técnicas para la operativización e implementación practica de los mencionados lineamientos en procesos asistenciales , recopila una seria de prácticas disponibles en la literatura

	médica que son reconocidas prácticas que incrementan la seguridad de los pacientes, ya sea porque tienen la suficiente evidencia, son como recomendadas como tales por diferentes grupos de expertos.
Muestra	Para la construcción de esta guía se toman lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente, los desarrollos hechos en instituciones acreditadas en el país y las recomendaciones de la entidad acreditadora en salud (ICONTEC) y las recomendaciones producidas por las organizaciones y/o grupos técnicos reconocidos en el mundo que trabajan el tema de seguridad del paciente. Se trabajó sobre 10 documentos en los cuales se basan las recomendaciones de esta guía.
Intervención y proceso medición	El documento que sirvió de base para esta guía técnica fue cedido al Ministerio de la Protección Social por el Centro Medico Imbanaco y ha sido mejorado, adicionado y transformado a través del comité de buenas prácticas de Unidad Sectorial, con el soporte del equipo técnico de la Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de la Protección Social y los aportes de la Alianza Mundial para la seguridad del Paciente.
Resultados	Esta guía ofrece las prácticas seguras frente a procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, incentiva prácticas que mejoran la actuacion de los profesionales e involucran a los pacientes y los allegados con su seguridad. Se complementa con el desarrollo de paquetes institucionales los cuales están publicados en el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud, cuentan con una herramienta de e-learning para la autoinstrucción y un aula virtual para la formación de instructores. El ministerio de la Protección social a través de la Unidad

	Sectorial de Normalización en Salud entrega esta herramienta que s es implementada e internalizada en los procesos de atención, contribuirá al mejor cumplimiento del mandato constitucional de proteger la vida y la salud de los ciudadanos de nuestro país. Las buenas prácticas de esta guía son aplicables a prestadores hospitalarios, ambulatorios e independientes, entidades administradoras de planes de beneficio en relación con sus propios procesos operativos, administrativos y con su red de prestadores.
Discusión	La Guía Técnica en Salud establece las recomendaciones para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras en la atención, incluye cuatro grupos que buscan: obtener procesos institucionales seguros, obtener procesos asistenciales seguros, involucrar a los pacientes y allegados en su seguridad, incentivar prácticas que mejoren la actuacion de los profesionales. Se considera que una institución que implemente las recomendaciones de esta guía tendrá alta probabilidad de proteger a sus pacientes, de acuerdo al perfil de riesgo del país, lo cual no exime de profundizar en los riesgos originados por sus características particulares.
Análisis Personal	La guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del pacientes en atención en salud”, es una herramienta fundamental para todas las instituciones del sector salud que busca con su implementación, aplicabilidad y seguimiento minimizar los riesgos en la atención para brindar una atención segura. Los resultados de la implantación de esta guía dará a las instituciones una visión global de cómo está frente al riesgo, permitiendo el mejoramiento institucional.

	La correcta implementación y seguimiento acompañado de políticas claras de seguimiento de los entes de control dará como resultado una atención más segura. Estamos de acuerdo frente a la consideración que realiza esta guía que no se exime a las instituciones de profundizar en los riesgos originados por sus características particulares, lo que aumenta el compromiso en las instituciones para trabajar y conocer qué riesgo asociado a cada una de nuestras instituciones está afectando de manera directa a indirecta a la seguridad de nuestros pacientes. Esta guía goza del enriquecimiento de valiosos documentos nacionales como: “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente”, que amarra la practica con la política establecida a nivel nacional, y documentos internacionales como El informe final del estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en Hospitales de Latinoamérica” y otros más que brindan herramientas para el fortalecimiento de las practicas seguras.

ARTICULO 2.26

Titulo	La investigación en Seguridad del Paciente
Autor y Año	Organización Mundial de la Salud, 2008
Ubicación del articulo (base datos)	http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art09.pdf
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Organización Mundial de la Salud. La investigación en Seguridad del Paciente. 2008
Objetivo del artículo	Fomentar proyectos de investigación cualitativa y cuantitativa, así como la colaboración en la aplicación de los resultados de la investigación con el fin de lograr una mayor seguridad de la atención sanitaria y reducir los daños ocasionados a los pacientes a escala mundial. Encontrar soluciones que permitan mejorar la seguridad de la atención y prevenir posibles daños a los pacientes.
Palabras Clave	Seguridad del paciente, personal de enfermería, administración de la seguridad.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Investigación que comprende las siguientes facetas: 1) determinar la magnitud del daño y el número y tipos de eventos adversos que perjudican a los pacientes; 2) entender las causas fundamentales de los daños ocasionados a los pacientes; 3) encontrar soluciones para conseguir que la atención sanitaria sea más segura, y 4) evaluar el impacto de las soluciones en situaciones de la vida real las investigaciones sobre seguridad del paciente tienen como objetivo ayudar a los profesionales de la atención sanitaria y a las instancias normativas a entender las causas complejas de la falta de seguridad de la atención y encontrar respuestas Prácticas para prevenir posibles daños a los pacientes. Así, las

	investigaciones sobre la seguridad del paciente aportan información y ofrecen instrumentos que permiten adoptar medidas encaminadas a conseguir que la atención al paciente sea más segura.
Muestra	Cerca de 400 participantes, entre investigadores en seguridad del paciente y representantes de instituciones relacionadas con la calidad y la seguridad de la atención de más de 60 países.
Intervención y proceso medición	Asistieron a la conferencia y examinaron en profundidad la manera en la que la investigación sobre los incidentes de seguridad del paciente puede constituir la base científica para diseñar y adoptar intervenciones, programas y políticas encaminados a mejorar la seguridad y la calidad de la atención sanitaria.
Resultados	La principal conclusión de la conferencia fue que a fin de mejorar la calidad de la atención sanitaria, se necesitan con urgencia más financiación y colaboración a favor de la investigación sobre seguridad del paciente, sea en entornos hospitalarios o comunitarios. También se necesitan muchas más posibilidades de formación en materia de investigación, mejores sistemas de información y mayor colaboración entre los países desarrollados y países en desarrollo.
Discusión	La investigación en seguridad del paciente es investigación orientada a la acción. Si los resultados de la investigación no se utilizan para mejorar la asistencia en beneficio de los pacientes, aquella tiene muy poca utilidad. Por esto, es muy importante comprender cuál es la mejor manera de sintetizar y comunicar eficazmente los resultados de la investigación para influir en la modificación de prácticas y políticas sanitarias de manera que se mejore la seguridad de la atención. La Alianza Mundial ha encargado un estudio para determinar la carga mundial de discapacidad y daño provocada por la atención insegura a fin de

	proporcionar información que permita a los gobiernos la adopción de medidas frente a esta epidemia silenciosa, hasta ahora insuficientemente estudiada y en gran parte ignorada. «La investigación sobre la seguridad del paciente ofrece a todos los Estados Miembros de la OMS un recurso innovador muy importante para ayudar a sus hospitales a prevenir posibles daños resultantes de la atención médica y velar por que la atención sanitaria reduzca el sufrimiento de los pacientes y no contribuya a aumentarlo. Los países tienen ahora la oportunidad de convertir los resultados de la investigación en medidas concretas que permitan efectivamente salvar vidas.
Análisis Personal	Es un artículo que permite revisar y analizar la importancia de investigar de manera más detallada la seguridad del paciente ya que el porcentaje de fallecimiento y discapacidades por mal manejo de equipos, medicamentos e insumos es alto, se conoce que los limitantes para el cumplimiento de una seguridad del paciente son los recursos limitados, la infraestructura, tecnología y recursos humano, el diseñar una cultura de seguridad paciente e investigar en cada una de la empresas, podrán permitir innovar, detectar y crear nuevas estrategias con el fin de mejorar la seguridad en la atención; este artículo muestra las direcciones de la investigación enfocadas hacia infecciones asociadas a atención sanitaria , eventos adversos relacionados con medicamentos y dispositivos médicos, administración de inyecciones, productos sanguíneos inseguros, líneas importantes de investigación donde se debe tener encuentra la magnitud, causa, soluciones y principalmente impacto. También muestra los altos costos que causan a las instituciones las atenciones inseguras en cuanto a medicamentos, atenciones médicas, hospitalizaciones y pleitos, este último

	cuando son muy graves o en gran cantidad pueden llevar al cierre de una institución. Una de las limitaciones para la investigación en este tema es la falta de sensibilización y el apoyo económico.

ARTICULO 2.27

Titulo	Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente
Autor y Año	Organización Mundial de la Salud
Ubicación del articulo (base datos)	http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Pre%C3%A1mbulo%20a%20las%20soluciones%20para%20la%20seguridad%20del%20paciente.pdf
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Organización Mundial de la Salud; Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente2007
Objetivo del artículo	Pretende identificar, priorizar y realizar la difusión de soluciones para los aspectos que causan impacto hacia la seguridad del paciente.
Palabras Clave	Seguridad del paciente, priorización, Eventos adversos
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	El daño involuntario a pacientes que son sometidos a tratamientos no es un fenómeno nuevo. El registro más antiguo de este problema data del siglo XVII A.C. La respuesta en aquellos días era clara y exclusivamente punitiva (por ejemplo, se le cortaba la mano a un cirujano). Hoy en día, las soluciones para mejorar la seguridad del paciente ofrecen un enfoque más constructivo, uno en el cual el éxito (una atención más segura) es determinado por lo bien que los profesionales médicos trabajan en equipo, cuán efectivamente se comunican entre sí y con los pacientes, y cuán cuidadosamente diseñados están los procesos de prestación de atención y los sistemas de apoyo de la atención. Con el creciente reconocimiento de los problemas de seguridad en la atención sanitaria, es momento de crear y difundir “Soluciones” para la seguridad del paciente. Las soluciones pretenderán promover un entorno y sistemas de apoyo que minimicen el riesgo de daño pese a la complejidad y

	a la carencia de estandarización de la atención sanitaria moderna.
Muestra	Para la difusión de las soluciones se realizan a través de los siguientes pasos: formatos para la seguridad del paciente, soluciones de seguridad.
Intervención y proceso medición	Implica una vasta investigación para identificar y priorizar los problemas de seguridad que hay que atender y para estudiar toda solución existente para dichos problemas que pueda ser adoptada, adaptada o desarrollarse aún más para su difusión internacional. Un Comité Directivo Internacional, un equipo internacional de expertos en seguridad del paciente, supervisa la selección de temas y el desarrollo de una serie definida de soluciones. Las soluciones candidatas se priorizan entonces según el impacto potencial, la solidez de la evidencia y la viabilidad de su adopción o adaptación en todos los países, en el contexto de las diferencias culturales y económicas conocidas. Las soluciones de más alta prioridad son revisadas por grupos consultivos regionales, en distintas zonas del mundo, y luego se ponen a disposición para una revisión de campo por Internet, que permite que toda parte interesada haga comentarios y sugerencias.
Resultados	"Solución para la seguridad del paciente" se define de la siguiente manera: Todo diseño o intervención de sistema que haya demostrado la capacidad de prevenir o mitigar el daño al paciente, proveniente de los procesos de atención sanitaria. La elaboración de soluciones para este campo de acción de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente implica una vasta investigación para identificar y priorizar los problemas de seguridad que hay que atender y para estudiar toda solución existente para dichos problemas que pueda ser adoptada, adaptada o desarrollarse aún más para su difusión internacional

	en donde se encuentran las siguientes soluciones teniendo en cuenta el problema, impacto, medidas sugeridas, expectativas, evidencia, aplicabilidad y riesgos como en : Medicamentos de aspectos o nombres parecidos Identificación del paciente Comunicación en traspaso de pacientes Procedimiento correcto en el cuerpo correcto
Discusión	Las soluciones de esta iniciativa no se ocuparán de las amplias causas subyacentes de los problemas de seguridad del paciente (por ej., los recursos inadecuados), sino que más bien se dirigirán al nivel específico donde el buen diseño del proceso pueda evitar (potencialmente) que los errores humanos alcancen de hecho al paciente. Por lo tanto, las soluciones pretenderán promover un entorno y sistemas de apoyo que minimicen el riesgo de daño pese a la complejidad y a la carencia de estandarización de la atención sanitaria moderna.
Análisis Personal	Las soluciones dadas por la organización mundial de la salud muestra la importancia de tener claridad en cuales son los procesos o errores humanos que se pueden estar cometiendo en las empresas, además de identificar dichos problemas los que buscan es que a través de la investigación y la publicación de nuevos estudios se puedan difundir soluciones para reducir eventos adversos, permitiendo promover una entorno y sistema de apoyo, este artículo permite buscar un impacto, solidez y viabilidad de guías que permiten ejecutar mejoras en la atención. Este artículo da soluciones bien importantes para la identificación del paciente, para el manejo de los medicamentos similares en nombre o apariencia, para la higiene de manos, para la realización del procedimiento correcto en el lugar correcto, etc.

	Estas soluciones son de fácil implementación en las IPS y nos servirán muchísimo para la atención segura de los pacientes.

ARTICULO 2.28

Titulo	Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español
Autor y Año	Fermi Roqueta Egea, Santiago Tomás Vecina, Cánovas borras
Ubicación del articulo (base datos)	http://www.semes.org/revista/vol23_5/4.pdf.
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Roqueta F; Tomas S, Cánovas M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. 2007
Objetivo del artículo	1) Conocer el nivel de cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). 2) Averiguar si el nivel de cultura difiere del obtenido en estudios realizados a nivel general hospitalario. 3) Conocer las dimensiones valoradas negativamente y proponer estrategias de mejora.
Palabras Clave	Cultura de seguridad. Seguridad del paciente. Urgencias. Encuesta AHRQ. Programa SEMES-Seguridad del Paciente.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	“La seguridad del paciente en 7 pasos” por el NationalHealthService (NHS) establece como primer paso el construir una cultura de seguridad (CS)2. Ello es así ya que una buena cultura sobre seguridad del paciente (SP) es clave para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos, fomentar la notificación y aprendizaje de los errores e implantar las estrategias para evitar su repetición
Muestra	La población de estudio comprendía profesionales de SUH, a los que se les aplicó la encuesta HSOPS.

	Los SUH participantes se correspondían con los alumnos que participaron en los cursos de instructores del Programa SEMES-SP. Los alumnos reclutaron a los profesionales encuestados.
Intervención y proceso medición	Estudio descriptivo en el que se recogen los resultados de la valoración del nivel de cultura de seguridad en los SUH utilizando como instrumento de medición la encuesta Hospital Surveyon Patient Safety Culture (HSOPS) de la Agency for Healthcare Research and Quality(AHRQ) adaptada al castellano. La encuesta se realizó a profesionales de SUH, y fue administrada por los alumnos de los cursos de instructores SEMES en seguridad del paciente realizados entre 2009 y 2010. Se analizaron las respuestas positivas y negativas a 42 preguntas que configuran un total de 12 dimensiones sobre cultura de seguridad, así como la calificación de 0 a 10 otorgada a la seguridad del paciente en los SUH.
Resultados	La encuesta se aplicó en 30 SUH de 13 comunidades autónomas y se obtuvo un total de 1.388 respuestas válidas. La nota media sobre nivel de seguridad es de 6,1 puntos. Las dimensiones mejor valoradas fueron las de “Trabajo en equipo en la unidad” y “Expectativas/acciones de los responsables de la unidad/servicio en seguridad de paciente” con un 68% y un 56% de respuestas positivas respectivamente. Las dimensiones peor valoradas fueron “Dotación de recursos humanos” y “Apoyo de la Gerencia/Dirección del Hospital” con un 57% y un 47% de respuestas negativas respectivamente. Un total de 4 dimensiones comportan cerca del 50% de todas las respuestas negativas, que constituyen un referente para priorizar como aspectos susceptibles de mejora. Una acción capital en este proceso es la información periódica a los profesionales de los resultados alcanzados y acciones de mejora para lograr su implicación máxima en un tema tan

	importante como lo es mejorar la cultura de seguridad del servicio, no solo para el paciente sino también para el profesional.
Discusión	Los datos obtenidos en los SUH son similares a los de otros estudios realizados en nuestro país, con participación de diversos servicios de hospitales del Sistema Nacional de Salud, aunque con unos porcentajes más bajos de respuestas positivas y más altos de respuestas negativas, así como con una nota media también más baja. Se sugieren acciones de mejora en estas áreas para incrementar el nivel de cultura de seguridad global de los SUH representados.
Análisis Personal	Conocer el nivel de cultura en seguridad del paciente en los servicios es de vital importancia porque si existe una buena cultura es clave para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos, fomentar la notificación y aprendizaje de los errores e implantar las estrategias para evitar su repetición, pero si por el contrario se evidencia una bajo nivel en la cultura tendremos bastante deserción en los reportes de los incidentes y por ende muy pocas posibilidades de mejoramiento. Al medir la cultura en SP nos permite conocer la situación en la que nos encontramos y así priorizar las acciones de mejora y medir la efectividad de las mismas. En este estudio se detecta que las dimensiones peor calificadas son la dotación de recursos humanos y el apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente, esto está cambiando en las instituciones debido a las exigencias que está imponiendo el ministerio de protección social, con la normatividad vigente, especialmente con la resolución 743 mediante la cual califican a los gerentes de la ESEs y les exige a trabajar en acreditación donde está incluida la seguridad del paciente. Por otro lado en las instituciones se debe estudiar muy

	bien las competencias y las tareas que realizan el personal asistencial, ya que este puede ser un factor determinante en la tarea a realizar y el tiempo que requieren para su actividad. Se debe también fomentar la notificación de errores y su discusión franca y honesta con la clara intención de aprender para mejorar y no de culpar, esto con el fin de aprender de los errores y de integrar los temas relacionados con la seguridad del paciente en las tareas diarias. Un aspecto muy importante en este proceso es informar (socializar) permanentemente a los profesionales de los resultados alcanzados y acciones de mejora para lograr su implicación máxima en el mejoramiento de la cultura de seguridad del paciente en el servicio, beneficioso no tan sólo para el paciente sino también para el profesional y la institución.

ARTICULO 2.29

Titulo	Practicas Seguras Simples
Autor y Año	Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud Ministerio de Sanidad y Consumo Paseo del Prado, 18-20. 28071 Madrid
Ubicación del articulo (base datos)	http://bit.ly/1o7n2ni.
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Álvarez J. Portella Enrique T, Fernández M. Practicas Seguras Simples, 2007
Objetivo del artículo	Identificar las Prácticas Seguras (“safepractices”) contra EA dirigidas a hospitales y con alcance nacional, impulsadas a nivel de las organizaciones gubernamentales en países seleccionados y por la Organización Mundial de la Salud. Caracterizar cada una de dichas Prácticas Seguras comparando tanto su potencial impacto en la prevención de EA, como su complejidad de implantación. Comparar la posición relativa entre las Prácticas Seguras contra los EA identificados, a partir de su situación en las variables seleccionadas, y determinar aquellas que tienen un mejor equilibrio “impacto vs complejidad de implantación”.
Palabras Clave	Enfermería; Administración de la Seguridad; Técnica Delfos; Investigación Cualitativa.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Obtener información objetiva sobre cuáles son los tipos de Efectos Adversos (EA) más prevalentes en los hospitales españoles y entre dichos eventos, ha determinado la “evitabilidad” de los mismos, esclareciendo cuales son los más prevenibles. También es relevante conocer los pasos que en este sentido se han dado y se están dando en otros países, y determinar en qué tipo de recomendaciones concretas

	(Prácticas Seguras o “safepractices”) de alcance nacional se están traduciendo: se trata de identificar puntos de referencia, y sacar provecho también de la curva de aprendizaje ya superada en otros países, y de su experiencia. Se estudiaron los casos de Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, España y la Organización Mundial de la Salud desarrollando una amplia revisión de fuentes primarias y secundarias. Se especificó una definición operativa de partida sobre qué se entiende en el estudio como “Prácticas Seguras contra Efectos Adversos (PSEA)”.Aplicando esta definición se seleccionaron los contenidos relevantes para el estudio. Cada PSEA identificada se valoró según su “complejidad de implantación” e “impacto potencial en la seguridad del paciente”, de acuerdo con criterios y rangos de valoración específicos. A partir de los criterios definidos, se configuró la definición de “Práctica Segura Simple” que se utilizaría en el estudio. Según esta definición y sus parámetros, se ordenaron todas las PSEA permitiendo clasificarlas en 4 grupos en la “Matriz de PSEA”. Desarrollar un trabajo de reflexión conjunta y de consenso, utilizando Técnicas de Grupo Nominal, con el objeto de determinar: Cuáles son las principales barreras a superar para implantar las prácticas seguras simples en los hospitales españoles. Cuáles deberían ser las iniciativas clave a impulsar desde el MSC, de cara a las barreras identificadas, para facilitar la implantación de las prácticas seguras simples. De esta manera estas 5 fases configuraron el marco metodológico de análisis para el logro de los objetivos de este estudio.
Muestra	Selección de los países y organismos a incluir. Como países a estudiar se designaron cuatro: Estados Unidos,

	Reino Unido, Canadá y España. Adicionalmente se incluyó en el marco de análisis a la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las fuentes de información comprendieron: Documentos publicados y disponibles en Internet, en castellano o inglés, localizados en: Sitios web de organizaciones gubernamentales y agencias relacionadas para cada uno de los países analizados y la OMS. Portales especializados. Agencias de noticias de alcance mundial y/o específicas de los países estudiados. Documentos disponibles en las representaciones consulares en España para estos países.
Intervención y proceso medición	**Fase 1:** Selección de los países y organizaciones a incluir y de la información relevante para el estudio. **Fase 2:** Definición de los criterios de selección de todos los documentos localizados. **Fase 3:** Valoración de cada Práctica Segura para la prevención de Efectos Adversos (PSEA). **Fase 4:** Identificación de las Prácticas Seguras Simples. **Fase 5:** Validación de los resultados con un panel de expertos.
Resultados	Se identificaron y analizaron las Prácticas Seguras para la Prevención de Efectos Adversos (PSEA) recomendadas por agentes gubernamentales, en 4 países más la Organización Mundial de la Salud (OMS), dirigidas a hospitales Se determinaron cuáles son, a partir de la metodología planteada, las Prácticas Seguras Simples para la prevención de Efectos Adversos en los hospitales Se alcanzó un consenso de expertos sobre las principales barreras para la implantación de las Prácticas Seguras Simples en los hospitales españoles Los expertos hicieron recomendaciones sobre las iniciativas clave a impulsar desde el MSC para afrontar las barreras
Discusión	A partir de la revisión realizada se han identificado 28

	recomendaciones que cumplen los criterios establecidos tanto de “Práctica Segura” como “Contra Efectos Adversos”. Al determinarse, para cada una de las 28 PSEA identificadas, el grupo de EA al que corresponde tomando como referencia los resultados del estudio ENEAS, se establecieron 4 tipos de “Impacto potencial general en la seguridad del paciente” con la siguiente distribución: Impacto específico/ limitado 3 PSEA; Impacto moderado 8 PSEA; Impacto alto 8 PSEA e Impacto muy alto 9 PSEA “Prácticas Seguras simples recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales”, desarrollar una reflexión desde la perspectiva de su conocimiento y experiencia, acerca de las principales barreras a superar para implantar las Prácticas Seguras Simples en los hospitales españoles. Y avanzar en una formulación de partida, de posibles iniciativas a impulsar desde el MSC, para facilitar la implantación de las Prácticas Seguras Simples
Análisis Personal	PRÁCTICAS SEGURAS SIMPLES RECOMENDADAS POR AGENTES GUBERNAMENTALES PARA LA PREVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS, es una investigación profunda que se ha realizado en varios países teniendo como resultado unas prácticas seguras simples pero necesarios para los eventos adversos prevenibles, un análisis y matriz de estudio completo que sirve para mirar la importancia de identificar, reportar y generar plan de mejora, son prácticas dirigidas a prevenir y evitar la incidencia del evento adverso, a través del estudio lograron identificar 28 recomendaciones enfocadas a procedimiento, infección nosocomial, medicación y diagnóstico, como también recomendaciones para barreras que se presentan en la seguridad del paciente como la resistencia al cambio del personal, la limitación del recurso y del talento

	humano, cultura del riesgo poco desarrollada, formación insuficiente, etc. Dentro de estas las que están en primer lugar por su impacto y factibilidad son formación insuficiente, cultura del riesgo poco desarrollada y limitación en los canales de información. Al igual que da muy buenas recomendaciones para afrontar estas barreras como vencer la cultura del miedo o consolidar un mensaje de No hay “espacios libres de error” sino espacios “donde se aprende del error”. Dentro de las 28 practicas seguras, 5 son las de más fácil implementación y de un alto impacto como la higiene de manos y vacunación contra la gripa al personal y usuarios.

ARTICULO 2.30

Titulo	Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud
Autor y Año	Germán Fajardo-Dolci, Javier Rodríguez-Suárez, Heberto Arboleya-Casanova, Cintia Rojano-Fernández, Francisco Hernández-Torres, Javier Santacruz-Varela
Ubicación del articulo (base datos)	http://bit.ly/1o7r27u.
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Fajardo G.; Rodríguez J.; Arboleya H.; Rojano C.; Hernández F.; Santacruz J. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud, 2010, pág. 6.
Objetivo del artículo	Evaluar el nivel de cultura sobre la seguridad del paciente entre los profesionales de la salud.
Palabras Clave	Seguridad del paciente, calidad de la atención médica.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	El estudio de la cultura de la seguridad del paciente es actualmente un tema obligado que puede facilitar la retroalimentación de los sistemas de salud, con la posibilidad de implantar medidas de mejora basadas en la determinación de problemas concretos. La cultura de la seguridad del paciente puede analizarse en diferentes niveles de la atención médica y constituye la esencia misma de las instituciones, en la que se pueden identificar fortalezas y debilidades que configuran la forma como los miembros piensan, se comportan y abordan su trabajo. La cultura se expresa de muchas maneras, en especial a través de los valores, creencias, actitudes, conductas, lenguajes, costumbres, metas, políticas y operaciones de los diferentes grupos de trabajo.3, 4 Además, crea un sentido de identidad y establece vínculos vitales entre los miembros de una organización y su misión. Referida a la salud es el producto de

	interacciones dinámicas que, a nivel de la atención del paciente, deben integrarse bajo principios éticos y científicos y permear todos los niveles de la organización hospitalaria, para elevar el nivel de la misión institucional. Sin embargo, no es infrecuente que las actitudes de los profesionales de la salud involucrados en la atención médica tengan desviaciones que afectan la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes. Así, la cultura en este contexto es lo que emerge de los esfuerzos concertados de las organizaciones para movilizar todos los elementos culturales hacia las metas de seguridad, incluyendo a sus miembros, sus sistemas y actividades laborales; para ello las instituciones establecen estándares de calidad más elevados y necesarios que justifican su acreditación como sistemas de salud, modificando sus estructuras y procesos para evitar riesgos hospitalarios y responder al derecho a la seguridad que tienen los pacientes. El estudio de la cultura para la seguridad del paciente se enfoca desde diferentes perspectivas o dimensiones; hasta el momento, el informe de la frecuencia y severidad de los incidentes es una de las que menos se toma en cuenta. En este sentido debe existir un compromiso directivo permanente para promoverlo y facilitarlo, proporcionando las herramientas necesarias para identificar los patrones más prevalentes en los incidentes de seguridad que permitan evaluar con datos duros las intervenciones para su prevención. De igual manera, se debe tratar de establecer correlaciones entre la cultura del personal de salud y los resultados de los pacientes, con el fin de darle sentido al esfuerzo de su estudio y no solamente realizar comparaciones entre unidades hospitalarias sin propósitos claros. La exploración de la cultura de la seguridad debe analizarse en el ámbito de la atención médica, sin excluir a los estudiantes,

	médicos, enfermeras y otros profesionales de La salud, quienes pueden aportar elementos relevantes para su atención. Bajo estas consideraciones, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en el marco de su simposio anual, evaluó la cultura para seguridad del paciente de los profesionales de la salud que asistieron al mismo. Para medir los diferentes aspectos de la cultura sobre la seguridad del paciente se han diseñado diferentes escalas, entre las cuales algunas han tenido mayor proyección que otras; algunas se han enfocado a los aspectos sociales, mientras que otras lo han hecho sobre áreas específicas como la cirugía, para tratar de identificar aspectos específicos de la especialidad.
Muestra	Se aplicó una encuesta sobre seguridad del paciente a 174 profesionales de salud, en la que se indagaron datos demográficos, frecuencia y número de eventos. Se determinaron las puntuaciones obtenidas en las 12 dimensiones de la escala, así como en reactivos sobre percepción y grado de seguridad global del paciente, y se obtuvieron los valores de alfa de Cronbach para las diferentes dimensiones. Se utilizaron pruebas de estadística descriptiva.
Intervención y proceso medición	Se utilizó la versión traducida al español del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agencyfor Healthcare Research and Quality,17 la cual contiene 42 reactivos relacionados con la seguridad del paciente, agrupados en las siguientes 12 subescalas: 1. Frecuencia de los eventos reportados. 2. Percepción global de seguridad. 3. Expectativas y acciones del jefe para promover la seguridad. 4. Aprendizaje organizacional. 5. Trabajo en equipo dentro de la unidad hospitalaria. 6. Apertura en la comunicación.

	7. Trabajo en equipo entre unidades hospitalarias. 8. Cambios de turno y rotación en el hospital. 9. Asignación de personal. 10. Apoyo del hospital en la seguridad del paciente. 11. Retroalimentación y comunicación acerca del error. 12. Respuesta de no castigo al error. Además, contiene variables relacionadas con el sitio o unidad de trabajo, medición de resultados, percepción global de seguridad, grado de seguridad del paciente y número de eventos informados. La encuesta se llevó a cabo durante el Simposio Anual Conamed 2009, al que acuden profesionales de la salud con interés específico en los temas de calidad de la atención médica y seguridad del paciente. Su aplicación se realizó en un tiempo aproximado de 15 minutos, previa explicación inicial de la naturaleza del estudio, de sus objetivos y de la forma de responder los reactivos.
Resultados	Se analizaron las respuestas de 174 sujetos encuestados, de los cuales 28 (16.1%) trabajan en más de una unidad hospitalaria, 31 (17.8%) correspondieron a medicina, 13 (7.5%) a cirugía y 10 (5.7%) a rehabilitación. La mayor parte, 84 sujetos (49.4%), trabaja de 40 a 59 horas por semana y 56 (32.2%), 20 a 39 horas por semana. Respecto al tiempo que llevaban trabajando en el departamento, servicio o unidad (n = 167), 14 sujetos (8.0%) indicaron que lo han hecho menos de un año, 66 (37.9%) de uno a cinco años, 34 (19.5%) de seis a 10 años y 22 (12.6%) 21 años o más (cuadro I). En relación con el grado de seguridad del paciente en la unidad de su hospital, la respuesta varió de excelente, informada por ocho sujetos (4.6%), a muy pobre, consignada por tres (1.7%) (cuadro II). La percepción global de seguridad fue de 49%. La dimensión

	más baja fue la de respuesta no punitiva al error (26%) y la más alta el aprendizaje organizacional (66%). Se encontraron alfas de Cronbach bajas para las dimensiones de percepción global de seguridad (0.35), respuesta no punitiva al error (0.55) y asignación de personal (0.12). En cuanto al reporte de eventos (n = 161), 80 de los encuestados (46%) respondieron que no han informado eventos y el resto señaló frecuencias de uno o dos eventos (25.9%) hasta más de 21 (2.3%)
Discusión	Los resultados obtenidos permiten identificar la percepción que tienen los profesionales de la salud sobre los diferentes temas relacionados con la cultura de la seguridad de los pacientes, entre los que se incluye el reporte de incidentes, actitudes para el trabajo de equipo, comunicación y coordinación entre los equipos de trabajo, entre otros temas no menos relevantes y estrechamente asociados con el proceso de educación médica relacionada con el desarrollo de la cultura de seguridad. Sin embargo, es necesario señalar que el alfa de Cronbach de las diferentes dimensiones ha mostrado variaciones tanto en las traducciones al español como en otros idiomas.20 Se encontraron alfas de Cronbach bajas en varias dimensiones, lo que coincide con los resultados de Bodur.21 De esta manera, en la percepción global de seguridad se encontró un alfa de Cronbach de 0.35, en la respuesta no punitiva al error de 0.55 y en la asignación de personal de 0.12, comparadas con 0.43, 0.13 y 0.02 obtenidas respectivamente en la investigación del autor citado. Estos hallazgos identifican una fiabilidad baja en esas dimensiones, atribuible a diferentes factores que deberán analizarse (cuadro IV). Adicionalmente, los resultados presentan diferencias

	sustanciales con los obtenidos en otros estudios, situación que se podría explicar parcialmente por las diferencias en los contextos de aplicación. La cultura global sobre la seguridad en 51% de los encuestados permite ubicar la percepción de la población en algunos puntos porcentuales por abajo de lo informado por la Agency for Healthcare Research and Quality(69%), aun cuando deben ponderarse los problemas de fiabilidad para definir esta diferencia. Esto podría considerarse como una disminución en la capacidad de respuesta ante diferentes contingencias, que puede hacerse evidente frente a determinados retos de la atención médica y que puede incrementarse al desarrollar una mejor cultura de la seguridad en los sistemas de salud. Algunos rubros, como expectativas y acciones del jefe para promover la seguridad, trabajo en equipo dentro de la unidad hospitalaria, apertura en la comunicación y retroalimentación y comunicación acerca del error, se encontraron bajos en relación con otros estudios. Uno de los componentes con gran trascendencia desde el punto de vista de la seguridad de los pacientes es el informe de incidentes durante el proceso de la atención médica. En este sentido todavía existe resistencia para realizarlo, aduciéndose diferentes razones como el exceso de trabajo, el temor al castigo o a la pérdida de credibilidad y prestigio. De esta manera, los resultados mostraron que 46% de los encuestados no ha informado eventos. Esto es relevante ya que si bien la población encuestada muestra interés en los eventos sobre la seguridad del paciente, la cantidad de reporte es baja en contraste con la señalada en otros estudios. Los resultados de respuestas positivas para las diferentes dimensiones variaron de un promedio mínimo de 38% para apertura en la

	comunicación y un máximo de 68% para aprendizaje organizacional. Ya que actualmente existen varias escalas para medir variables de cultura sobre seguridad del paciente, su aplicación fuera del ámbito de elaboración y uso original deben considerar la necesidad de realizar adecuaciones de acuerdo con los resultados y de efectuar comparaciones entre las diferentes publicaciones y análisis de fiabilidad, dependiendo del ámbito en el cual se han utilizado.28,29 Algunas de estas variaciones pueden observarse en el cuadro VI, donde se comparan los resultados en seis de las dimensiones analizadas en el presente trabajo con los obtenidos en otras investigaciones.
Análisis Personal	La identificación del nivel de cultura sobre la seguridad del paciente es esencial para la mejora de la calidad de la atención médica. Debe existir un compromiso directivo permanente para promover y facilitar el reporte de los eventos adversos, proporcionando las herramientas necesarias para identificar los incidentes de seguridad que permitan evaluar con datos las intervenciones para su prevención, ya que existe resistencia al reporte de incidentes durante el proceso de la atención médica, aduciéndose diferentes razones como el exceso de trabajo, el temor al castigo o a la pérdida de credibilidad y prestigio. Se debe tomar en consideración las sugerencias de los trabajadores para mejorar la seguridad del paciente, ya que son ellos los que están en contacto a diario con los usuarios y conocen los riesgos a los que se enfrentar cada día. La comunicación entre el grupo de trabajo es relevante ya que se requiere un nivel óptimo de la misma si se desea que todo el personal participe en cambios sustanciales para la mejora de la atención médica y seguridad del paciente.

	Este articulo tiene relación con el articulo Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español, ya que ambos miden la cultura de seguridad en el personal asistencial, solo que el primero lo mide en el personal de los diferentes servicios y el segundo solo en el servicio de urgencias.

ARTICULO 2.31

Titulo	Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud Español
Autor y Año	P.J Saturno, Z.A. Da Silva Gama, S.L. de Oliveira Sousa, Y.A. Fonseca
Ubicación del articulo (base datos)	http://bit.ly/1kZI045.
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Saturno.P, Gama D, Sousa S. Fonseca A. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud Español, 2008;18-23.
Objetivo del artículo	Describe la metodología y los principales resultados de un estudio sobre clima de seguridad realizado en una muestra representativa de hospitales públicos.
Palabras Clave	Gestión de la seguridad, Hospitales públicos, encuesta, clima organizacional.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La consecución de una adecuada cultura se ha señalado como la primera de las recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente, señalando la medición de la cultura de seguridad, puede utilizarse medir aspectos como organizaciones, identificar en que habría que incidir para mejorarla y poder monitorizar su evolución, describe la frecuencia de actitudes favorables, factores socio profesionales relacionados con una actitud favorable, favorecer la utilización rutinaria para la evaluación, mejora y monitorización del clima de seguridad de hospitales.
Muestra	Muestra aleatoria de 24 hospitales, estratificada por tamaño de hospitales (5 grandes, 13 medianos y 6 pequeños) de la red de hospitales públicos.
Intervención y proceso medición	Se realizó con una población de estudio de profesionales sanitarios y otras titulaciones universitarias adscritos a cualquiera de los servicios universitarios. Se distribuyeron

	6.257 cuestionarios en cada uno de los hospitales, identificándose una persona que coordino la distribución. El cuestionario proporciona una calificación global de 0 a 10 sobre el clima de seguridad percibido e incluye, además de las características socio profesionales y una pregunta sobre el número de eventos notificados, 42 ítems sustantivos sobre seguridad que se agrupan en doce dimensiones. El cuestionario tiene preguntas formuladas negativamente y positivamente. De forma general están en 3 categorías nunca, raramente, a veces, casi siempre y siempre.
Resultados	En una escala de 0 a 10, la calificación media es 7, con un 25% de los casos q los que otorgaron una calificación por debajo de 6, los resultados de la cultura de seguridad analiza que no se notifican los eventos adversos, con respecto a debilidades, el diagrama Pareto muestra que: Respuesta negativa en dotación de personal donde se evidencia jornadas laborales agotadoras, trabajo bajo presión; apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente y poco trabajo en equipo de las unidades. Fortalezas; solo dos de 42 ítems, aprendizaje organizacional, trabajo en equipo dentro de la unidad. El apoyo por parte de gerencia se evidencia principalmente en hospitales pequeño.
Discusión	Las limitaciones del estudio están relacionadas con la selección de la herramienta para medir el clima de seguridad, en nuestros resultados la calificación global es dispersa aunque mejorable, las dimensiones que se destacan son trabajo en equipo dentro de la unidad y acciones de dirección en la unidad, tiene carácter interno, los problemas de seguridad están relacionadas con la coordinación externa de las unidades. Otro aspecto es la

	importancia de incentivar la notificación y análisis de errores, es la actitud positiva. Aspectos de dotación de personal y con el ritmo de trabajo, que se percibe que llega a verse en peligro la seguridad del paciente, el ritmo de trabajo, la falta de apoyo por parte de la gerencia o coordinación entre servicios debe tomarse en consideración. Los hospitales pequeños tienen mejor percepción positiva, orden de prioridades. Propuestas de intervención y seguimiento: Las estrategias para mejorar el clima de seguridad son: 1. Fomentar la notificación interna y discusión de los errores que puedan ocurrir. La clara actitud positiva es una fortaleza que debe aprovecharse. 2. Tratar los problemas de seguridad del paciente en equipo y no individual 3. Prestar atención prioritaria a la racionalidad de la dotación y organización del personal del personal y ritmos de trabajo a que puedan verse sometidos.
Análisis	La medición de la cultura de la seguridad del paciente es necesaria para diseñar actividades de mejora, con el fin de minimizar errores y efectos adversos. Conseguir una adecuada cultura en los profesionales es de vital importancia para implementar la seguridad del paciente en las instituciones. De este estudio se identifica como fortaleza el trabajo en equipo y el aprendizaje organizacional, esto debido a que se aprende de los errores y casos presentados, dentro de las debilidades se encuentra que la principal es la dotación de personal (jornada laboral muy agotadora y falta de personal), Este problema de jornadas laborales muy agotadoras o el poco personal para la atención de los pacientes es repetitivito sobre todo en los servicios de urgencias, ya que en

	Colombia no se define una red verdadera o las EPSs no contratan oportunamente su red o no pagan y le cierran servicios. Para evitar la falta de personal de los servicios es bueno realizar un análisis de la producción mes a mes y definir un estudio de suficiencia de personal de acuerdo a la demanda y la capacidad instalada. La cultura de seguridad es menor en los hospitales grandes que en los pequeños. La debilidad de falta de personal es más notoria en los hospitales grandes y es lógico por la gran afluencia de usuarios, seguido de la falta de apoyo por parte de la gerencia. Por lo tanto se debe tomar en consideración muy seriamente el hecho de la falta de personal, aumento el ritmo de trabajo, la falta de apoyo por parte de la gerencia y la falta de coordinación entre los diferentes servicios, todo esto con el fin de poder brindar una atención segura a los usuarios.

ARTICULO 2.32

Titulo	Sistema de registro electrónico de incidentes, basado en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la Organizacional Mundial de la Salud.
Autor y Año	Germán Fajardo Dolci, Dr. Philippe-Lamy, Dr. Javier Rodríguez-Suárez, Dr. Marco Antonio Fuentes-Domínguez ,Ing. José Joel Lucero Morales, Dr. Francisco Hernández-Torres, Dr. Javier Santacruz Varela. 2010.
Ubicación del articulo (base datos)	http://bit.ly/SIRHsX.
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Fajardo, G. Philippe L, Rodriguez J. Fuentes M. Sistema de registro electrónico de incidentes, basado en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la Organizacional Mundial de la Salud.2010;29-36.
Objetivo del artículo	Definir, armonizar y agrupar, los conceptos sobre la seguridad de los pacientes, en una clasificación internacional, de tal manera, que responda a las necesidades de aprendizaje y mejora de dicha seguridad, en los diferentes sistemas de salud
Palabras Clave	Incidentes. Eventos adversos, seguridad del paciente, software para la seguridad del paciente, sistemas de reporte, Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	En la práctica médica, cada día se pone mayor énfasis en la necesidad de identificar los incidentes que pueden evitarse, con el fin de implementar medidas de prevención. De esta manera, se ha reconocido su gran frecuencia y severidad (principalmente en los países más avanzados tecnológicamente) así como la importancia que tiene la educación del personal de salud y de los pacientes, para lograr su disminución. Debido a la necesidad de reportar de

	manera sistemática los incidentes que se presentan, como consecuencia de la atención médica y de establecer la cultura del reporte, mediante el uso de instrumentos reconocidos internacionalmente; la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han tomado la iniciativa de traducir, automatizar y realizar pruebas de campo con la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud El software desarrollado proporcionará a los usuarios un sistema sencillo, fácil de utilizar y que contiene un formato integrado de funciones para el reporte confidencial y anónimo de incidentes. La retroalimentación de las pruebas preliminares servirá para identificar las modificaciones que deban hacerse, tanto a la traducción como al programa de registro electrónico. Básicamente se refieren a su utilidad para identificar y analizar los incidentes, aplicando el conocimiento para retro alimentar a los sistemas de salud para efectos de mejora de la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente. Al igual que los formatos en papel, el diseño de los sistemas electrónicos, implica la estandarización de la terminología, lo que obliga a revisar la misma, con base en los avances internacionales que se han dado para unificar términos clave y hacerlos más claros, para su aplicación en la práctica cotidiana.
Muestra	Se realizó análisis y estudio de los sistemas de reporte de eventos adversos como: Dove, Error médico, Brixey, Error de Medicación, Zhang y Patel, Taxonomía cognitiva del error basada en la acción. Taxonomía cognitiva de falla

	basada en la acción.
Intervención y proceso medición	Es necesario mencionar que, a nivel de la operación, la extensión de las clasificaciones, sobre todo cuando el formato de captura se presenta en papel, hacen muy laborioso el reporte, lo que constituye una barrera importante para su aplicación. Los sistemas automatizados tienen ventajas indudables, pero dependen de equipos de cómputo y “software”, exigiendo además que los usuarios tengan habilidades mínimas para su manejo, lo cual no siempre puede asegurarse En el año de 2003, la OMS reconoció la necesidad de estandarizar, adicionar y analizar, la información sobre incidentes de los pacientes, para proporcionar un medio de comparación y aprendizaje local, regional, nacional e internacional. Posteriormente, en 2005, la Alianza para la Seguridad del Paciente de la OMS, reunió a un grupo de expertos para desarrollar una estructura conceptual para la “Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Posteriormente, en 2005, la Alianza para la Seguridad del Paciente de la OMS, reunió a un grupo de expertos para desarrollar una estructura conceptual para la “Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. En 2007, se adiciona la necesidad de desarrollar un documento educativo con definiciones y criterios descritos en la Clasificación, que acompañara a la estructura conceptual, para proporcionar instrucciones de cómo aplicarla, lo cual todavía no se ha publicado.
Resultados	El reporte de eventos adversos no ha sido exitoso en la mayor parte de los casos. Eso ha sido debido en parte a que pueden despertar el temor de que sean utilizados con fines punitivos o a que se ha confundido la obligatoriedad de las instituciones de salud de cumplir, con la obligación

	que pueden tener los médicos de hacerlo. Para que los sistemas de reporte sean exitosos deben cumplir algunas condiciones como: • Ser confidenciales • No identificar números de expediente, nombres de pacientes o de médicos. • No ser punitivos • Estar orientados a la identificación y registro de incidentes, con el fin de establecer estrategias para la mejora de la calidad de la atención médica y seguridad del paciente. • Ser fáciles de utilizar • Utilizar formatos electrónicos automatizados para registro y obtención de estadísticas. • Utilizar terminología actualizada y aceptada internacionalmente. La automatización incluyó las más de 700 variables que contiene la CISP, con formato en base de datos de Access, con varias secciones que corresponden al programa propiamente dicho y otras que vinculan a documentos de consulta útiles, como la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud. El Programa incluye la Clasificación en diez clases: 1) Tipo de Incidentes, 2) Características del Incidente, 3) Características del paciente, 4) Desenlaces en pacientes, 5) Desenlaces organizacionales, 6) Factores Contribuyentes y Riesgos, 7) Detección,

	8) Acciones para reducir riesgos, 9) Factores mitigantes, y 10) Acciones de mejora.
Discusión	Existe un gran número de clasificaciones sobre incidentes que se presentan como consecuencia de la atención médica. Sin embargo, todavía es escaso el conocimiento de las mismas y su utilidad, pero sobre todo, se ha identificado poca disposición para realizar un registro sistemático de los incidentes. Esto se debe a múltiples causas, algunas relacionadas con las diferencias culturales y tecnológicas y otras, como el temor de los profesionales a ser culpados y sancionados. Por otra parte, las diferencias conceptuales entre las clasificaciones, dificultan tanto la unificación terminológica, como de las estadísticas que se reportan con su uso. De esta forma, se ha creado confusión en lo que respecta a la frecuencia real de los distintos incidentes, Así como sobre sus consecuencias y las medidas que se han tomado para su prevención. Existe una necesidad insoslayable de una herramienta confiable y uniforme, para el registro de incidentes que se presentan como consecuencia de la atención médica. Él es conocimiento de su frecuencia y severidad, inhibe las posibilidades de mejora de la calidad de la atención Médica proporcionada por las instituciones de salud. Los sistemas de reporte deben considerarse como un elemento fundamental de los sistemas de calidad y no como un componente optativo o voluntario de ellos. La Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la OMS, traducida y automatizada, constituye un esfuerzo que debe aprovecharse para establecer el Sistema Nacional de

	Registro de Incidentes, que permita identificar y analizar sus diferentes dimensiones y proponer medidas de mejora de la calidad de la atención médica para prevenirlos.
Análisis	Los incidentes presentados se deben estudiar e identificar que los genero para definir acciones o barreras que eviten que se vuelvan a presentar.Uno de los principales problemas relacionados con la seguridad del paciente es la carencia de información o la existencia de información incompleta, lo cual debe ser solventado con mejoras en los sistemas de registro y creando una cultura del reporte, este punto es de vital importancia, ya que con un adecuado reporte es cómo podemos determinar las acciones correctivas a implementar para que no se vuelvan a presentar los incidentes o eventos o coloquemos barreras adecuadas.En la actualidad hay cierta resistencia al reporte de los incidentes y eventos adversos, para lo cual debemos educar e inculcar una cultura en cada uno de los colaboradores de la institución.Los formatos en papel para el reporte acarrean una gran cantidad de tiempo para el personal asistencial en el momento de escribirlos y también para transcribirlo en las bases de datos, así que se debe optar por implementar un sistema electrónico de reporte con el fin de minimizar el tiempo de reporte, volverlo más amigable, eficiente, seguro y sobretodo confidencial.Por lo tanto se debe optar por la sistematización de los reportes con el fin de mejorar la calidad de la atención y crear cultura. Por otro lado se debe aprovechar la clasificación sistematizada internacional para la seguridad del paciente de la OMS.

ARTICULO 2.33

Titulo	La seguridad del paciente como indicador de la calidad

	asistencial y del trabajo enfermero. El empleo del “listado pre quirúrgico”
Autor y Año	Obdulia Romero Mora, Manuel Jesús García Martínez, María Jesús Fernández Romana, José Manuel Ramos Suárez, José Guerrero Pérez, Rosalía Mármol López
Ubicación del articulo (base datos)	http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art09.pdf
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Romero O.; García M.; Fernández M.; Ramos J.; Guerrero J.; Mármol R. La seguridad del paciente como indicador de la calidad asistencial y del trabajo enfermero. El empleo del “listado pre quirúrgico”, 2012, pág. 6.
Objetivo del artículo	a) Obtener la confirmación de que todos los ítems que se chequean están verificados. b) Proporcionar al paciente y su familia psicoprofilaxis como técnica que intenta ayudarles en el manejo de sus emociones, actitudes y comportamientos en el acto sanitario.
Palabras Clave	Seguridad del paciente, listado pre quirúrgico, calidad de los cuidados.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La presente comunicación se inscribe dentro del área temática sobre la seguridad del paciente, tema este emergente en los últimos años y que viene ocupando el interés de las autoridades sanitarias y organismos nacionales e internacionales desde mediado el siglo XX, como se recoge en la LV Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en el año 2002, en la que se aprueba la Resolución WHA55.18 instando a los Estados miembros a prestar la máxima atención a los problemas sobre seguridad del paciente. Ya la ilustre enfermera Florence Nightingale, en el siglo XIX, por traer a estas páginas una referencia histórica, se refería a la seguridad del paciente cuando afirmaba que “las leyes de la

	enfermedad pueden ser modificadas si comparamos las intervenciones o tratamientos con los resultados". Por último, destacar otros eventos que han girado en torno a la seguridad del paciente: – La Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes, creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo El mundo y en la que intervienen miembros de la OMS, expertos, usuarios, grupos de profesionales y de la industria1. – El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, que recoge en su apartado de excelencia clínica diversas propuestas para mejorar la seguridad del paciente. – El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. 2010-2014. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. – El Observatorio para la Seguridad del Paciente. Agencia de Calidad Sanitaria de la Junta de Andalucía. En definitiva, todas estas acciones llevadas a cabo por las autoridades sanitarias vienen a concluir que es labor de todos los servicios sanitarios velar por la seguridad de los pacientes.
Muestra	Artículo no presenta muestra
Intervención y proceso medición	Se creó un grupo multidisciplinar que trabajo un documento consensuado en el que la elaboración y puesta en marcha fue asumida por todo el equipo, aportando un valor añadido que evita dobles comprobaciones con la consiguiente carga de trabajo de los profesionales. La comprobación del listado pre quirúrgico se hace con tiempo suficiente previo a la intervención para poder subsanar cualquier error o necesidad. La evaluación del mismo se Hizo a través del departamento de calidad del centro mediante auditoria de historias clínicas y datos aportados por el Hospital

	sobre utilización de quirófanos. Se analiza dicho documento y se hace referencia asimismo a otros protocolos elaborados por nuestra Unidad relativos a la seguridad del paciente
Resultados	Entre los distintos protocolos que se activan en nuestra Unidad que hacen referencia a la seguridad del paciente, destacamos los siguientes: – Check-list quirúrgico. Se realiza en quirófano en los momentos previos a la intervención quirúrgica. – Protocolo sobre lavado de manos. – Protocolo sobre caducidad de medicamentos. – Protocolo sobre medidas específicas a tener en cuenta ante una transfusión sanguínea. – Protocolo sobre la prevención de las caídas. – Protocolo sobre la prevención de infecciones nosocomiales. – Protocolo sobre prevención de ulceras por presión. – Protocolo para evitar trombosis o embolias pulmonares. En la presente comunicación nos vamos a centrar en la “Lista de detalles a confirmar (check-list) pre quirúrgica”, la cual se lleva a cabo en tres momentos previos a la intervención, recogiendo los diez criterios internacionales para evaluar la seguridad del paciente. La primera comprobación de detalles se realiza unos días previos a la intervención. El paciente es citado en la Unidad, en un espacio habilitado para ello, preservándose debidamente la intimidad del paciente. La entrevista generalmente la lleva a cabo el personal de enfermería del turno fijo de mañana. En esta primera entrevista se hacen las siguientes 15 comprobaciones: – Se identifica correctamente el paciente, comprobando los

	datos documentalmente (DNI, tarjeta de la Seguridad Social o similar, así como su número de historia clínica). – Se especifica tanto el procedimiento como la zona quirúrgica a intervenir. – Comprobación del consentimiento informado, que ya ha debido firmar el paciente en la última consulta a la que asistió. Si no es así, se le pide que lo haga en ese momento. – Comprobación del estudio pre anestésico. – Asimismo se comprueba si el paciente tiene extraídas las pruebas cruzadas y reserva de sangre para la operación. – Premeditación prescrita por el Servicio de Anestesia. – Comprobación si existe suspensión de medicación previa a la intervención, caso de medicación anticoagulante, cardiaca, etc. Y si tiene prescrito el correspondiente tratamiento preoperatorio. – Día y hora de ingreso. – Entrega de recomendaciones de ingreso. – Entrega de documentación vía clínica para RTU de próstata. – Asegurarse de que se incluye esta vía clínica en la historia clínica del paciente.
Discusión	La implantación del documento estuvo contemplada como objetivo en los acuerdos de gestión del año, donde la implementación tenía que ser del 100% de todos los pacientes que se sometieran a una intervención quirúrgica. Estaba ligado a otro objetivo, el de reducir las suspensiones de quirófanos y mejorar su índice de utilización. La evaluación se hizo mediante auditoria de historias clínicas y datos aportados por el hospital sobre utilización de quirófanos. Estas evaluaciones se hicieron a través del Departamento de Calidad de nuestro hospital. En la actualidad, dada la trascendencia del tema, en los HH.UU.

	Virgen del Rocío (Sevilla) vienen desarrollándose cursos y jornadas dirigidos a todo el personal sanitario (médicos, personal de enfermería, personal de oficio, personal de administración). Así, nos encontramos con cursos que tratan temas como la comunicación y humanización, celebrándose unas jornadas anuales de ámbito nacional; seguridad del paciente, contemplándose aspectos como la prevención de caídas o infecciones nosocomiales; identificación del paciente (ley de protección de datos), etc. Es importante la participación de todos los colectivos que de alguna manera guardan relación con el paciente, puesto que la seguridad es cosa de todos. Coincidimos con León Román cuando afirma que “la seguridad del paciente dentro de los programas de garantía de calidad no es un modismo, ni un nuevo enfoque en los servicios de salud; sino una responsabilidad profesional implícita en el acto del cuidado” Por la experiencia acumulada tras la puesta en marcha de este listado se concluye, finalmente, que el mismo ha tenido una influencia positiva en la relación paciente/personal sanitario, mejorando la comunicación entre ambos, consiguiendo una adaptación emocional eficaz frente al estrés que supone el acto quirúrgico, traduciéndose ello en una cooperación más activa del paciente.
Análisis Personal	El Check-list quirúrgico dentro de la seguridad del paciente, es una herramienta bastante eficaz para dar seguridad al paciente (todo está bajo control y disminuye el estrés del paciente frente a la cirugía), mejorar la seguridad del paciente en la intervención quirúrgica para reducir al máximo los riesgos de sucesos adversos, mejorar la comunicación entre paciente y personal asistencial y reducir las suspensiones de quirófanos,

	mejorando el índice de utilización. Con la utilización de esta herramienta se está prestando un servicio seguro y con calidad, dando una mayor satisfacción al usuario, disminuyendo costos a las empresas y evitando futuras complicaciones de los pacientes y por ende demandas.

ARTICULO 2.34

Titulo	Seguridad del paciente: protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes.
Autor y Año	Enrique Fernández De Pinar Y Garzón, Amalia Romero Molina, María Dolores Plaza Del Pino, Mercedes García. Mayo del 2007
Ubicación del artículo (base datos)	http://bit.ly/1xAqqZS.
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Fernández E, Romero A, Plaza M, García M. Seguridad del paciente: protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes.2007.
Objetivo del artículo	Pretender dotar a los profesionales de los Hospitales con conocimientos mínimos y pautas a seguir en el caso de que sea necesaria una Inmovilización del Paciente.
Palabras Clave	Seguridad del paciente, Inmovilización del paciente, Contención mecánica, Lesiones potenciales, Cinturón abdominal, Sujeción mecánica.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema	Hablar de seguridad del paciente es abordar el proceso por el cual una organización le proporciona atención y cuidados seguros, lo que se manifiesta por la ausencia de lesiones accidentales atribuibles a los mismos. Del mismo modo, hablar de seguridad implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarnos de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia así como, buenas prácticas acordes con el conocimiento científico disponible, sensibles a los valores, expectativas y preferencias de los pacientes.
Muestra	Fue elaborado por el servicio Andaluz de salud, señala protocolo que esta actuacion tiene una serie de connotaciones éticas y legales importantes. Se crea una comisión y un grupo de trabajo, garantizando la seguridad del paciente.

Intervención y proceso de medición	Se hace un protocolo especificando como los profesionales deben tratar a este tipo de pacientes para así poder evitar accidentes o eventos adversos.
Resultados	Garantizar una buena atención para los pacientes como a los familiares o acompañantes.
Discusión	Algunos artículos aseguran que las sujeciones podrían considerarse un fallo terapéutica, ya que directa o indirectamente pueden tener consecuencias perjudiciales. Los daños severos o permanentes pueden implicar la compresión de nervios, contracturas e incluso estrangulación y muerte. Es una práctica controvertida que conlleva dilemas éticos, clínicos y sociales. A pesar de ello, existen algunos factores que contribuyen a que se continúe utilizando, como la creencia que no puede ser eliminada si no existe suficiente dotación de personal, la falta de conocimiento de otras alternativas por los profesionales, y el temor a que el paciente sufra algún evento adverso si no se encuentra inmovilizado.
Análisis Personal	Este artículo pretende instruirnos o enseñarnos a manejar a este tipo de pacientes con limitaciones de movimiento para que así podamos evitar diferentes riesgos o eventos adversos que pueden llegar a ocurrir dentro y fuera delos hospitales con el fin de brindarle a los pacientes una mejor calidad de vida. Este protocolo de inmovilización pretende dar conocimiento, posibles complicaciones y herramientas para dar una atención segura al paciente y el entorno, cuando el paciente requiere de una contención por su patología. Al igual se plantea que este el último recurso a utilizar con los pacientes y que es un método de aplicación temporal

ARTICULO 2.35

Titulo	Plan estratégico de seguridad del paciente
Autor y Año	María Fernanda Bernal Rodríguez, Leopoldo Elvira Pena, Asunción Escudero Soriano, Eladio Garrote Sastre, Plan estratégico de seguridad del paciente.2011
Ubicación del articulo (base datos)	http://bit.ly/1xAqqZS
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Bernal, M; Pena, L; Escudero, S. Plan estratégico de seguridad del paciente.2011.1-98
Objetivo del artículo	Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad de los pacientes entre los profesionales y los pacientes en cualquier nivel de atención sanitaria. - Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de incidentes relacionados con la seguridad de pacientes. - Implantar prácticas seguras en el SNS - Promover la investigación en seguridad de los pacientes. - Participación de los pacientes en la estrategia de seguridad de pacientes - Reforzar la participación de España en todos los foros sobre seguridad de pacientes de las principales organizaciones internacionales
Palabras Clave	Seguridad, implantación, priorización.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-	La seguridad de pacientes y la gestión del riesgo como reto del sistema sanitario. Desde finales de la década de los 90 las organizaciones sanitarias comenzaron a prestar especial atención a la seguridad de sus procedimientos y

planteamiento problema)	estructuras asistenciales, así como a la identificación de incidentes, efectos adversos, sus consecuencias y posibilidades de mejora. La seguridad es un elemento clave y prioritario de la calidad asistencial. Los errores y eventos adversos implican un déficit en la calidad de la atención y redundan en perjuicios para usuarios/as y profesionales, además de aumentar los gastos sanitarios. La seguridad es una tarea del conjunto de la organización que en última instancia es gestionada por los equipos multidisciplinares que trabajan en los dispositivos sanitarios. La cohesión del equipo y la capacidad de liderazgo local son las piezas claves en la prevención de riesgos y en la reducción de las secuelas de los potenciales incidentes. Los equipos pueden aplicar herramientas que les permitan conocer los factores y situaciones de riesgo (mapas de riesgos) y participar en el establecimiento de estrategias de intervención en seguridad.
Muestra	Se crea una comisión de seguridad de pacientes para diseñar un plan estratégico constituida por profesionales con experiencia en planificación sanitaria, con análisis de situación actual, gestión de seguridad del paciente, bibliografía actualizada sobre la materia, con metodología enfocada a análisis, discusión y participación.
Intervención y proceso medición	Proceso de elaboración. La Comisión Central de Seguridad de Pacientes del Servicio Extremeño de Salud (SES), constituida en el año 2009, en consonancia con los objetivos del Plan Estratégico del SES determina la creación de una Subcomisión de Gestión de Seguridad de Pacientes con el objetivo, entre otros, de diseñar un Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes. Cultura e

	Investigación en Seguridad de Pacientes realiza aportaciones en dos ámbitos: - Elementos para enriquecer el análisis de situación y sugerencias en las materias en las que es competente. El documento se presenta a la Comisión Central para su revisión. - Este documento revisado se somete a la consideración de asociaciones profesionales, asociaciones de usuarios y expertos externos a través del Consejo Científico Asesor del SSPE y del Consejo Regional de Salud para que realicen las sugerencias que consideren oportuna. El grupo nominal estudia las aportaciones y las integra en un documento de consenso que se presenta a la Comisión Central de Seguridad de Pacientes para su evaluación, modificaciones y aprobación final.
Resultados	Una vez elaborado, revisado y aprobado el Plan Estratégico de Seguridad de pacientes del SES, el esfuerzo debe dirigirse hacia la puesta en marcha y desarrollo de las líneas estratégicas en él descritos, mediante la ejecución de las actuaciones planteadas, para así alcanzar los objetivos propuestos. Permite realiza plan con: - Línea estratégica, organización y cultura. - Sistema de gestión, riesgos y seguridad de pacientes. - Implantación, evaluación y seguimiento al plan. - Priorización procesos operativo y practicas seguras.
Discusión	El seguimiento de las actuaciones definidas y la evaluación del nivel de consecución de los objetivos, a través de los indicadores propuestos, constituyen elementos esenciales para lograr la implantación del Plan Estratégico. Ello

	contribuirá, de forma paralela, a la toma de decisiones en cuanto a la actualización del Plan y a las modificaciones futuras del mismo. • La monitorización del Plan Estratégico se hará a través de la evaluación de los indicadores definidos en el mismo, contemplados en un Cuadro de Mandos Integral que permitirá realizar un seguimiento tanto a nivel del SES como de cada Área de Salud. El proceso de medición y evaluación de objetivos forma parte de un modelo de gestión y seguimiento global del Plan Estratégico llevado a cabo por la Comisión Central de Seguridad de Pacientes. • La medición de objetivos a través de indicadores permite ser utilizada como herramienta de evaluación en los contratos de gestión anuales de cada una de las gerencias. Esto supone un compromiso adquirido hacia la consecución del objetivo fundamental de la Estrategia de Seguridad del Paciente: la prestación de una asistencia sanitaria segura y de calidad en el SES.
Analisis	La seguridad del paciente, está basada en la prioridad que se debe dar a la asistencia sanitaria, la cual está basada en la cultura e información segura, en el desarrollo de sistemas de información sobre los eventos adversos y principalmente en la promoción de prácticas seguras en los centros asistenciales. Este plan estratégico se crea debido a todos los eventos adversos que se han dado mediante estudios y casos reportados en los centros de salud ,tales como el uso de medicamentos, infecciones hospitalarias entre otras; por tanto la falta de seguridad produce un incremento de costos ya que provoca mayor estancia hospitalaria. Este plan además busca mayor calidad e innovación en los servicios

	que se logra con la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y la igualdad en la prestación del servicio sanitario. Los derechos de los pacientes juegan un papel importante en el plan estratégico ya que debe garantizar la intimidad, dignidad y seguridad de las personas, también existe insuficiente comunicación lo cual juega un papel importante para evitar las prácticas inseguras en los centros de atención. Un plan estratégico es el que cada institución de salud debe establecer para un periodo, con el fin de implementar practicas seguras y culturizar a los profesionales.

ARTICULO 2.36

Titulo	La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del Programa SEMES-Seguridad Paciente
Autor y Año	SANTIAGO TOMÁS, MANEL CHÁNOVAS, FERMÍN ROQUETA, TOMÁS TORANZO5 11-4-2012
Ubicación del articulo (base datos)	http://www.semes.org/revista/vol24_3/11.pdf
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Santiago T, Chanovas M, Raqueta F, La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del Programa SEMES-Seguridad Paciente. 2012.
Objetivo del artículo	Impartir la cultura de la SP entre los profesionales de la atención de salud.
Palabras Clave	Seguridad paciente. Urgencias. Emergencias. Programa SEMES-Seguridad Paciente.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Es un balance de 4 años de estudios donde se enfocaron en las falencias y al mismo tiempo en las mejoras para poder ver una solución por medio de inquietudes de personal de salud y así dar respuestas concretas de cómo se fue desencadenando las mejoras en diferentes partes de España.
Muestra	Se evaluó a 30 hospitales de España y se obtuvo un total de 1.388 respuestas válidas donde por medio de porcentajes se evidencio que hay falencias en la seguridad del paciente.
Intervención y proceso medición	La estrategia define esquema de actuacion, donde inicia en crear cultura pasando por la formación e identificación de líderes en las organizaciones, para llegar al conocimiento de la situación de la atención urgente, establecer estrategias de mejora; analiza la incidencia con o sin daño.
Resultados	En los últimos dos años se ha realizado referencia a la SP y el manejo de medicación. En ella se hace hincapié en los programas de introducción de farmacéuticos en los SU, en la atención de las discrepancias en las historias fármaco, terapéuticas o en las estrategias de mejora en la Reducción de

	riesgos con la medicación y así poder medir periódicamente para poder brindar calidad en la sp.
Discusión	26 millones de urgencias atendidas en España (año 2008)8, el valor hallado en el estudio EVADUR (mortalidad directamente relacionada: 0,05%)5 podría suponer un total de 12.650 fallecimientos por la falta de formación, medicación y comunicación entre el personal de salud.
AnálisisPersonal	Los servicios de urgencias es uno de los servicios que más riesgo de un incidente o un evento adverso le pueda ocurrir, esto debido a la congestión de los mismos, la gravedad y diversidad de las patologías y la alta administración de medicamentos, por lo tanto es urgente que se implemente la seguridad del paciente en este tipo de servicios, creando ante todo una cultura en cada uno de sus colaboradores. En el artículo se propone una actividad, el de capacitar o formar unos instructores en seguridad del paciente que pertenezcan al servicio, los cuales serían los encargados de motivar y capacitar a todo el personal que labore y de inculcar la cultura, esta medida es de gran importancia y muy efectiva para cumplir el objetivo, al igual que es una medida para hacer llegar el conocimiento de una manera global a todos. El servicio de urgencias es uno de los más complicados para implementar la seguridad del paciente y culturizar al personal, esto debido a la alta rotación del personal médico, a la alta congestión del servicio (falta de personal) y a los turnos muy extensos (algunos casos de 24 horas). Se debe hacer un análisis del grado de cultura y de implementación del programa de seguridad del paciente en el servicio de urgencias, con el fin de implementar estrategias de mejoramiento y posteriormente evaluar continuamente estas. Según estudios los incidentes y eventos adversos en los

	servicios de urgencias en un alto porcentaje son prevenibles, de aquí que debemos y tenemos la tarea las instituciones de salud de trabajar arduamente en la seguridad del paciente, mediante la implementación de acciones correctivas dirigidas hacia los factores causales y las condiciones latentes detectadas (riesgos detectados). Se debe mejorar la cultura del reporte de los incidentes y eventos adversos con el fin de poder mejorar y no seguir cometiendo los mismos errores y esto se logra difundiendo la cultura de seguridad, lo cual es imprescindible en los servicios y se debe hacer a través de actividades de divulgación y difusión como mediante la formación de los profesionales. Adicionalmente se debe medir periódicamente la implementación del programa y de la cultura.

ARTICULO 2.37

Titulo	Guía de práctica clínica de Seguridad del paciente
Autor y Año	Joseba Barroeta Urquiza, César Pedro Sánchez Almagro. 2008.
Ubicación del articulo (base datos)	http://bit.ly/1doxVae.
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Barroeta, J; Sanchez, C. Guía de práctica clínica de Seguridad del paciente. 2008.1-64.
Objetivo del artículo	El propósito de esta guía de actuación clínica es servir de ayuda para la toma de decisiones de profesionales en el marco de las Emergencias Extrahospitalarias, con el objetivo de ofrecer las recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible actualmente y las recomendaciones de buena práctica basadas en la experiencia clínica y aumentar la efectividad de los cuidados prestados a personas con problemas de seguridad ayudan a los profesionales a asimilar, evaluar e implantar la cada vez mayor evidencia científica disponible y las opiniones basadas en la mejor práctica clínica.
Palabras Clave	Seguridad del paciente, identificación del paciente, administración de medicamentos, guía práctica.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La Guía de Práctica Clínica sobre Seguridad del Paciente aborda seis líneas de actuación sanitaria con las principales recomendaciones que los profesionales sanitarios deben seguir en cada una de ellas para incrementar la seguridad de los pacientes durante la asistencia, máxime en situaciones de urgencias y emergencias en el que el entorno cambiante y el factor tiempo incorporan mayores riesgos a la atención sanitaria. con el objetivo de aumentar la calidad de los cuidados prestados desde la buena práctica en la experiencia clínica. La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) en una de las recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el

	8 y 9 de febrero de 2005 para la Estrategia en seguridad del paciente, determina que hay que incentivar actividades de mejora en seguridad de pacientes en cada institución con participación de los profesionales.
Muestra	Grupo de Cuidados de Enfermería de EPES, esta guía de actuación clínica recoge las recomendaciones de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) y su contenido está avalado por expertos en Seguridad del Paciente, pertenecientes al Observatorio de Seguridad del Paciente de la ACSA y a la Dirección de la Estrategia de Cuidados de la Consejería de Salud de Andalucía.
Intervención y proceso medición	Para la elaboración de esta GPC sobre seguridad del paciente se creó un grupo de trabajo específico formado por 18 Enfermeras/os de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, todos miembros del Grupo de referencia de Cuidados de Enfermería de EPES, entre los que se encuentran expertos en investigación con más de 10 años de experiencia. Se diseñó un estudio secundario de síntesis, de creación de guía de práctica clínica, basada en la revisión sistemática de la literatura científica y en consenso de juicio de expertos, para recopilar toda la información posible sobre aspectos de seguridad clínica en el paciente asistido en situaciones de urgencia y emergencia, y trasladados a centro sanitario. Estudios descriptivos o series de casos, siempre que se midieran en ellos aspectos relacionados con la seguridad clínica en pacientes críticos. Estudios que compararán intervenciones para mejorar la seguridad, o nuevas intervenciones con la práctica habitual
Resultados	Asimismo se concretan en el Plan de Objetivos,

	recomendaciones para la Seguridad del paciente en la Fase de Accesibilidad y actividades de soporte al Proceso Asistencial, que deben garantizar todos/as los/as Profesionales sanitarios de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Estos Objetivos serán verificados por profesionales de EPES, en tres niveles de evaluación: **Autoevaluación**. Realizada por el profesional médico/a y de enfermería sobre los pacientes atendidos. **Evaluación de responsables del Proceso Asistencial** en cada uno de los Servicios Provinciales. **Auditoria de Procesos**: Llevada a cabo por profesionales referentes y con ámbito regional. Está previsto que se realicen reuniones interniveles con profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada, en los que se pondrán en valor entre otras cuestiones, algunas de las recomendaciones de Seguridad que se exponen en esta guía. Será conveniente que algunas de estas recomendaciones se desarrollen de forma conjunta, en el marco de la atención integral y de continuidad que requiere una asistencia de calidad al paciente.
Discusión	**Identificación de seguridad del paciente**: Para que los procedimientos establecidos sean eficaces, es indispensable la definición de identificadores validados. No son datos inequívocos el diagnóstico, la fecha de ingreso, unidad o número de cama. Hay datos que, siendo La aplicación de los procedimientos de identificación segura es responsabilidad de los profesionales sanitarios y no sanitarios que tengan contacto directo con el paciente a lo largo de la asistencia sanitaria. **Control de infecciones:** Existe evidencia importante de que el lavado de manos disminuye la incidencia de infecciones

	asociadas a la atención sanitaria. Un bajo nivel de cumplimiento de lavado de manos contribuye a la transmisión de microbios capaces de causar infección asociada a la atención sanitaria. Es por ello que la higiene de manos se considera una acción fundamental para la seguridad del paciente. **Órdenes Verbales:** Ante la prescripción de administración de fármacos se debe efectuar un doble chequeo verificando el medicamento (genérico), la dosis, velocidad de infusión, la vía de administración y el paciente a quien va dirigido **Prevención de caídas:** La forma más común de prevenir las caídas es un programa compuesto por diferentes intervenciones (intervenciones múltiples) cuyo objetivo es minimizar el riesgo individual de caídas. Consiste en evaluar el riesgo de caídas del paciente, y llevar a cabo intervenciones para reducir este riesgo. Un programa de intervención múltiple es el mejor enfoque para la prevención de caídas y representa la mejor evidencia actual
Análisis Personal	En las instituciones se deben documentar guías rápidas para cada uno de los problemas detectados que afectan la atención segura de los pacientes, esto con el fin de que el personal asistencial y los usuarios pueda interiorizar las acciones a seguir durante la atención en cada uno de las líneas de acción o de poder consultarlas cuando se requiera para incrementar la seguridad del paciente durante su atención. Las líneas de acción para implementar la seguridad del paciente son: 1. Identificación de pacientes. 2. Control de infecciones. 3. Órdenes verbales. 4. Administración de medicamentos. 5. Prevención de caídas.

	6. Comunicación durante el traspaso de pacientes o entrega de turno. Estas se han definido de acuerdo al registro histórico de los eventos adversos más frecuentes en las instituciones de salud y sobre las cuales se debe trabajar y poder un mayor énfasis. La seguridad del paciente debe ser la principal política de las instituciones de salud, ya que es un componente crítico de la calidad y es un derecho de los usuarios.

ARTICULO 2.38

Titulo	Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles
Autor y Año	Zenewton André da Silva Gama , Adriana Catarina de Souza Oliveira , Pedro Jesus Saturno Hernández.
Ubicación del articulo (base datos)	http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n2/15.pdf.
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Zenewtin, A, Catarina A, Saturno P. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles.2013.
Objetivo del artículo	Describir la Cultura de Seguridad del Paciente (CSP) en una red de hospitales públicos, según las percepciones de los profesionales sanitarios, y analizar la asociación de factores socio laborales.
Palabras Clave	Administración de la Seguridad; Hospitales Públicos; Cultura Organizacional; Seguridad del Paciente.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Las instituciones sanitarias en cuanto a la magnitud de los eventos adversos, generados por problemas relacionados con la falta de seguridad en dichas instituciones. Este informe reforzó con contundencia los hallazgos del “estudio Harvard”, un trabajo pionero publicado por Brennan et al. 2, sobre la importancia de los eventos adversos derivados de una asistencia insegura, y fomentó la realización de otros estudios que identificaron el mismo problema en distintas partes del mundo cultura es un constructo compuesto por dimensiones o subculturas, tales como el trabajo en equipo, comunicación, aprendizaje, etc. 13. La medición de la cultura de seguridad tiene como objetivo cuantificar las debilidades y fortalezas en cada

	subcultura, para favorecer las intervenciones de mejora, tanto de las percepciones y actitudes, como de los incidentes de seguridad la medición del nivel de cultura de seguridad aún no es habitual en muchos ámbitos y poco se conoce de los factores asociados a este componente de la psicología de las organizaciones de salud y los aspectos claves que deben ser priorizados para su mejora.
Muestra	El presente estudio en una red de ocho hospitales públicos de una comunidad autónoma española (Región de Murcia), planteándose los siguientes objetivos: (i) describir la frecuencia de actitudes positivas y negativas, relacionadas con la seguridad del paciente, según los profesionales sanitarios de estos hospitales; (ii) analizar los factores sociolaborales y estructurales que están relacionados con la cultura de seguridad.
Intervención y proceso medición	El estudio se realiza en la red de hospitales públicos de la Región de Murcia (España) que prestan cuidados agudos a toda la población. El tipo de diseño utilizado fue observacional transversal. La recogida de datos se realizó mediante encuesta dirigida a los profesionales sanitarios de los hospitales. Se describe la cultura de seguridad en los hospitales, desde la perspectiva de los profesionales sanitarios, y se analiza la influencia de factores socio laborales en esta percepción. La calificación del grado de seguridad percibido se describe utilizando la media y los percentiles 25 y 75. Además, se describen los porcentajes de respuestas neutras, positivas y negativas en cada una de las dimensiones de la cultura de seguridad, acompañados de sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%), que sirven para clasificar las

	dimensiones en fortalezas o debilidades (oportunidades de mejora), tal como se explica más adelante.
Resultados	La frecuencia de percepciones positivas del conjunto de profesionales para cada dimensión demostró que las dimensiones “trabajo en equipo en la misma unidad o servicio” y “expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad o servicio que favorecen la seguridad” presentaron los porcentajes de respuestas positivas más altos, respecto al total de posibles respuestas en las respectivas dimensiones. No obstante, siguiendo los criterios de clasificación propuestos por la AHRQ, ninguna dimensión llega al nivel de fortaleza de la cultura de seguridad en el conjunto de hospitales es decir, un mínimo de 75% de respuestas positivas. se aprecia que las oportunidades de mejora se centran sobre todo, y por este orden, en las dimensiones “dotación de personal”, “apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente”, “percepción de seguridad” y “trabajo en equipo entre unidades/servicios” La razón puede ser la insatisfacción con las “condiciones de trabajo”, como la carga excesiva de trabajo, jornada laboral agotadora y trabajo bajo presión. Y aunque se puede argumentar que el personal siempre se queja de la carga de trabajo, no se puede ignorar esa percepción negativa cuando el profesional también apunta que la carga de trabajo excesiva se acompaña de un aumento de las respuestas negativas en la dimensión “percepción de seguridad”.
Discusión	A la vista de los resultados obtenidos en el ámbito de los hospitales estudiados, se puede concluir que se debe aprovechar la buena percepción de la interrelación interna en las diversas unidades/servicios, prestar atención a la

	racionalidad de la dotación de personal, fomentar la responsabilidad compartida y la coordinación entre unidades/servicios y mostrar una actitud más claramente proactiva hacia la seguridad del paciente por parte de la gerencia. Además, los servicios de farmacia y servicio quirúrgico, y la profesión de enfermería, constituyen factores fuertemente asociados a la percepción positiva de la cultura de seguridad, y deberían probablemente servir de benchmark para otros servicios
Análisis	Este estudio se realizó con el fin de analizar la asociación de factores sociolaborales que influyen en la seguridad del paciente. Diferentes instituciones y organizaciones internacionales han considerado la seguridad del paciente un problema y de consecuencias de impacto en los servicios de salud. Para realizar una medición de la cultura de seguridad se debe cuantificar las debilidades y fortalezas para poder realizar mejoras tanto de las percepciones y actitudes como de los incidentes de seguridad. Se puede determinar que la debilidad de cultura de seguridad, se relaciona con aspectos tales como; dotación de personal, apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente, la percepción de seguridad y el trabajo en equipo, que juega un papel muy importante en los hospitales del mundo entero.

ARTICULO 2.39

Titulo	Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de colombia
Autor y Año	Diego palacio Betancourt, Carlos Jorge Rodríguez, Carlos Ignacio Cuervo.2008.
Ubicación del articulo (base datos)	http://bit.ly/1xAsu4f.
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Betancourt D, Rodriguez C, Cuervo C. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. 2008.
Objetivo del artículo	Establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco referencia. Es nece sario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que real mente alcancen logros efectivos.
Palabras Clave	Evento adverso, incidente, seguridad del paciente
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, lidera daporel Sistema Obligatorio de Garantiade Calidad de la Atenci ón en Salud. Los sistemas de prestación de prestación de servicios de salud son complejos, por lo mismo son sistemas de alto riesgo: El ejercicio de la medicina ha pasado por ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencial. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar la calidad del proceso en atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones.

	La resolución 1446 del 2006 establece como obligatorio para to dos los actores del Sistema Obligatorio de garantía de la calidad, la vigilancia de eventos adversos. Esta estrategia es más efectiva si se combina con un sistema de reporte encontado.
Muestra	Se han realizado estudios nacionales procurando evaluar la freciencia con lo cual se presenta los eventos adversos y se han empleado diversas modalidades epidemiologicas, las cuales han tenido en comun ser desarrolladas en dos fases, en la primera se aplican tecnica de tamizaje al personal de enfermeria para detectar alertas en aquellos casos en los cuales existe una alta probabilidad de que se presente el evento adverso y en la segunda se realiza un analisis en profundidad por profesionales médicos para confirmar si el anterior tamizaje se detecta la ocurrencia de un evento adverso para entrar a clasificar y explorar la causalidad de ese evento adverso detectado. Para medir la frecuencia con lo cual se presenta el fenómeno se han realizado estudios de incidencia y prevalencia, lo cual es importante de tener claro para poder interpretar correctamente los hallazgos de los mecionados estudios y eventualmente hacer interferencias acerca de los hallazgos encontrados. En los estudios de incidencia (evluación de los casos ocurridos durante el periodo de observación), la frecuencia varia entre el 9% (en el estudio de dinamarca), hasta el 16.6% en el estudio australiano.
Intervención y proceso medición	La ocurrencia de eventos adversos ha sido documentada en todos los sistemas de prestación de salud en el mundo. Existe suficiente evidencia a nivel internacional para hablar de una pandemia universal, algunos paises lo consideran incluso un problema de salud pública.

	Se han realizado varios estudios nacionales procurando evaluar la frecuencia con la cual se presentan los eventos adversos y se han empleado diversas modalidades epidemiologicas, las cuales han tenido en comun ser desarrolladas en dos fases, en la primera se aplican tecnicas de tamizaje por personal de enfermeria para detectar alertas en aquellos casos en los cuales existe una alta probabilidad de que se presente un evento adverso y en la segunda se realiza un analisis en profundidad por profesionales médicos para confirmar si en el anterior tamizaje se detecta la ocurrencia de un evento adverso para entrar a clasificar y explorar la causalidad de ese evento adverso detectado.
Resultados	El modelo conceptual en el cual se basa la terminologia utilizada en este documento, se incluyen las definiciones relacionadas con los diferentes items planeados y utilizados en la politica de seguridad del paciente del SOGC de la atención en salud. Integra la terminologia internacional con las especificaciones de los requerimientos terminologicos identificados en el pais. Algunas de las practicas el modelo conceptual en el cual se basa la terminologia utilizada en este documento, se incluyen las definiciones relacionadas con los diferentes items planteados y utilizados el modelo conceptual en el cual se basa la terminologia internacional con las especificaciones de los requerimientos terminologicos identificados en el pais. Algunas de las practicas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la probabilidades de ocurrencia del evento adverso son: Acciones dirigidas garantizar una atención limpia en salud

	• Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos • Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir l as fallas asocia- das al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento. • Programas para evitar las caídas de pacientes • Protocolos para la remisión oportuna de pacientes • Barreras de seguridad en la utilización de tecnología El diseño de barreras de seguridad se desprende del analisis multicausal de los eventos adversos ocurridos, para lo cual recomendamos la utilización del protocolo de londres, o del analisis El diseño de barreras de seguridad se desprende del análisis m ulticausal de loseventos adversos ocurridos, para lo cual recom endamos la utilización del proto- colo de Londres, o del análisis del modo de falla de los proceso s de atención en salud.
Discusión	La opinión pública, ante la ocurrencia de un evento adverso, tiene a señalar al profesional y a pedir su sanción. No obstante sanción. No obstante de un evento adverso, tiende a señalar al profesional y a pedir la opinión pública, ante la ocurrencia de un evento adverso. El mejor modelo explicativo acerca de la ocurrencia del evento adverso, y es el que utilizaremos en este documento, es el queso suizo para que se produzca un daño, es necesario que se alinien las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios,cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente se produce una falla en uno de los procesos a manera de un efecto domino.

	En el analisis del inciedente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberan neutralizar la ocurrencia del evento.
Análisis Personal	Nuestro país a pesar de las grandes dificultades económicas en el sector público cuenta con muchas instituciones seguras y competitivas incluso a nivel internacional. Es de gran importancia el compromiso de los equipos de trabajo en las instituciones para sensibilizar, promover y coordinar acciones que realmente alcancen los logros efectivos , los cuales se basan en principios básicos tales como: el enfoque del profesional en la atención del paciente, creando cultura donde se logre confidencialidad y confianza entre paciente y profesional, integración con el sistema obligatorio de garantía de la calidad acompañado de las evidencias científicas y sobre todo en lo asistencial realizando prácticas seguras como las acciones dirigidas a garantizar atención limpia, evitar confusiones de administración de medicamentos, implementando protocolos de cuidados de pacientes, entre otros. Una estrategia institucional orientada hacia mejorar la seguridad del paciente debe ser sistemática y deben implementarse herramientas prácticas y lineamientos claros de cómo implementarla; creando sistemas de reportes de incidentes y eventos adversos, confidencialidad de análisis, estrategias organizacionales para su operación y lo más importante construir alianzas con el paciente y su familia y la integración con los procesos asistenciales.

ARTICULO 2.40

Titulo	Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos
Autor y Año	Sergio Luengas Amaya. 2009.
Ubicación del articulo (base datos)	http://www.cgh.org.co/imagenes/calidad1.pdf
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Luengas, Amaya. Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos.2009.1-13.
Objetivo del artículo	Analizar sus causas y sugerir cambios para evitar su repetición. Actualmente son parte de los programas de seguridad clínica en diversos países. Aunque existe controversia acerca de cuáles serían las características del sistema de comunicación ideal, para que éste tenga éxito se necesita una cultura de seguridad asentada en la organización.
Palabras Clave	Técnica de incidente crítico. Control de riesgo. Programas voluntarios. Administración de la seguridad. Prevención de accidentes. Errores médicos.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Aunque la preocupación por la seguridad del paciente ha sido un principio de la práctica médica a lo largo de los siglos, en la última década del siglo XX se convirtió en un tema prioritario a partir de la publicación del informe “To err is human”, que situaba los errores médicos como la séptima causa de muerte en Estados Unidos. Posteriormente, estudios sobre sucesos adversos hospitalarios realizados en Gran Bretaña, Australia y Canadá, volvieron a poner de manifiesto la magnitud del problema, tanto en costos humanos como económicos. Es probable que la atención y los recursos que ha concitado la seguridad del paciente en los últimos años sean

	desproporcionados para su efecto sobre la salud pública: los pacientes necesitan algo más que no ser dañados por sus médicos. Esta reacción no debe caer, sin embargo, en el extremo de pretender minimizar su importancia porque la seguridad del paciente es un componente esencial de la gestión de riesgo, la dirección clínica y la mejoría de la calidad. Hasta la fecha, la mayoría de los esfuerzos realizados para mejorar la seguridad del paciente se han centrado en temas específicos, tales como la reducción de los errores de medicación los problemas de equipamiento o la mejoría de la calidad en anestesia o cuidados intensivos pero generalizar el éxito de estos esfuerzos necesita una cultura de seguridad implantada en toda la organización. Este cambio cultural supone un proceso liderado de aprendizaje colectivo, que destierre el concepto de culpa y adopte un enfoque centrado en el sistema y no en el individuo, con énfasis en la comprensión de la causa de los incidentes. Los sistemas de comunicación de incidentes no se pueden generalizar si son percibidos como otra manifestación de la cultura de la culpa.
Muestra	Con el apoyo continuo de los líderes del departamento, organización, y que los comunicantes obtengan información del análisis y perciban las medidas adoptadas Una vez finalizada la investigación o el análisis del incidente, si se considera pertinente, se deben hacer recomendaciones para evitar la repetición del suceso.
Intervención y proceso medición	En este contexto se enmarcan por ejemplo iniciativas como la creación del Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes, el Proyecto IDEA (Identificación de Efectos Adversos) o las conferencias sobre seguridad organizadas por el Ministerio de Sanidad los últimos años. Además, existen datos preocupantes. Así, en 1999, investigadores de la

	Universidad de Granada determinaban que una importante porción de la mortalidad intrahospitalaria se asociaba a eventos adversos.
Resultados	Los estudios canadienses estimaban que entre el 7,5%4 y el 12,7%5 de los pacientes ingresados en un hospital sufrieron un suceso adverso, de los cuales hasta un 20,8% fallecieron como consecuencia del mismo. En el Reino Unido se calculaba que el 10% de todas las admisiones en hospitales públicos se complican con un incidente que daña al paciente, lo que supone alrededor de 850.000 incidentes anuales, de los que aproximadamente la mitad son evitables, y más de 40.000 vidas perdidas6. Aproximadamente al mismo tiempo, en Estados Unidos se estimaba que casi 100.000 pacientes morían en hospitales por causas evitables7, pese a que ya en 1954 Schimmel había observado prospectivamente que un 30% de los pacientes hospitalizados sufrían complicaciones inducidas por los cuidados suministrados8. Con ser importantes, los incidentes que causan daño sólo son la punta del iceberg: el 97,9% de los errores comunicados a través de internet a un sistema voluntario de 54 unidades de cuidados intensivos neonatales no produjeron ningún daño u ocasionaron sólo morbilidad menor, estimándose la infracomunicación de eventos adversos en un 50-96%.
Discusión	Se podría calcular una cifra de casi 81.000 errores de medicación en los hospitales públicos españoles en, de los que el 20% serían potencialmente mortales. Prevenir daños al paciente es hoy, pues, un tema prioritario que tiene importantes implicaciones éticas, científicas, legales y prácticas. La anestesia es la especialidad médica en la que mayores avances se han producido en la seguridad del paciente en las últimas décadas. La utilización de sistemas de comunicación de

	incidentes ha proporcionado información que, junto a otras causas, ha sido determinante, para que la mortalidad anestésica haya descendido desde 1 por 10.000 a comienzos de la década de los 80 a 1 por 80.000 en la actualidad según datos australianos17 o 1 por 50.000 en Japón.
Análisis Personal	Los eventos adversos son la realidad del día en la práctica clínica a nivel mundial. La mejor forma de mejorar la seguridad del paciente es analizando los posibles eventos adversos de manera metódica y sistemática.El elemento que constituye la esencia del evento adverso es el daño en el paciente, que puede ser permanente y no permanente, originándose en la atención del paciente o en el origen de su enfermedad de base. También se pueden presentar daños sicológicos y morales. Los eventos adversos se clasifican de varias maneras en el área de salud; el evitable se centra en la seguridad del paciente y ocurre cuando se identifica la existencia de un error asociado, el no evitable se escapa del tema de la seguridad del paciente, pues es aquel que el conocimiento científico no tiene la capacidad de intervención. Las fallas presentadas en el tratamiento de un paciente caracterizadas por errores resultantes de las decisiones y acciones de las personas que participan en un proceso se denominan como falla activa, al contrario de la falla latente que se encuentra inmersa en los procesos o sistemas. Los errores causados en el área asistencial son de gran importancia, pues están totalmente centrados en la atención del paciente y se basa en los actos del profesional como por ejemplo; por acción, omisión, inconsciencia y consciencia. El objetivo no es corregir los errores, sino identificar las causas y bloquearlas, esto se puede lograr realizando un correcto análisis de los incidentes o eventos adversos mediante el protocolo de

	Londres, donde se analicen las causas que originaron el incidente o el evento e implementando acciones de mejoramiento o barreras.

ARTICULO 2.41

Titulo	Evaluación del protocolo de identificación de los recién nacidos en un hospital privado
Autor y Año	Ellen Regina Sevilla Quadrado, Daisy Maria Rizatto Tronchin. 2012
Ubicación del articulo (base datos)	file:///D:/Users/Diana/Downloads/48596-59217-1-PB%20(2).pdf
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Quadrado E, Tronchin D. Evaluación del protocolo de identificación de los recién nacidos en un hospital privado. Rev. Latino-Am. 2012.
Objetivo del artículo	El objetivo de este estudio es evaluar protocolo de identificación de recién nacidos ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos y Semi-intensiva Neonatal de hospital privado.
Palabras Clave	Calidad de la Atención de la Salud; Evaluación de Servicios de Salud; Seguridad del Paciente; Enfermería Neonatal
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Las temáticas calidad y seguridad del paciente están intrínsecamente relacionadas y vienen siendo discutidas en los ámbitos internacional y nacional por profesionales, organizaciones gubernamentales, órganos acreditadores o representantes de entidades vinculadas a la salud.
Muestra	La muestra consistió de 540 oportunidades de observaciones, seleccionados por muestreo probabilístico aleatorio simple. Datos colectados entre mayo y agosto

	2010, según formulario y analizados por estadística descriptiva y con significación 5%.
Intervención y proceso medición	Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo de abordaje cuantitativo, con colecta prospectiva de datos. La pesquisa fue realizada en un hospital de derecho privado, referencia para el servicio de gestantes y RN de alto riesgo, situado en el Municipio de São Paulo, referencia para gestación de riesgo y que dispone de una UTIN con 60 lechos y una unidad semi-intensiva neonatal de 22 lechos, asignados en tres áreas distintas, localizadas en el 1° andar (22 lechos), 2° andar (30 lechos) y 3° andar (30 lechos). Cabe aclarar que en esas unidades, solamente, son admitidos neonatos nacidos en la institución.
Resultados	En la primera fase del protocolo respecto al componente de identificación del paciente el 98.5% correspondió a conformidades del código de internación, y el 98.3% al tipo de internación y el porcentaje más bajo se detectó en el nombre completo de la madre con un 93.3%. En la segunda fase se identificó las condiciones de la pulsera mostrando un 99.8% de conformidad la correcta identificación del recién nacido, se alcanzó un 6.9% de no conformidades respecto a la legibilidad. En la tercera etapa se analizó la presencia de las 3 pulseras en el recién nacido donde se encuentran conformidades en el 89.3%. Se analizó el caso de neonatos en condición especial a quienes por razones de talla, edema, alergia y otras especificidades apenas si se podía fijar la pulsera, sin embargo con relación a otros grupos la diferencia en conformidades no fue mayor.

	De acuerdo al resultado de los datos se concluyó que en una escala del 0 al 16 la ausencia de la pulsera de identifica con se estimó en un riesgo 9.
Discusión	El índice general de conformidad del protocolo alcanzó el porcentual del 82,2% y 17,8% de no conformidad en la UTIN, índice este superior a un estudio multicéntrico lo cual constató error en la identificación de los pacientes internados en la UTIN del 11%(16). El mismo estudio detectó que los niños se pusieron más expuestos a ocurrencias de eventos adversos, en razón de la edad gestacional precoz y del tiempo de permanencia en la unidad. En estudios similares se encuentra un 11% de no conformidades y otros con 7% lo que representa mayor atención por el equipo de salud. Estudios revelan que los errores de medicación ocurren por la mala identificación de los pacientes. Es claro que la responsabilidad en la identificación de los pacientes no es solo del personal de enfermería si no de un grupo multidisciplinario que va desde la misma confección de la pulsera hasta el seguimiento de todos los profesionales y técnicos en salud.
Análisis Personal	La identificación de los pacientes es un proceso fundamental en lo que tiene que ver con seguridad del paciente, de ahí la importancia que se le debe dar en las

	instituciones de salud, ya que una adecuada y correcta identificación evitara o disminuirá la ocurrencia de eventos de adversos y se protegerá la vida en especial de los niños y niñas según el estudio. Los resultados arrojados en este estudio muestra la urgencia de tomar medidas que permitan disminuir las no conformidades ya que el 17.8% de estas no conformidades pueden poner en riesgo la seguridad de los niños y niñas. Teniendo en cuenta que los niños y niñas recién nacidos son una población vulnerable y de más alto riesgo se deben tomar las acciones preventivas y correctivas para garantizar una atención segura. El estudio nos muestra que se requiere un trabajo de equipo para identificar correctamente al paciente, se debe tener en cuenta el tipo de material, tinta, tamaño y durabilidad para que pueda garantizarse la tenencia de la pulsera por los recién nacidos.

ARTICULO 2.42

Titulo	Encuesta del Hospital de la cultura de seguridad del paciente en China
Autor y Año	Yanli Nie, Xuanyue Mao, Hao Cui, Shenghong Él, Jing Li, Mingming Zhang.2013.
Ubicación del articulo (base datos)	http://1.usa.gov/1oG0TKF.
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Nie, Y , Mao X , Cui H, Él S, Zhang M. Encuesta del Hospital de la cultura de seguridad del paciente en China.2013
Objetivo del artículo	El propósito de este estudio fue medir la cultura de seguridad del paciente en los hospitales de China y discutir algunos de los fenómenos únicos a China. También comparamos algunas de las conclusiones con datos existentes de puntuaciones de referencia utilizando HSOPSC. Mientras tanto, tenemos la intención de evaluar la calidad de este cuestionario de investigación. Los hallazgos de este estudio proporcionarán las organizaciones de atención de salud una mejor comprensión acerca de la cultura del hospital y el grado en que las actitudes de seguridad del paciente están presentes en China
Palabras Clave	Paciente cultura de la seguridad; Cuestionario del Hospital; Trabajadores de la Salud; Respuesta positiva
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La investigación muestra que la seguridad y la atención eficiente requieren que todos los diversos elementos de un sistema de atención de la salud estar bien integrados y coordinados. Este informe abogó por una cultura de seguridad en el que los efectos adversos pueden ser reportados sin que la gente se culpa, y que cuando se producen errores que se aprendan las lecciones. Por lo tanto, si los hospitales quieren mejorar la

	seguridad del paciente, es importante saber más acerca de las opiniones de su personal en relación con la cultura de seguridad del paciente investigación relacionados muestra que cuando existe una cultura de seguridad positiva del paciente, promover la seguridad del paciente es un componente importante de la calidad asistencial. La seguridad del paciente, incluyendo la medición de la cultura de seguridad del paciente es una prioridad en los países desarrollados de hoy seguridad del paciente y ayudar a mejorar los estándares de seguridad del paciente, incluyendo la capacidad y la voluntad de denunciar los errores de menor importancia, los errores de la auto-presentación de informes, los comportamientos de seguridad y calificación de auditoría de seguridad. En nuestra investigación, hemos analizado las actitudes y experiencias de la cultura de seguridad del paciente de que los trabajadores de salud chinas habían utilizado una versión modificada del Hospital de la Encuesta de Cultura de la Seguridad del Paciente (HSOPSC) de AHRQ.
Muestra	El cuestionario ha sido traducido y modificado para adaptarse al sistema chino. HSOPSC (la versión original en inglés EE.UU. 2010) fue desarrollado por la Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ) en 2004. El cuestionario original de la versión 2010 fue diseñado para evaluar 12 dimensiones de la atención de salud con 42 elementos de la cultura de seguridad del paciente. Pero dos dimensiones (frecuencia de los eventos notificados y Handoffs y transiciones con 13 puntos fueron omitidos debido a ser sensible, no proporcionar una respuesta adecuada o semánticamente redundante o ambigua debido a la traducción. Por último, se adoptaron 10 medidas que contiene 29 ítems de la encuesta hospitalaria en la cultura de seguridad del paciente.

Intervención y proceso medición	Este cuestionario se llevó a cabo en julio a diciembre en 2011 la participación de 1.160 trabajadores de la salud: médicos (clínicos quirúrgicos y médicos internos) de cada departamento y las enfermeras que representan a diferentes unidades de enfermería. Conveniente muestreo se utilizó para seleccionar los hospitales y los participantes, entre ellos 32 hospitales de 15 ciudades a través de China. Se incluyeron los trabajadores de la salud que son el personal que trabaja en los hospitales. También incluimos todo tipo de hospitales, incluidos los hospitales especializados y los hospitales de medicina tradicional. El permiso para realizar la investigación fue concedida por los hospitales o departamentos. Los participantes fueron informados del propósito del estudio y completaron voluntariamente una copia en papel del cuestionario de forma anónima por los investigadores que estaban presentes. Se alentó a los participantes a hacer preguntas si no entienden el cuestionario. Los cuestionarios fueron considerados como los no válidos si había respuestas inconsistentes (por ejemplo, un elemento con más de una respuesta). Los cuestionarios eran válidas si se completaron al menos el 70% de materiales. Se analizaron las características demográficas de los encuestados con el Excel 2003. También se resumieron El número de respuesta / tasas de respuestas positivas de todos los artículos. Se utilizó la tasa de respuesta positiva para evaluar las actitudes hacia la cultura de seguridad del paciente en las diferentes dimensiones o elementos. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para analizar si hubo una diferencia estadística en los trabajadores de salud en las diferentes secciones, profesionales y niveles de cualificación hacia la cultura de seguridad del paciente. Se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para inferir si

	hubo una diferencia estadística en Paciente grado de seguridad y número de eventos reportados en los hospitales chinos en comparación con la de los hospitales de Estados Unidos, con el nivel de significación
Resultados	Un total de 1.500 cuestionarios fueron distribuidos de las cuales 1.160 fueron respondidas de forma válida (tasa de respuesta del 77%). Setecientos veintidós (66%) de los encuestados eran enfermeras, 386 (33%) fueron médicos quirúrgicos y 343 (30%) fueron los médicos de medicina interna. La mayoría de los encuestados (94%) por lo general tratados con los pacientes directamente mostró que la tasa de respuesta positiva para las 10 dimensiones de cultura de seguridad del paciente varió de 45% a 88%, la tasa de respuesta positiva media fue de 65%. La tasa de respuesta positiva más baja de dimensión era Staffing (45%), mientras que la tasa de respuesta positiva más alta de la dimensión era O rganización de Mejora-Aprendizaje contínuo (88%). Había tres dimensiones de las cuales la tasa de respuesta positiva fueron menos del 60%, tal como la percepción general de la Seguridad del Paciente (55%), Evaluación y Comunicación Acerca de error (50%), y la dotación de personal (45%). La tasa de respuesta positiva para el resto de los artículos varió de 36% a 89%. La tasa de respuesta positiva más alta de las partidas fue Después de hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente, se evalúa su eficacia (89%), mientras que la tasa de respuesta positiva más baja del elemento fue Cuando la presión se acumula, mi supervisor / director quiere que trabajemos más rápido, incluso si esto significa tomar atajos(36%). El resultado mostró que la tasa de respuesta positiva para cada elemento varió de 36% a 89%.Las dimensiones que recibieron la mayor tasa de respuestas positivas fueron el trabajo en equipo dentro de las unidades,

	mientras que las dimensiones de la tasa de respuesta más baja positiva fue Staffing. Por otra parte, la tasa de respuesta positiva de cinco dimensiones : el trabajo en equipo dentro de las unidades, Organización para el Mejoramiento de aprendizaje continuo, Apertura de Comunicación, no Respuesta punitiva a los errores y el trabajo en equipo entre las unidades de los hospitales chinos. Además, nuestro estudio encontró que la tasa de respuesta positiva de los médicos con un alto nivel de cualificación en las dimensiones de la percepción general de la Seguridad del Paciente y la regeneración y de comunicación Acerca de los errores fue mayor que la de los médicos con un nivel de cualificación bajo, mientras que en alguna dimensión. El trabajo en equipo dentro de las unidades, Apoyo a la Gestión para la Seguridad del Paciente, Apertura Comunicación, Trabajo en equipo Across, Unidades y Respuesta no punitiva para errores fue menor que la de los médicos con una calificación baja.
Discusión	Los chinos son cálido y dispuesto a ayudar a los demás y coloque relativamente más énfasis en la cooperación y el aprendizaje. La tasa de respuesta positiva de cuatro dimensiones de la dotación de personal, Evaluación y Comunicación Acerca de los errores , la percepción general de Seguridad y Gestión de Pacientes de Apoyo para la Seguridad del Paciente(45%, 50%, 55% y 69%, respectivamente) fue menor que la del estudio de los EE.UU. (56%, 64% 66% y 72%, respectivamente). Los resultados sugirieron que muchos trabajadores de la salud en el establecimiento chino rehuir el debate ni en la presentación de informes de eventos adversos, haciendo preguntas o impugnar los que tienen más autoridad, incluso cuando no están de acuerdo. El porcentaje más bajo de la tasa de respuesta positiva fue "Dotación de personal ", lo que

	significa que la mayoría de los encuestados consideraron que la asignación de personal no es suficiente para manejar la carga de trabajo relacionada con la seguridad del paciente, sobre todo en algunos hospitales integrales donde hay una mayor proporción de pacientes con el personal.
Análisis Personal	Los resultados muestran que entre los profesionales sanitarios encuestados en China había una actitud positiva hacia la cultura de seguridad del paciente dentro de sus organizaciones. Las diferencias entre China y los EE.UU. en la cultura de seguridad del paciente que la singularidad cultural debe tenerse en cuenta siempre que los instrumentos de medición cultura de seguridad se aplican en diferentes contextos culturales. Permite analizar que la relación del personal y la seguridad del paciente vienen encaminadas manejo y entrega de turno por parte de auxiliares, médicos carga laboral y tiempo de descanso causando eventos adversos, llamado dotación del personal. El área administrativa debe intervenir con mayor interés en las necesidades de sus trabajadores con la finalidad de crear confianza y pertinencia hacia la empresa y manejo del paciente.

ARTICULO 2.43

Titulo	Seguridad y protección para el niño hospitalizado: estudio de revisión
Autor y Año	Aline Modelski Schatkoski, Wiliam Wegner, Simone Algeri, Eva Neri Rubim Pedro. 2009
Ubicación del articulo (base datos)	http:// www.eerp.usp.br/rlae
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Schatkoski A, Wegner W, Algeri S, Rubim N. Seguridad y protección para el niño hospitalizado: estudio de revisión.2009.
Objetivo del artículo	El objetivo de este estudio es identificar la producción de conocimiento sobre el tema de la seguridad y protección del niño hospitalizado, en el período comprendido entre 1997 y 2007.
Palabras Clave	niño hospitalizado; seguridad; violencia; enfermería
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La protección y seguridad del niño y su acompañante y sus implicaciones en la área de la salud han sido propulsoras de investigaciones, sin embargo, se identifican pocos estudios que aborden el asunto y problematicen las numerosas interfaces que la protección y seguridad del usuario, permitiendo discutir sobre la calidad del cuidado en salud. ¿Qué es lo que la literatura científica nacional e internacional ha presentado sobre la temática de la seguridad/protección al niño hospitalizado?
Muestra	La búsqueda inicial encontró 21 artículos, de los cuales fueron seleccionados 15. La selección fue proveniente de la lectura previa del resumen en las bases de datos, la que colocó en evidencia los estudios realizados con niños, siendo los demás relativos a adultos.
Intervención y proceso medición	El análisis de las informaciones fue realizada por medio de lectura exploratoria del material bibliográfico encontrado,

	utilizándose un abordaje cualitativo. La lectura de los artículos permitió colocar.
Resultados	Todos los artículos fueron leídos totalmente y seleccionados solamente aquellos que incluían los aspectos relacionados a la seguridad, violencia y protección del niño en situación de Hospitalización
Discusión	Los niños hospitalizados son más vulnerables a acciones violentas, tienen necesidad de una supervisión más próxima y no poseen la capacidad de decidir sobre su cuidado.
Análisis Personal	La vigilancia de la ocurrencia de los eventos adversos en los niños debe ser más estricta y con mayor atención, ya que es un usuario más vulnerable y en el que se puede causar mayor daño, ya que son pacientes que no expresan fácilmente dolores, inconformidades o actividades que no se les realiza o que les realiza inadecuadamente. Por lo tanto se debe incluir la participación de la familia del niño para el reporte y prevención de los eventos adversos.

Articulo 2. 44.

Titulo	Cuidado de enfermería y seguridad del paciente: visualizando la organización, acondicionamiento y distribución de medicamentos con método de investigación fotográfica.
Autor y Año	Anna Carolina Raduenz, Priscila Hoffmann , Vera Radunz ,Grace Teresinha Marcon Dal Sasso ,Isabel Cristina Alves Maliska,Patricia Beryl Marck. 2010
Ubicación del articulo (base datos)	http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_02.pdf
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Raduenz A, Hoffmann P, Radunz V, Dal Sasso G, Maliska I, Marck P. Cuidado de enfermería y seguridad del paciente: visualizando la organización, acondicionamiento y distribución de medicamentos con método de investigación fotográfica. Rev. Latino. 2010. Pág. 8-10.
Objetivo del artículo	El objetivo es Identificar factores relacionados a la organización, acondicionamiento y distribución, los que podrían conducir a errores en la selección, preparación y administración de medicamentos. Se trata de un estudio que fue desarrollada en una unidad de clínica médica de un Hospital Público, en Brasil. Los participantes de la investigación fueron enfermeros que trabajaban en aquella unidad y estudiantes de los dos últimos semestres del Curso de Graduación en Enfermería. Investigación cualitativa.
Palabras Clave	Administración de la Seguridad; Sistemas de Medicación; Atención de Enfermería; Fotografía; Investigación Cualitativa.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	El progreso en las investigaciones de cuidado a la salud contribuye para introducir mejorías en el cuidado prestado. Sin embargo, inclusive con los avances en los sistemas de salud, las personas están todavía expuestas a diversos riesgos cuando son sometidas a cuidados, particularmente en

	ambientes hospitalarios. La mejoría de la seguridad del cuidado de la salud reduce las enfermedades y daños, disminuye el tratamiento y/o el tiempo de hospitalización, mejora o mantiene el status funcional del paciente, y aumenta su sensación de bienestar. Entre tanto, inclusive con las iniciativas de las instituciones y de los representantes mundiales, existe evidencia inadecuada sobre el mejor camino para alcanzar la seguridad de medicamentos en los complejos sistemas de salud. En el contexto hospitalario, muchos factores pueden provocar daños en los pacientes. El ambiente del cliente contempla muchos factores físicos, psicológicos, y culturales, entre otros, que influyen o afectan la sobrevivencia. Una vez que los profesionales son responsables por la planificación e intervención apropiada con la finalidad de mantener un ambiente seguro, es vital el desarrollo de investigaciones en enfermería sobre seguridad de medicación. En esta parte de la investigación, describimos los hallazgos seleccionados de informes de enfermeros y estudiantes de enfermería acerca de la organización, distribución y acondicionamiento de medicamentos en una Unidad de Clínica Médica de un hospital público de enseñanza en Brasil, factores que pueden llevar a errores subsecuentes en la preparación y administración de medicamento.
Muestra	Los participantes del estudio fueron enfermeros que actuaban en la Unidad de Clínica Médica y estudiantes de los últimos semestres del Curso de Graduación en Enfermería que aceptaron participar. Hubo diecisiete participantes en la investigación, incluyendo 7 enfermeros y 10 estudiantes del 7° y 8° semestre del Curso de Graduación en Enfermería.
Intervención y	La investigación fue conducida con base en los principios de la

proceso medición	investigación cualitativa. El abordaje metodológico fue específicamente guiado por estudios previos y proyectos actuales en donde los investigadores adoptaron el método de investigación fotográfica a partir del campo de restauración ecológica que comprende el estudio y la reparación de ecosistemas dañificados, para el estudio de seguridad de la medicación.
Resultados	Tres aspectos preocupantes fueron enfatizados por los enfermeros en sus comentarios: • la mixtura de medicamentos, la presencia de frascos abiertos y la manutención de la temperatura • existen frascos ya abiertos y no identifican la fecha para el control de la validad. • exceso de medicamentos mixturados. • Frascos abiertos sin identificación; la puerta del congelador no conserva adecuadamente la temperatura. • Mal acondicionamiento, medicamentos caídos y mixturados • la puerta del congelador pierde temperatura instantáneamente. • no debe contener insulina, quimioterapéuticos • hay mixtura de pomadas nuevas con pomadas ya usadas con riesgo de contaminación por manoseo.
Discusión	En nuestra experiencia, la utilización de métodos fotográficos capacitó a los participantes e investigadores para, colaborativamente, evaluar la organización, el almacenamiento y la distribución de medicamentos y también llevó estudiantes, profesores, enfermeros y administradores a la concientización y autoevaluación en relación a lo real y lo cotidiano del contexto del trabajo con medicamentos en la unidad estudiada.

Análisis Personal	El adecuado almacenamiento, distribución, preparación y administración de los medicamentos en las instituciones de salud es un tema de gran importancia dentro de la seguridad del paciente, ya que de esta depende una recuperación pronta y satisfactoria que disminuye las estancias hospitalarias, por lo tanto se debe realizar con cada uno de los pacientes la reconciliación medicamentosa al ingreso, evitar las mixturas de los medicamentos, y sobre todo capacitar al personal asistencial en la forma correcta de almacenar, preparar y administrar los medicamentos, al igual que se debe definir una política de frascos abiertos donde se estipule la correcta marcación de los mismos después de abiertos.

ARTICULO 2.45

Titulo	Cultura de seguridad del paciente en un gran hospital universitario en Riyadh: evaluación inicial, el análisis y las oportunidades de mejora comparativa
Autor y Año	http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/122
Ubicación del articulo (base datos)	http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/122
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Jardali, F. Sheikh F. Cultura de seguridad del paciente en un gran hospital universitario en Riyadh: evaluación inicial, el análisis y las oportunidades de mejora comparativa.2014
Objetivo del artículo	Fue realizar una evaluación de referencia de la cultura de seguridad del paciente en un gran hospital en Riad, Reino de Arabia Saudita (el hospital está compuesto por dos sitios, uno grande con 800 camas y el otro pequeño, con 104 camas) y comparar los resultados con los estudios regionales e internacionales que utilizan la misma herramienta. Este estudio tuvo como objetivo explorar la asociación entre los pacientes predictores y resultados cultura de seguridad, teniendo en cuenta las características de los encuestados y el tamaño de las instalaciones. El objetivo de este estudio fue realizar una evaluación de referencia de la cultura de seguridad del paciente en un gran hospital en Riad, Reino de Arabia Saudita (el hospital está compuesto por dos sitios, uno grande con 800 camas y el otro pequeño, con 104 camas) y comparar los resultados con los estudios regionales e internacionales que utilizan la misma herramienta. Este estudio tuvo como objetivo explorar la asociación entre los pacientes predictores y resultados cultura de seguridad, teniendo en cuenta las características de los encuestados y el tamaño de las

	instalaciones.
Palabras Clave	Seguridad del Paciente; Enfermería Pediátrica; Cuidados Preoperatorios
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	A la luz de la inmensa atención que se presta a la seguridad del paciente, en este documento se detallan los resultados de una evaluación de referencia de la cultura de seguridad del paciente en un gran hospital en Riad y compara los resultados con los estudios regionales e internacionales que utilizaron la Encuesta Hospitalaria de Pacientes cultura de la seguridad. Este estudio también tiene como objetivo explorar la asociación entre predictores y resultados cultura de seguridad del paciente, teniendo en cuenta características de los encuestados y el tamaño de las instalaciones.
Muestra	3000 se enviaron cuestionarios y 2.572 fueron devueltos (tasa de respuesta del 85,7%).Aspectos de mayor rendimiento fueron Aprendizaje organizacional y la mejora continua y el trabajo en equipo dentro de las unidades, mientras que las áreas que requieren mejora fueron el hospital respuesta no punitiva al error, la dotación de personal, y apertura de Comunicación
Intervención y proceso medición	Este estudio transversal adoptó una versión personalizada de la HSOPSC y criterios del personal del hospital de ajuste de toma de muestras (médicos, enfermeras, personal clínico y no clínico, farmacia y laboratorio personal, personal de la dieta y de la radiología, supervisores y gerentes de hospitales) dirigido.
Resultados	El análisis comparativo señaló varias áreas de mejora cuando los resultados de la encuesta sobre los materiales compuestos se compararon con los resultados de Líbano, y los Estados Unidos. El análisis de regresión mostró asociaciones entre un alto puntaje de la seguridad del paciente agregado y mayor de edad (46 años o más), la experiencia laboral más larga, que tiene un grado de Bachillerato, y de ser un médico o de otro

	profesional de la salud. . El hospital es un centro universitario de tercer nivel con una capacidad total de 904 camas con todas las especialidades y servicios médicos. Recibe pacientes de referencia de todo el país. El hospital se compone de dos sitios, sitio que es grande (800 camas) y el sitio B que es pequeño (104 camas). La encuesta dirigida al personal del hospital seleccionado, que incluyen médicos, enfermeras, clínicas y personal no clínico, farmacia y personal de laboratorio, personal de la dieta y de la radiología, supervisores y gerentes de hospitales. Los dos sitios de un total de 5.200 empleados de los hospitales de los cuales 3.000 corresponden a los criterios de inclusión. La recolección de datos se extendió por varios meses y estaba disponible en formato electrónico (diciembre 2011-marzo 2012) y copias duras (febrero 2012-marzo 2012). La primera página de la encuesta incluyó un formulario de consentimiento que incluía información sobre el estudio y las definiciones de los términos utilizados. No se pidió a los empleados a firmar el formulario de consentimiento o cualquier otra página de la encuesta; se les pidió que le devolverá las copias impresas de la encuesta en sobre sellados a una de las 38 cajas de recogida disponibles colocados en puntos designados de contacto (POC) asignados a los diferentes departamentos
Discusión	Las razones para no informar de los errores que se detallan en la literatura son el miedo, la humillación y la presencia de una respuesta punitiva al error Hay una necesidad de alentar a los profesionales de salud, especialmente las enfermeras que formaban alrededor de la mitad de los encuestados en la muestra, para informar sobre eventos dado su impacto positivo en la mejora de la seguridad del paciente. De hecho, la

	evidencia en la literatura define tres componentes principales de una cultura positiva de seguridad del paciente, sobre todo una cultura de equidad, una cultura que se informa, y una cultura de aprendizaje Un entorno no punitivo, donde los empleados del hospital se sienten libres y confiados en informar sobre los eventos y sin temor a la culpa es esencial para la mejora de los informes de eventos y por lo tanto un hospital más seguro Respuesta no punitiva al error también fue baja en el Líbano, donde anotó más baja entre todas las dimensiones
Análisis Personal	Estimular una dinámica cultura de seguridad del paciente en los profesionales es fundamental para que se realice voluntariamente el reporte de los incidentes y eventos adversos, por medio de los cuales podemos mejorar; adicionalmente al inculcar la cultura se consigue que los profesionales realicen sus labores con mayor cuidado y con todas las precauciones, aumentando así la seguridad en la atención, por lo tanto lo primero en realizar es la encuesta sobre cultura, con el objetivo de afianzarla en el personal.

ARTICULO 2.46

Titulo	Cirugía segura en pediatría: elaboración y validación de checklist de intervenciones preoperatorias.
Autor y Año	Maria Paula de Oliveira Pires, Mavilde da Luz Goncalves Pedreira, Maria Angélica Sorgini Peterlini2013.
Ubicación del articulo (base datos)	www.revistas.usp.br/rlae/article/download/76025/79663.
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Oliveira, M; Goncalves, M; Sorgini, A. Cirugía segura en pediatría: elaboración y validación de checklistde intervenciones preoperatorias.2013.2-8.
Objetivo del artículo	La finalidad del estudio fue elaborar y validar un checklist de intervenciones preoperatorias pediátricas relacionadas a la seguridad del paciente sometido a las cirugías.
Palabras Clave	Seguridad del Paciente; Enfermería Pediátrica; Cuidados Preoperatorios
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La seguridad del paciente es definida como la ausencia de daños o de lesiones accidentales durante la prestación de atención a la salud. La población pediátrica puede ser caracterizada como vulnerable a la ocurrencia de eventos adversos en el área de la salud. La hospitalización del niño promueve ansiedad, capaz de modificar su comportamiento debidoal estrés y al miedo. En algunas situaciones, tales como ser sometido a cirugía, así como en los adultos, esas reacciones son potencializadas, el paciente y familia, cuando involucrados con su propia seguridad, son capaces de participar de estrategias de prevención de errores y, consecuentemente, de potencializar su seguridad(8). La información deberá estar disponible a los niños y familias, y los profesionales deberán garantizar que

	reciban todas las informaciones.
Muestra	La investigación fue desarrollada en una unidad de cirugía pediátrica de un hospital universitario de la ciudad de São Paulo. Los grupos de edad de pre-escolares a adolescentes fueron delimitados como muestra para la utilización del checklist, contemplando desde el momento de la hospitalización hasta en encaminamiento al centro quirúrgico. Para la selección del grupo de edad, fue considerado el desarrollo cognitivo del niño, prontitud para lectura y pintura, que posibilitara el relleno parcial o total del checklist. Con base en el presupuesto de cuidado centrado en la familia, el checklist puede ser utilizado por la familia como referencial de las necesidades de cuidado preoperatorio a ser prestado al niño.
Intervención y proceso medición	El checklist fue sometido a la validación de contenido y constructo, mediante la técnica Delphi, entre marzo y junio del 2012, con la participación de cinco experts en la temática, siendo un enfermero especialista en cirugía pediátrica, un enfermero especialista en seguridad del paciente, un enfermero especialista en calidad, un pediatra clínico y un cirujano pediatra. Los criterios para elección de los jueces fueron: ser enfermero o médico con experiencia en pediatría o seguridad del paciente desde hace más de cinco años y tener diploma de postgrado en el área. La invitación para participar en la investigación fue enviada vía correo electrónico, con las orientaciones y justificativas del presente estudio, juntamente con el término de consentimiento libre e informado, el instrumento de validación y el checklist.
Resultados	Los resultados de la validación del checklist con intervenciones preoperatorias relacionadas a la seguridad del paciente, a ser

	llenado por el niño y la familia, indica los resultados de la segunda fase de la validación, abarcando solamente un indicador que no había sido validado anteriormente, con concordancia posterior del 80% de los participantes.
Discusión	En las unidades en que prevalecen acciones de seguridad del paciente, el error es considerado como parte de un proceso ampliado, que considera el equipo, la institución, los pacientes y los familiares como corresponsables por reestructurar un nuevo sistema de gestión de riesgos. La OMS creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con objeto de promover el desarrollo de prácticas y políticas de seguridad del paciente. En el año 2006, metas internacionales fueron establecidas, tales como la identificación correcta de los pacientes, comunicación efectiva, seguridad para medicamentos de riesgo, reducción de los riesgos de adquirir infecciones, reducción de los riesgos de lesiones debidas a caídas, y se destaca la reducción de cirugías en pacientes y/o locales equivocados. cuyo objetivo es el control, procesos y acciones en el quirófano (antes de iniciar la anestesia, antes de iniciar la cirugía y tras el término del procedimiento, y antes que el paciente deje el quirófano),La promoción de una cultura de seguridad del paciente durante la hospitalización infantil fue la premisa que fundamentó la idea de que la presencia del acompañante durante el proceso de internación puede contribuir de manera relevante hacia el alcance de resultados capaces de promover mayor calidad en la atención, ya que pacientes y familiares informados pueden ser agentes promotores de su propia seguridad. Fueron identificadas brechas con relación a fallas en la comunicación entre profesional de la salud, niños y familias, destacándose problemas de diálogo con los familiares, utilización de terminologías técnicas, deficiencia de registros de datos en el

	histórico, actitudes del profesional ante los cuestionamientos del niño o familiar, y fornecimiento de informaciones ocultadas o incompletas.
Análisis Personal	El CHECKLIST o lista de verificación comúnmente llamado en nuestro medio, es un instrumento clave para la disminución de errores. El objeto es elaborar este instrumento de intervenciones preoperatorias pediátricas relacionado con la seguridad del paciente que se someterá a procedimientos quirúrgicos; siendo este capaz de colaborar para que las etapas de la preparación y promoción de cirugía sean de mayor manejo y éxito del procedimiento buscando así la seguridad del paciente. La población pediátrica se caracteriza por la vulnerabilidad a la ocurrencia de eventos adversos debido a la ansiedad, estrés y miedo; y lo que se busca con este método es disminuirlo preparando a los niños para la intervención a través de la transmisión de información en forma lúdica; como los juegos, la música, entre otras, favoreciendo así la interacción entre profesional y el niño. La construcción del cheklist se realizó recopilando información sobre cuidados preoperatorios pediátricos, luego se estructuro y organizo con un contenido ampliado por dibujos y lenguaje infantil, y se validó utilizando la técnica Delphi que es de gran importancia, ya que aplica procesos grupales con el objeto de alcanzar un consenso de ideas utilizando formas estructuradas de recolecta de datos para alcanzar los objetivos. Las fallas que se presentan generalmente son: en la comunicación entre profesionales de la salud, problemas de diálogos, utilizando terminología técnica que no es explicativa para los familiares entre otras; por lo tanto es de gran importancia que las instituciones de salud adopten directivas capaces de promover

	un trabajo interdisciplinario y de colaboración para alcanzar la seguridad del paciente y por ende mejorar la calidad de salud.

ARTICULO 2.47

Titulo	En declaraciones para la seguridad del paciente por los profesionales de la salud en los hospitales: una revisión de la literatura
Autor y Año	Ayako Okuyama, Cordula Wagner, y Bart Bijnen.2014.
Ubicación del articulo (base datos)	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24507747
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Okuyama A, Cordula Wagner C, y Bijnen B. En declaraciones para la seguridad del paciente por los profesionales de la salud en los hospitales: una revisión de la literatura.2014.
Objetivo del artículo	En declaraciones para la seguridad del paciente por los profesionales de la salud en los hospitales: una revisión de la literatura.
Palabras Clave	Hablar, las relaciones entre profesionales, el equipo de atención al paciente, la seguridad del paciente, la comunicación.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	El aprendizaje de habilidades de comunicación y trabajo en equipo eficaz es crucial para mejorar la seguridad del paciente a los profesionales de atención de salud 'Hablar' se define como el aumento de las preocupaciones por los profesionales de la salud en beneficio de la seguridad y la atención de calidad al paciente al reconocer o al darse cuenta de las acciones riesgosas o deficientes de los demás dentro de los equipos de atención de salud en un entorno hospitalario Se espera que Hablar de tener un efecto preventivo inmediato en los errores humanos o para mejorar las deficiencias técnicas y de sistema. Investigación organizacional ilustra que, en muchos casos, las

	personas eligen la respuesta "seguro" de silencio. En este modelo, se presume que el motivo que impulsó a voz es el deseo de ayudar a la unidad. De organización o el trabajo para llevar a cabo con mayor eficacia o para hacer una diferencia positiva para el colectivo. La voz refleja un proceso de decisión deliberada por el que el individuo considera consecuencias tanto positivas como negativas y la percepción de eficacia y seguridad de expresar sus preocupaciones. La eficacia percibida de la voz es el juicio de la persona acerca de si es probable que sea eficaz. La percepción de seguridad de voz es el juicio de la persona sobre el riesgo de los posibles resultados negativos.
Muestra	Cinco bases de datos (PubMed, MEDLINE, CINAHL, Web of Science, y la Biblioteca Cochrane) se buscaron artículos en inglés que describen el comportamiento de hablar-hasta profesionales de la salud ', así como aquellos que evalúan la relación entre el habla y la seguridad del paciente. Se identificaron los factores que influyen y luego integrarse en un modelo de expresar el comportamiento.
Intervención y proceso medición	Las búsquedas manuales también se llevaron a cabo en revistas relevantes sobre la seguridad del paciente y la investigación de la organización (Diario de Seguridad del Paciente, El Diario Comisión Conjunta para la Calidad y Seguridad del Paciente, BMJ Calidad y Seguridad, Diario de Gestión de la Calidad en la Atención de Salud, Diario de Gestión de Enfermería, y Diario de Comportamiento Organizacional). Además, se examinaron los artículos citados en cada una de las publicaciones seleccionadas, y los resúmenes de congresos relevantes fueron examinados. Además, hablamos de la comunicación del equipo con varios expertos en seguridad del paciente y les pedimos que nos

	remiten a los estudios que hablan de seguimiento pertinentes. Se utilizaron los Medical Subject Headings donde esté disponible. Las búsquedas en la literatura se llevaron a cabo con la asistencia de expertos en ciencia de la biblioteca.
Resultados	Se identificaron 26 estudios en 27 artículos. Algunos indicaron que la vacilación de hablar puede ser un factor contribuyente importante en los errores de comunicación y que la formación puede mejorar el comportamiento de habla-up. Se encontraron muchos factores que influyen en: (1) la motivación para hablar, 2) los factores contextuales, como el apoyo administrativo del hospital, la formulación de políticas interdisciplinario, el trabajo en equipo y la relación entre los otros miembros del equipo, y la actitud de los líderes / los superiores; (3) los factores individuales, como la satisfacción en el trabajo, la responsabilidad hacia los pacientes, la responsabilidad como profesionales, la confianza basada en la experiencia, las habilidades de comunicación, y la formación académica; (4) la eficacia percibida de expresar sus ideas, como la falta de impacto y control personal; (5) la percepción de seguridad de hablar, como el miedo a las respuestas de los demás y los conflictos y las preocupaciones por aparecer incompetente; y (6) las tácticas y objetivos, tales como la recopilación de datos, que muestra la intención positiva y la selección de la persona que ha hablado.
Discusión	Se espera que los profesionales de la salud para hablar sobre sus preocupaciones ante un evento crítico alcanza un paciente para proporcionar la oportunidad de corregir el plan o intervención. Ha habido algunos estudios que investigan la relación entre el comportamiento de hablar de formación de profesionales de la salud y seguridad de los pacientes. Indican que la vacilación de hablar puede ser un importante factor que

	contribuye a los errores de comunicación y / o eventos adversos. , se identificaron varios factores que influyen en hablar por profesionales de la salud. Integramos estos factores en el modelo de empleado voz de la siguiente manera: (1) la motivación de hablar de ayudar al paciente, tales como el riesgo percibido por los pacientes, y la ambigüedad o la claridad de la situación clínica; (2) los factores contextuales, como el apoyo administrativo del hospital, interdisciplinario de formulación de políticas, el trabajo en equipo y la relación de una persona con otros miembros del equipo, y la actitud de los líderes / superiores (3) los factores individuales, como la satisfacción con el trabajo, un sentido de responsabilidad hacia los pacientes, la responsabilidad como profesionales, la confianza basada en la experiencia, las habilidades de comunicación, y los antecedentes educativos ; (4) la percepción de seguridad de hablar, como el miedo a las respuestas de los demás y los conflictos, y la preocupación por aparecer incompetente; (5) la eficacia percibida de expresar sus ideas, como la falta de cambios o el control personal de las cuestiones; y (6) las tácticas y objetivos, tales como la recopilación de datos.
Análisis Personal	Para hablar es uno de los factores que pueden contribuir a errores de comunicación y / o eventos adversos. Muchos médicos y enfermeras jóvenes tienen experiencia dudar en expresar sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente, aun cuando son conscientes de los riesgos y las deficiencias de tales omisiones. Si los profesionales de la salud con franqueza hablar sobre sus preocupaciones por la seguridad del paciente, esto puede ser una buena oportunidad para evitar errores o para recuperarse de ellos. Muchos factores pueden influir en el comportamiento de hablar de formación de profesionales de atención de salud. El modelo puede proporcionar una

	comprensión de la complejidad de estos factores de control. Los profesionales de la salud expresar sus preocupaciones, puede proporcionar la oportunidad de recuperarse de los errores y evitar consecuencias adversas.

ARTICULO 2.48

Titulo	El estado actual de la cultura de seguridad del paciente en los hospitales Libaneses: un estudio de línea de base.
Autor y Año	Fadi El-Jardali, Maha Jaafar, Hani Dimassi, Diana Jamal, Rana Hamdan. 2.010.
Ubicación del articulo (base datos)	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20699233.
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	El-Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdan R. El estado actual de la cultura de seguridad del paciente en los hospitales Libaneses: un estudio al inicio del estudio.International Journal for Quality in Health Care 2010; Volume 22, pág. 386– 395
Objetivo del artículo	Realizar una evaluación de línea de base de la cultura de seguridad del paciente en los hospitales libaneses.
Palabras Clave	Cultura de seguridad del paciente, hospitales, el tamaño del hospital, acreditación, Libano.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Una cultura de seguridad del paciente guía los comportamientos de los profesionales hacia la visualización de la seguridad del paciente como una prioridad alta. La escasez de investigaciones sobre el tema en el Mediterráneo Oriental y los países árabes se extiende hasta el Líbano. Estudios realizados en 8 países concluyeron que la tasa de eventos adversos en Medio Oriente esta en 8.2% y se presentó muerte o incapacidad permanente en un 40%. Se llevó a cabo en Líbano una política de acreditación para evaluar la calidad, se realizan encuestas

	nacionales de acreditación lo que ha permitido mayor conciencia tanto en las entidades como en el personal que trabaja en el sector salud. En el año 2.009 se incluyó un nuevo capítulo en el manual libanes de acreditación de hospitales, donde se requiere hacer una tercera encuesta nacional de acreditación que se lanzara en el 2.011. Para esto los hospitales han desarrollado políticas y procedimientos en pro de la mejora de la seguridad. La barrea no es la falta de herramientas para aplicar las normas de seguridad peo si su aplicación para asegurar un cambio duradero como la promoción de una cultura de seguridad del paciente. Este estudio pretende ayudar a los hospitales en su preparación para la encuesta nacional de acreditación proporcionándoles datos de la cultura de seguridad del paciente, realizar una evaluación de línea de base de la cultura de seguridad del paciente en los hospitales libaneses. Además de tratar de comprender los factores que afectan el marcador global de seguridad del paciente y los problemas críticos relacionados con la seguridad del paciente.
Muestra	12.250 empleados de hospitales se ajusta a los criterios de inclusión, de los 12.250 cuestionarios enviados a los hospitales 6.807 fueron devueltos completamente. Hospitales participantes 68.
Intervención y proceso medición	Se realizó un estudio de diseño transversal utilizando una versión adaptada y personalizada de la encuesta hospitalaria en la cultura de seguridad del paciente (HSOPSC)
Resultados	Las dimensiones de la cultura de seguridad con puntaje más alto fue el trabajo en equipo positivo dentro de las unidades, apoyo a la gestión para la seguridad de los pacientes y la mejora continua, mientras los más bajos los traspasos de hospital y transiciones, dotación de personal y la respuesta no

	punitiva al error. El 60% de los encuestados informaron que no habían completado los informes de eventos en el último año. El trabajo en equipo reflejado en el apoyo de sus colegas, en la gestión para la seguridad del paciente es importante resaltar un clima de trabajo favorable, se tiene la seguridad como una prioridad.
Discusión	Los resultados del estudio revelaron que la comunicación y transferencias hospitalarias afectan la seguridad del paciente, muchos encuestados manifestaron la dificultad de trabajar con otras unidades por el intercambio de información. Los factores de comunicación contribuyen a cometer el evento adverso. La buena comunicación genera una atención segura pero una mala comunicación puede poner en peligro la seguridad del paciente. La sobrecarga de trabajo y la falta de personal ponen en riesgo la seguridad del paciente según la mayoría de los encuestados, por tal motivo los hospitales libaneses deben adoptar estrategias para mejorar las condiciones de trabajo para evitar el error y mejorar la seguridad del paciente. La mejora de la calidad cada día está tomando más importancia en el Líbano Los hospitales más pequeños tienen una percepción más positiva de la seguridad del paciente y los más grandes deben enfrentar mayores desafíos. La seguridad del paciente debe ser una prioridad para los políticos, administradores, dirigentes y personal de primera línea. Se debe hacer inversión en la evaluación de la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones.
Análisis Personal	La muestra presentada en este artículo es muy importante en cuanto al número de encuestas realizadas y el número de hospitales, ya que brinda un análisis de la región a estudio.

	La encuesta de seguridad del paciente es una herramienta importante para revisar que está pasando al interior de las organizaciones, es importante tener un punto de vista externo que pueda medir cual es el trabajo que se ha venido realizando en las instituciones y si el personal que labora en ellas está percibiendo la información de la mejor manera. El trabajo en equipo se ha convertido en una estrategia muy importante frente a la seguridad del paciente que se debe fortalecer a través de talleres y programas de capacitación que mejoren el actuar de los profesionales de la salud en cada una de sus áreas de trabajo con el fin de brindar una atención segura. La cultura de seguridad del paciente de debe reforzar y transmitir desde las directivas de las organizaciones porque es un trabajo que conlleva tiempo y además que requiere una inversión para poder establecer una cultura de seguridad del paciente donde toda la organización sea parte de ella. La conducta punitiva frente al evento adverso continua siendo una desventaja, de ahí la importancia en trabajar a nivel mundial sobre una conducta no punitiva para incentivar el reporte de eventos adversos y así tener datos reales que contribuyan a mejorar los procesos para evitar más eventos adversos.

ARTICULO 2.49

Titulo	Participación de los pacientes en la seguridad de medicamentos en el hospital: un estudio exploratorio.
Autor y Año	Soomal Mohsin-Shaikh, Sara Garfield, Bryony Dean Franklin. 2.014
Ubicación del articulo (base datos)	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24777838
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Mohsin S, Garfield S, Dean B. Participación de los pacientes en la seguridad de medicamentos en el hospital: un estudio exploratorio. Rev Int JClin Pharm. 2014.
Objetivo del artículo	Explorar la medida en que los pacientes hospitalizados informaron que se dedican a los comportamientos relacionados con la seguridad de la medicación, el grado en el cual manifestaron que les gustaría, y el grado en el que los profesionales de la salud informaron que apoyarían tal compromiso.
Palabras Clave	Hospital, seguridad de los medicamentos, la participación del paciente, toma de decisiones compartidas, Reino Unido.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Los errores de medicacion son comunes en los pacientes hospitalizados. Investigacion del Reino Unido sugieren que los errrores de prescripcio ocurren hasta en el 15% de las prescripciones de medicamentos para pacientes internados. Las investigacion ha demostrado que los pacientes estan dispuestos a participar en la seguridad de los pacientyes si se les motiva a hacerlo por prfesionales de la salud. Sin embargo hay relativamente poca investigacion en esta área. Una inetrevencion la asociacion de pacientes no ha mostrado una diferencia significativa en los efectos adversos de los medicamentos entre klos grupos de intevencion y de control y no se sabe que intevencion conducen a mejores resultados de salud. Por lo tanto, se creen que son apropiados para los

	pacientes hospitaliuzados a tomar en relacion con la segridad.
Muestra	El estudio se llevó a cabo en tres hospitales de la NHS Trust. En el oeste de Londres en abril y mayo de 2013. Hubo un total de 82 salas en el fideicomiso cada uno por lo general comprende alrededor de 20 a 25 camas.
Intervención y proceso medición	Se utilizó cuestionarios cuantitativos separados por los profesionales sanitarios y los pacientes. Estos dos compuestos dos escalas: el primero fue desarrollado para el presenten estudio, se hace referencia como la escala implicación seguridad de los medicamentos para pacientes internados. Los pacientes y los profesionales sanitarios se les presento el cuestionario en la sala por el investigador que a continuación recoge los cuestionarios complementarios. Los encuestados fueron capaces de tomar todo el tiempo que querían completar el cuestionario. Si un paciente no pudo completar el cuestionario a sí mismos, el investigador ofreció a leer el cuestionario y completarlo en su nombre. Los cuestionarios también se enviaran por correo electrónico a todos los farmacéuticos que trabajan en el fideicomiso y enviado por correo electrónico de vuelta al investigador
Resultados	Cien pacientes tasa de respuestas 98%, 24 Médicos (tasa de respuesta de 80%) 30 farmacéuticos (tasa de respuesta del 31%) y 50 enfermeras (tasa de respuesta del 100%) participación.
Discusión	Tanto los pacientes como los profesionales de la salud informaron que apoyaban la participación del paciente en la medicación y la seguridad de los medicamentos. Al explorar puntos de vista de los pacientes y de los profesionales sanitarios en los pacientes la participación general en el cuidado d la salud y seguridad por otro lado en la investigación de la participación de quimioterapia de los pacientes en la prevención

	de errores médicos. Sin embargo Davis y Col. Encontraron que los pacientes informaron de menor disposición a notificar a los médicos de los problemas o errores que pedir a cuestión de hecho. Sino una mayor disposición a notificar a las enfermeras de los errores que a hacer preguntas factuales.
Análisis Personal	Considerando todos los aspectos, la gran importancia el cumplimiento de las medidas de prevención, y estamos seguros de que la nueva sociedad del siglo XXI nos permitirá ver nuevos avances en esta dirección, movidos por un mayor conocimiento técnico, pero, sobre todo, por una cada vez mayor conciencia social y colectiva a este respecto, que ha sacado a la seguridad, lo que conlleva a una calidad de vida.

ARTICULO 2.50

Titulo	Organización basada en la evidencia y estrategias de seguridad del paciente en los hospitales europeos
Autor y Año	Rosa Sunol, Cordula Wagner, Onyebuchi A. Arah, Charles D. Shaw, Solvejg Kristensen, Caroline A. Thompson, Maral Dersarkissian, Paul D. Bartels, Holger Pfaff, Mariona Secanell, Nuria Mora, Frantisek Vlcek, Halina Kutaj-Wasikowska, Basia Kutryba, Philippe Michel, Oliver Groene. 2.014.
Ubicación del articulo (base datos)	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24578501
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Sunol R, Wagner C, Arah O, Shaw C, Kristensen S, Thompson C, Dersarkissian M, Bartels P, Pfaff H, Secanell M, Mora N, Vlcek F, Kutaj-Wasikowska H, Kutryba B, Michel P, Groene O. Organización basada en la evidencia y estrategias de seguridad del paciente en los hospitales europeos. 2014.
Objetivo del artículo	Explorar como los hospitales europeos han puesto en marcha estrategias de seguridad del paciente y la organización basada en la evidencia de la atención en esas vías las recomendaciones y examinar el grado en que la aplicación varía según los países y hospitales.
Palabras Clave	La seguridad del paciente, mejora de la calidad, gestión de calidad, las variaciones de la práctica, la asistencia sanitaria adecuada, la atención hospitalaria, la eficacia.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La medicina basada en la evidencia y la aplicación de las recomendaciones de seguridad de los pacientes son consideradas de los pilares fundamentales para mejorar los resultados de la atención clínica. Organismos como el Instituto Nacional para la Atención de la Salud y la Excelencia. La entrega de atención de alta calidad basado en la aplicación de las recomendaciones acceso al 24/7 salas y sistemas de

	diagnóstico e intervención para triaje y traslado a una unidad especializada. En las últimas décadas los gestores clínicos han tratado de adoptar las recomendaciones anteriores y mejorar la atención al paciente a través del diseño del sistema, pautas y protocolos, eventos adversos (AE) de informes y gestión de riesgos. Hay, sin embargo, pruebas limitadas de que los esfuerzos realizados han dado lugar a mejoras significativas en el cumplimiento de la medicina o la reducción de los eventos adversos. Otra preocupación es la escasez de la información sobre la aplicación de las estrategias de seguridad de los pacientes y la organización basada en la evidencia de las vías en los hospitales. El cumplimiento de estas buenas por prácticas en países UE es también una cuestión política importante como reciente directiva de la UE sobre la asistencia.
Muestra	Se realizó un estudio transversal, de niveles múltiples en el que las mediciones del nivel de paciente se anidan en los departamentos del hospital, lo que a su vez, se anidan en los hospitales en siete países europeos. Treinta hospitales fueron seleccionados al azar en cada país y de estos, se seleccionaron 12 también al azar, para la recolección de datos completa en el departamento y el nivel de los pacientes (un máximo de 84 hospitales).
Intervención y proceso medición	La selección se basó en la evidencia que subyace en que una práctica seguridad de los pacientes eviten se reduzcan los EA. Se canalizaron los artículos Once PSS. Nueve eran comunes a las cuatro vías (eliminación de cloruro de potasio concentrado de las existencias de bario, el uso de la identificación de pulseras, cajas de eliminación de agujas, mono promoción de la higiene, recordatorios, desinfectantes para manos a base de alcohol, diagramas de flujo de reanimación, carro de

	emergencia, los sistemas de notificación de AE, el uso de AE informa de la calidad del departamento de evaluaciones de cuidado.
Resultados	Sesenta y cuatro hospitales de siete paises proporcionaron datos validos. Se analizaron 292 vias. En la muestra el cumplimiento de PSS por el departamento junto con la gama media de los hospitales de cada elemento. Mas del 90% de los pacientes fueron identificados por muñequera en el 43.0% de las salas de IAM, en comparacion con el 59.7% de las salas de maternidad (43/72) . no se observaon diferencias significativas entre el departamento de cumplimiento de las recomendaciones de identificacion de pacientes, pero las diferencias entre los promedios de los paises eran considerables, con cifras que van del 0 AL 91.7% Recomendaciones tales como el uso de cajas de eliminacion de jeringas y las frotaciones a base de alcohol se reunieron en mas de un 85 % de todos los departamentos, y la variabilidad entre paises fueron menor (66, 7 a 100.0%) mas de dos tercios de las alas de maternidad todavia tenian cloruro de potacio concentrado en sus existencias de medicamentos y las cifras son aun mayores en los otros deparatmentos.
Discusión	Se evaluó la implementación y las posibles fuentes de variación en una amplia muestra de los hospitales europeos. Nuestros resultados indican que ni las recomendaciones se siguen de forma rutinaria y que existen diferencias sustanciales entre los departamentos y hospitales. Nuestros resultados plantean serias preocupaciones con respecto a la prestación de una atención óptima e indican un amplio margen de mejor. Los resultados demuestran que el cumplimiento de ciertas recomendaciones clave está lejos de ser ideal. Solo uno de cada tres pabellones (en algunos países, 1 de cada 10) han

	eliminado de la solución concentrada del cloruro de potasio a partir de sus reservas generales, a pesar de que esta práctica fue recomendado por la agencia Nacional de Seguridad del paciente del reino unido a partir de 2002 y puesto que se ha recomendado por muchos otros organismos de seguridad, otros áreas, en cambio, parecen haber mejorado.
Análisis Personal	Este estudio deja grandes aportes y demuestra la atencion de calidad que se da en los paises Europeos donde priorizan el bienestar del individuo, componente clave de la calidad asistencial, tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para las gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

3 CONCLUSIONES

El cumplimiento de la normatividad vigente contribuye a garantizar la actuación de los profesionales de la salud y de las instituciones en el marco de la seguridad del paciente. Esta exige mediante la resolución 2003 de habilitación a cumplir con la seguridad del paciente, pero también da las herramientas para implementarla mediante los lineamientos y las guías del ministerio, es de vital importancia seguir estos lineamientos propuestos para implementar con éxito esta estrategia.

La seguridad del paciente conviene ser la principal política en las organizaciones de salud, la cual permite la implementación de estrategias y planes de seguimiento en pro de garantizar una atención segura.

La cultura de seguridad del paciente es una medida para orientar las actitudes y normas tanto de profesionales como de la institución, de ahí el compromiso que tenemos para promover una cultura que se traduzca en beneficio para todos.

Se recomienda para todas las instituciones que prestan servicios de salud crear un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos, identificando las causas, realizar un correcto análisis (se sugiere el protocolo de Londres) e implementar acciones de mejoramiento o barreras, con el fin de no repetir los mismos errores. Así mismo se debe inculcar en todos los trabajadores que los reportes son NO PUNITIVOS y dialogar sobre los errores cometidos. Las mejores instituciones son las que detectan los problemas y hacen los estudios para solucionarlos e implementar barreras.

Los aspectos relevantes de la seguridad del paciente en las instituciones prestadoras de servicios de salud son: Crear una cultura de seguridad en todos los profesionales, incentivar el reporte de los incidentes y eventos adversos con el fin de analizarlos e implementar acciones de mejora, trabajar en la prevención de caídas, correcta identificación de pacientes, control de infecciones, administración de medicamentos, ambiente laboral apropiado, involucrar en el proceso de atención al paciente y su familia, comunicación oportuna, efectiva y de calidad

BIBLIOGRAFIA

(1) Gómez O, Arenas W, González L, Garzón J, Mateus E, Soto A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Ciencias y enfermería, 2011:1-15. http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art09.pdf.

(2) Mira J, Cho M, Montserrat D, Rodríguez J. Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina. Rev. Panam Salud Publica.2013:1-7. http://bit.ly/SS9rCc

(3) Álvarez C, La prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud: un reto en el mejoramiento de la seguridad del paciente. 2010:1-2. http://revistainfectio.org/site/portals/0/ojs/index.php/infectio/article/view/62.

(4) Villareal E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud Uninorte. 2007; pág. 1-8. http://bit.ly/1q9ODEo

(5) Martinez A, Hueso C, Galves M, Soto A. Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería, 2010:pág.1-8. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_07.pdf.

(6) Wegner W, Rubin E, La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil 2012:pág.1-8. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a02v20n3.pdf.

(7) Escobar F, Sabóia M, Alux T, Bauer A, Perufo S, De Bortoli S, Seguridad del paciente en la terapéutica medicamentosa y la influencia de la prescripción médica en los errores de dosis, 2010:pág.1-7. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_03.pdf.

(8) Mena P, error médico y eventos adversos, 2008:1-8. http://bit.ly/1nzN67c.

(9) Muiño A, Jiménez A, Muñoz, Pinilla Ll, Durán M, F, Cabrera F, Rodríguez M, Seguridad del paciente, 2007:pág.1-5. http://bit.ly/1lrYNwP

(10) Gómez O, Soto A, Arenas A, Garzón J, González A, Mateus E, Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. 2011:pág.1-12. http://bit.ly/1udWFcM.

(11) Jaraba C, Sartolo M, Villaverde M, Espuis I, Rivas M. Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de Medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. 2.013. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24406360.

(12) Toffoletto M, Ramírez X. Mejorando la seguridad de los pacientes: estudio de los incidentes en los cuidados de enfermería. Rev. esc. Enfermería. 2.013: vol.47.pág.1098 a 1105. http://bit.ly/1kZLmnR

(13) López M, Alber M, Jiménez N. Medida de la mejora continúa en la seguridad del paciente oncológico. Farm Hosp. 2013:pág.143-150. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23789758

(14) Mira J, Lorenzo S, Vitaller J, Ziadi M, Ortiz L, Ignacio E, Aranaz J. El punto de vista de los pacientes sobre la seguridad clínica de los hospitales. Validación del Cuestionario de Percepción de Seguridad. Rev. méd. Chile. 2009, vol.137,pág.1441-1448. http://bit.ly/1kZG1gq

(15) Betancourt J. Cepero R, Gallo C. Factores que puede afectar la seguridad del paciente. AMC. 2011, vol.15,pág. 936-945. http://bit.ly/1qkwMYw.

(16) Ortells A, Paguina M. Indicadores de calidad y seguridad del paciente en la enfermería de urgencias: un valor seguro. 2012 .pág.184-190.http://bit.ly/1kZGf7c

(17) Machado J, Marques A, Martins M. Evaluación de la calidad de la atención hospitalaria en el Brasil: una revisión sistemática. 2013; pág. 1063-1082. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2013001000004.

(18) Magalhães A, DallAgnol C, Beryl P. Carga de trabajo de enfermería y seguridad del paciente - un estudio de método mixto con un enfoque restaurativo ecológica. Rev. Latino. 2013. pág.146-154.

(19) Amaya A, Narváez J, Schmalbach E. Trabajo en equipo como factor contribuyente en la ocurrencia de errores médicos o eventos adversos. rev. colomb. 2013; pág. 297-310. http://bit.ly/1s1xEpv

(20) Bathke J, Cunico P, Maziero E, Frates F, Mansano L, Almeida D. Infraestructura y la adhesión a la higiene de manos: desafíos para la seguridad del paciente. Rev. Gaúcha Enferm. 2013; pág. 78-85. http://bit.ly/1kfBIJ8

(21) Cararro T, Galce F, Sebil L, Kepler S, Capelina M, Waterkemper R. La bioseguridad y la seguridad del paciente a la vista de los estudiantes de enfermería. 2012. pág. 14-19. http://bit.ly/1s1zK8Z

(22) Godinho M, Carvalho R, Lima R, Cassiani S, Galon T. El clima de la seguridad del paciente: la percepción de los profesionales de enfermería. 2012. Pág.728-735. http://bit.ly/1kV90mE

(23) Bohomol E, Ramos L. Los errores de medicación: la importancia de la notificación en la gestión de seguridad del paciente. Rev. bras. enferm. 2007, vol.60.pág. 32-36. http://bit.ly/1pY4S7g.

(24) Ministerio de Sanidad .IBEAS, E. prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. 2.010. http://bit.ly/1l2glek.

(25) Ministerio de la Protección Social. Guía técnica "Buena práctica para la seguridad del paciente en la atención en salud".2014. http://www.minsalud.gov.co.

(26) Organización Mundial de la Salud. La investigación en Seguridad del Paciente. 2008. http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art09.pdf.

(27) Organización Mundial de la Salud; Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente.2007. http://bit.ly/1mzsI2Z.

(28) Roqueta F; Tomas S, Cánovas M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. 2007. http://www.semes.org/revista/vol23_5/4.pdf.

(29) Álvarez J. Portella Enrique T, Fernández M. Practicas Seguras Simples, 2007. http://bit.ly/1o7n2ni.

(30) Fajardo G.; Rodríguez J.; Arboleya H.; Rojano C.; Hernández F.; Santacruz J. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud, 2010, pág. 6. http://bit.ly/1o7r27u.

(31) Saturno P, Gama D, Sousa S. Fonseca A. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud Español, 2008; pág.18-23. http://bit.ly/1kZI045.

(32) Fajardo, G. Philippe L, Rodriguez J. Fuentes M. Sistema de registro electrónico de incidentes, basado en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la Organizacional Mundial de la Salud.2010; pág.29-36. http://bit.ly/SIRHsX.

(33) Romero O.; García M.; Fernández M.; Ramos J.; Guerrero J.; Mármol R. La seguridad del paciente como indicador de la calidad asistencial y del trabajo

enfermero. El empleo del “listado pre quirúrgico”, 2012, pág. 6. http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art09.pdf.

(34) Fernández E, Romero A, Plaza M, García M. Seguridad del paciente: protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes.2007. http://bit.ly/1xAqqZS.

(35) Bernal, M; Pena, L; Escudero, S. Plan estratégico de seguridad del paciente.2011.pág.1-98. http://bit.ly/1xAqqZS

(36) Santiago T, Chanovas M, Raqueta F, La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del Programa SEMES-Seguridad Paciente. 2012. http://www.semes.org/revista/vol24_3/11.pdf

(37) Barroeta, J; Sanchez, C. Guía de práctica clínica de Seguridad del paciente. 2008.pág.1-64. http://bit.ly/1doxVae.

(38) Zenewtin, A, Catarina A, Saturno P. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles.2013. http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n2/15.pdf.

(39) Betancourt D, Rodriguez C, Cuervo C. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. 2008. http://bit.ly/1xAsu4f.

(40) Luengas S. Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos.2009.pág.1-13. http://www.cgh.org.co/imagenes/calidad1.pdf

(41) Quadrado E, Tronchin D. Evaluación del protocolo de identificación de los recién nacidos en un hospital privado. Rev. Latino-Am. 2012. file:///D:/Users/Diana/Downloads/48596-59217-1-PB%20(2).pdf

(42) Nie, Y , Mao X , Cui H, Él S, Zhang M. Encuesta del Hospital de la cultura de seguridad del paciente en China.2013. http://1.usa.gov/1oG0TKF.

(43) Schatkoski A, Wegner W, Algeri S, Rubim N. Seguridad y protección para el niño hospitalizado: estudio de revisión.2009. http:// www.eerp.usp.br/rlae.

(44) Raduenz A, Hoffmann P, Radunz V, Dal Sasso G, Maliska I, Marck P. Cuidado de enfermería y seguridad del paciente: visualizando la organización, acondicionamiento y distribución de medicamentos con método de investigación fotográfica. Rev. Latino. 2010. Pág. 8-10. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_02.pdf

(45) Jardali, F. Sheikh F. Cultura de seguridad del paciente en un gran hospital universitario en Riyadh: evaluación inicial, el análisis y las oportunidades de mejora comparativa.2014. http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/122

(46) Oliveira, M; Goncalves M; Sorgini M. Cirugía segura en pediatría: elaboración y validación de checklistde intervenciones preoperatorias.2013.pág. 2-8. www.revistas.usp.br/rlae/article/download/76025/79663.

(47) Okuyama A, Wagner C, Bijnen B. En declaraciones para la seguridad del paciente por los profesionales de la salud en los hospitales: una revisión de la literatura.2014. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24507747

(48) El-Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdan R. El estado actual de la cultura de seguridad del paciente en los hospitales Libaneses: un estudio al inicio del estudio.International Journal for Quality in Health Care 2010; Volume 22, pág. 386– 395. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20699233.

(49) Mohsin S, Garfield S, Dean B. Participación de los pacientes en la seguridad de medicamentos en el hospital: un estudio exploratorio. Rev Int JClin Pharm. 2014. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24777838.

(50) Sunol R, Wagner C, Arah O, Shaw C, Kristensen S, Thompson C, Dersarkissian M, Bartels P, Pfaff H, Secanell M, Mora N, Vlcek F, Kutaj-Wasikowska H, Kutryba B, Michel P, Groene O. Organización basada en la evidencia y estrategias de seguridad del paciente en los hospitales europeos. 2014. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24578501.