



“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”
Multidisciplinario
10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México
ISBN: 978-607-95635

“CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN UNIDADES DE CUIDADOS CORONÁRIOS”

MSc. Rolando Delgado Figueredo.¹

MSc. Claudio Manuel González Rodríguez.²

MSc. Pedro Orestes Suárez Collado.³

MSc. Juan José Navarro López.⁴

¹Master en Administración.

rdelgado@gal.sld.cu

Profesor Auxiliar de Bioestadística Médica y Métodos de investigación.

Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguia Lima”

²Especialista de 2do grado en Cardiología.

Master en Urgencias Médicas.

Profesor Auxiliar

Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguia Lima”

¹Master en Nuevas tecnologías

Cienfuegos, Cuba.

Profesor Asistente de Bioestadística Médica y Métodos de investigación.

Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguia Lima”

⁴Especialista de 2do grado en Cardiología.

Master en Urgencias Médicas.

Profesor Auxiliar

Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguia Lima”



“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”

Multidisciplinario

10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México

ISBN: 978-607-95635

Resumen:

Título: Cultura de seguridad del paciente en los procesos de atención en unidades de cuidados coronarios / Culture of patient safety in the processes of attention in units of coronary cares.

Investigación realizada en las unidades de cuidados coronarios del Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguia Lima” de la provincia de Cienfuegos, Cuba. Su objetivo estuvo encaminado a valorar la cultura de seguridad del paciente que prevalece en sus ejecutores. Clasifica como de sistema de servicio de salud, observacional, descriptiva y transversal con un diseño cualitativo. Se utilizó una muestra de 23 ejecutores con atención directa a pacientes aplicándoles un instrumento validado que valora la cultura de seguridad del paciente que prevalece en los servicios. Sus resultados demostraron el reconocimiento de liderazgo, la cohesión de los equipos, y la disposición al aprendizaje, Se concluyó que el desarrollo de la cultura de seguridad del paciente en las unidades de cuidados coronarios puede incrementarse consolidando las fortalezas y trabajando sobre las debilidades detectadas.

Palabras claves: Cultura de seguridad del paciente / Seguridad del paciente/

Abstract

Present it investigation was executed in units of coronary cares of Cardiología's Service of the General University Hospital “Dr. Gustavo Aldereguia Lima” of Cienfuegos's province, Cuba. His objective was headed for appraising the culture of patient safety that prevails in his executers. Classify as of system on systems and services of health, observacional, descriptive and transverse with a qualitative design. A sign was utilized from 23 executers with direct attention to patients applying a validated instrument that examine patient safety that prevails in services. His results demonstrated that the cultural elements that predominate in the service are the recognition of the acting of immediate bosses, teams's cohesion, and the disposition to learning. Conclusions: the development of the patient safety in the units of coronary cares can increase consolidating the fortresses and developing the found.



“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”

Multidisciplinario

10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México

ISBN: 978-607-95635

Key words: Culture patient safety/ Patient safety/Units of coronary cares.



“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”

Multidisciplinario

10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México

ISBN: 978-607-95635

Introducción:

En la lista de términos que contiene la Clasificación Internacional para la Seguridad del paciente (CISP también conocida como Taxonomía de Seguridad del paciente) se expresa: “Seguridad del paciente es la ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria”.¹

Un elemento clave para el incremento de la seguridad del paciente es el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente entre los prestadores de salud.

La Cultura de seguridad del paciente, es parte de la cultura organizacional de la entidad, y comprende a “los patrones de conducta de los individuos y de la organización basado en creencias y valores compartidos que persiguen continuamente minimizar los daños a los pacientes que pueden ocasionarse en el proceso asistencial”.²

Trabajar con la cultura de seguridad del paciente es un elemento estratégico para cualquier entidad de salud, tal es así que: el alcanzar una cultura sobre seguridad adecuada se menciona como la primera de las “30 prácticas seguras” por el National Quality Forum de Estados Unidos, que además establece su medición como una recomendación capital,³ también la publicación del documento “La seguridad del paciente en 7 pasos” por el National Health Service establece como primer paso el construir una cultura de seguridad.⁴

El desarrollo de la cultura de seguridad del paciente que prevalece en los prestadores es clave para evitar en lo posible la aparición de incidentes innecesarios, fomentar la notificación y aprendizaje de los errores e implantar las estrategias para evitar su repetición.

Valorar la cultura de seguridad del paciente en un servicio permite conocer la situación real sobre la cual se parte para trabajar con la temática y dar prioridad aquellas acciones que pueden provocar mejoras. Posteriormente se puede ir repitiendo periódicamente la medición y comprobar la efectividad de las acciones y replantear estrategias.

4 | “Congreso Internacional de Investigación e Innovación 2014” Multidisciplinario, 10 y 11 de abril de 2014. México



“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”

Multidisciplinario

10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México

ISBN: 978-607-95635

La evaluación de la cultura de seguridad del paciente en los prestadores de salud por sí misma es una intervención que visualiza el interés de la institución en conocer y priorizar la indispensable seguridad del paciente, hay países por ejemplo; España, cuya Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud la han convertido en un indicador de buenas prácticas sobre seguridad del paciente.

Hasta ahora se han desarrollado diversos cuestionarios con la finalidad de medir cultura de seguridad, de modo que a la hora de escoger alguno de ellos conviene valorar su adaptación a nuestros objetivos, la forma en que han sido validados, la experiencia, difusión y utilización internacional y la posibilidad que ofrezcan de comparación con otros servicios e instituciones. De entre todas las encuestas existentes, la Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)⁵⁻⁷ se ha seleccionado por tener la mayor frecuencia de uso, y cumplir con los requerimientos planteados.

En el desarrollo de la cultura de seguridad del paciente, es fundamental el trabajo que se realice con los incidentes, y dentro de estos con los eventos adversos, la declaración, notificación y explicación por los prestadores de lo sucedido, y el análisis colectivo de las causas y las medidas para minimizarlo o evitar que sea recurrente. Existen métodos internacionalmente probados en el campo de la salud que pueden ser muy útiles en el estudio de los eventos adversos, entre ellos tenemos: Modo de Análisis de fallos y efectos (Failure Model Efect Analyse), Análisis de peligros y operabilidad (Hazop), y el Análisis de causas Raíces (Root cause analysis (RCA)).⁸

Objetivo: Valorar la Cultura de seguridad del paciente en los procesos de atención en las unidades de cuidados coronarios.

Material y Método:

Contextualización y clasificación de la investigación: La investigación fue desarrollada en las unidades de cuidados coronarios del servicio de cardiología del Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguia Lima” de la provincia de Cienfuegos, Cuba, en el



“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”

Multidisciplinario

10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México

ISBN: 978-607-95635

año 2012. Es una investigación que clasifica como de sistema de servicio de salud, observacional, descriptiva y transversal con un diseño cualitativo.

Universo y muestra.

Para medir cultura de seguridad se tomó una muestra de 23 prestadores con atención directa a pacientes en las unidades del servicio de cardiología

Procedimiento:

Para el cumplimiento del objetivo se utilizó un instrumento de amplio uso internacional que mide la cultura de seguridad del paciente nombrado Hospital Survey on Patient Safety de la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ-EU) en su versión al castellano por la Universidad de Murcia (España).⁹ El análisis de las respuestas tiene sentido tanto para cada ítem en particular como para cada dimensión en su conjunto. En todos los casos se indagó la percepción que sobre cada ítem y dimensión tienen los profesionales que responden. Es un cuestionario auto administrado y anónimo.

A cada prestador de salud le fue entregado un cuestionario, posteriormente este fue decepcionado y depositado por el encuestado en una caja sellada con un orificio como garantía al anonimato.

Resultados:

A continuación se muestran los resultados principales obtenidos al determinar la cultura de seguridad del paciente en los prestadores de salud del servicio de cardiología, incluyendo algunos de otros servicios que atienden directamente a las urgencias, tanto previos a su ingreso como en el transcurso de este.

Los perfiles de trabajadores que se incluyen son médicos, enfermeros y técnicos pero el peso de estas dos últimas profesiones es muy limitado en magnitud, su influencia es muy poco determinante en el % de los resultados, por tanto los resultados expuestos en este trabajo son considerados principalmente percepciones médicas, algo que debería ser mejorado en estudios futuros.



“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”

Multidisciplinario

10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México

ISBN: 978-607-95635

La experiencia del personal entrevistado es considerablemente alta por tanto las respuestas tienen probada confiabilidad sobre una base empírica obtenida a través de muchos años de trabajo.

El clima de seguridad del paciente diagnosticado a través de sus dos aspectos presenta realidades que expresan la necesidad del desarrollo de la cultura de seguridad al que se aspira, pues si bien prevalece una percepción de alto grado de seguridad (7,1 grados) en los procesos que ejecutan directamente a sus pacientes también aceptan no haber reportado incidentes y eventos adversos en el período de estudio.

No puede haber desarrollo de la seguridad del paciente si no hay una socialización de los incidentes y errores que ocurren inevitablemente en los procesos. También es cierto que en muchas ocasiones estas situaciones son discutidas en entregas de guardias, reuniones de departamentos, comités de calidad, pero el desconocimiento semántico de la temática relacionada con la seguridad del paciente les impide reconocer a estas situaciones como fuentes de eventos adversos reportados, lo que lleva estratégicamente a proponer procesos de gestión del conocimiento en este sentido.

Podemos entonces clasificar al clima de seguridad prevaleciente en los prestadores que atienden las urgencias cardiológicas, como un clima en desarrollo cultural con fortalezas y con muchas debilidades que pueden ser convertidas en oportunidades de mejora.

Estas fortalezas y debilidades se concretan a continuación como resultado de la aplicación del instrumento mencionado.

De forma general se determinaron 3 dimensiones con fortalezas y el resto son dimensiones cuyos niveles de positividad están por debajo del punto de corte que fijan la fortaleza de las dimensiones en el instrumento aplicado.

Una visión global del por ciento de positividad de todas las dimensiones determinadas en este estudio se puede observar en el gráfico 1.

De izquierda a derecha las dimensiones son:



“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”

Multidisciplinario

10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México

ISBN: 978-607-95635

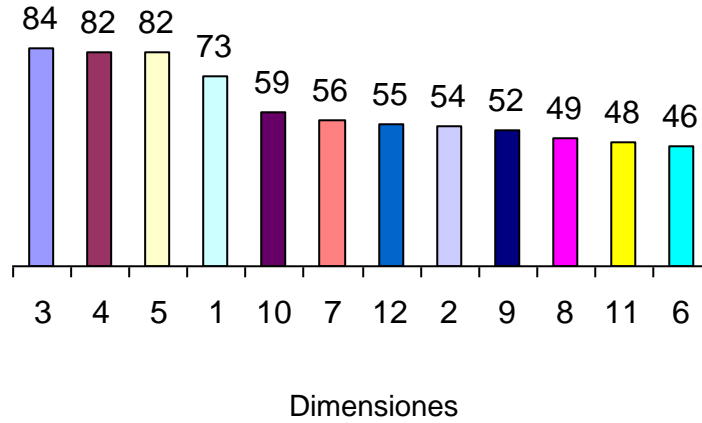
- 3- Expectativas y acciones de la dirección del servicio.
- 4- Aprendizaje organizacional / mejora continua.
- 5- Trabajo en equipo.
- 1.-Percepción de los eventos relacionados con la seguridad del paciente.
- 10- Apoyo de la dirección del hospital o policlínico a la seguridad del paciente
- 7- Retroalimentación y comunicación sobre errores.
- 12.- Problemas en cambios de turnos en el (y entre) servicios.
- 2.-Percepción general de seguridad del paciente.
- 9- Dotación de personal.
- 8-Respuesta no punitiva a los errores.
- 11- Trabajo en equipo entre unidades y servicios del hospital o policlínico.
- 6- Franqueza en la comunicación.

De forma general se determinaron 3 dimensiones con fortalezas (3,4,5) y el resto son dimensiones cuyos niveles de positividad están por debajo del punto de corte (75 %) que fija el nivel de fortaleza de la dimensión.

Gráfico 1 Porcentaje de positividad según dimensión.
Unidades de cuidados coronarios. HGAL 2012



“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”
 Multidisciplinario
 10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México
 ISBN: 978-607-95635



Las dimensiones que con sus fortalezas hacen prevalecer un desarrollo cultural de la seguridad del paciente son: la 3 “Expectativas y acciones de la dirección del servicio; la 4 “Aprendizaje organizacional / mejora continua” y la 5 “Trabajo en equipo”.

Son muy importante para todos los implicados en la atención a las Urgencias cardiológicas los resultados obtenidos en estas tres dimensiones, pues los encuestados reconocen la presencia de acciones del liderazgo del servicio en post de garantizar niveles de seguridad en los procesos que ejecutan los miembros del colectivo. Esto es indispensable como punto de partida para transmitir al resto de los trabajadores sus actuaciones, por tanto estamos ante jefes de servicio que realizan acciones encaminadas al aseguramiento e incremento de la seguridad del paciente. Aunque en el elemento “cambio” no todos perciben que son evaluados para comprobar su efectividad.

Los resultados del estudio muestran como el aprendizaje es la fuente fundamental de mejora en la seguridad del paciente, el conocimiento de los programas de seguridad del paciente del hospital, la discusión de los casos, el uso de guías de prácticas clínicas y protocolos, las diferentes figuras de superación académicas y los trabajos investigativos son acciones actuales que demuestran la existencia de elementos culturales de seguridad en los servicios de los encuestados.



“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”

Multidisciplinario

10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México

ISBN: 978-607-95635

Otra muy importante fortaleza encontrada, es la percepción de cohesión que tienen los integrantes en sus servicios, un alto grado de ayuda mutua al compañero, la colaboración ante cargas crecientes de trabajo y la presencia del respeto como base de las relaciones.

Se determinó también una cuarta dimensión cuyos porcentaje (72 %) están por debajo del punto de corte (75 %) pero muy próxima a este, es la dimensión relacionada con la percepción que tienen los prestadores acerca de los eventos notificados, identificando el carácter preventivo de estas notificaciones, acciones muy importantes para impedir que aparezca el error, estimular este tipo de actuación debe ser un elemento fundamental para desarrollar un elemento cultural como este: prevención del error.

Con esta dimensión también se infiere el desconocimiento tácito en materia de seguridad del paciente y sus elementos culturales, pues las diferentes situaciones: por ejemplo problemas de recursos, de mantenimiento, falta de coordinación, casos complicados, focos rojos, y muchos más, pueden constituir previsiones de errores, que comúnmente se discuten en las entregas de guardias. Todas ellas son acciones que pudieran prevenir errores mayores, por tanto los prestadores a pesar de haber respondido: que no reportan eventos, posteriormente hacen mención a diferentes percepciones de sus formas y tipos.

Los resultados alcanzados en estas dimensiones discutidas anteriormente las podemos sintetizar en los elementos culturales siguientes: reconocimiento de la actuación de los jefes inmediatos, cohesión de los equipos, y disposición al aprendizaje, estas constituyen una excelente base para actuar sobre las debilidades convirtiéndolas en oportunidades de mejora para los servicios

La franqueza en la comunicación (6) es la dimensión más débil, el porcentaje de positividad encontrada en sus ítems a si lo demuestra, existen muchas oportunidades en el desarrollo de la comunicación de aquellas acciones que se alejan de las guías. Los prestadores generalmente no expresan sus apreciaciones acerca de lo que piensan que se ha hecho de forma incorrecta con el paciente, pero tampoco preguntan sobre ello y mucho menos cuestionan estas acciones si provienen del jefe. Ya hemos visto anteriormente que aprecian la actitud del jefe ante la seguridad del paciente, pero si



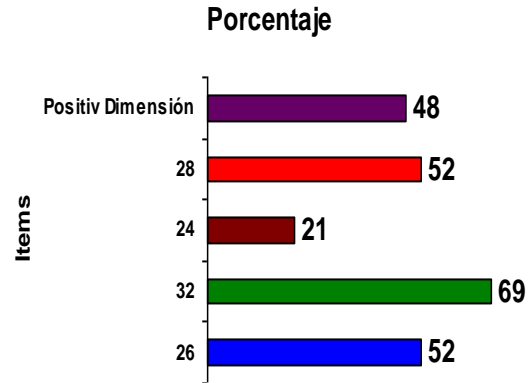
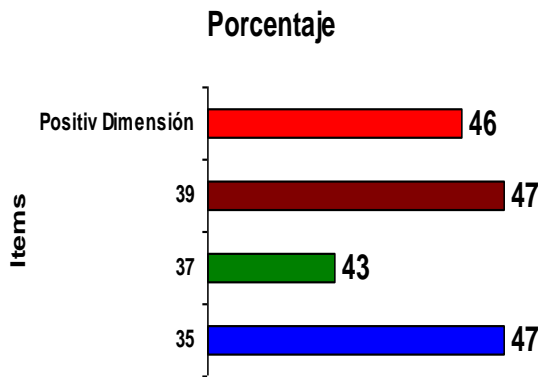
“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”
 Multidisciplinario
 10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México
 ISBN: 978-607-95635

observan algo errado en su proceder temen hacer preguntas sobre ello, esta situación es un elemento de base cultural que necesita desarrollo. Si la meta es incrementar la seguridad, tenemos grandes oportunidades de lograrlo si se incrementa la franqueza en la comunicación del colectivo.

Gráfico 2 Dimensiones con debilidades (oportunidades de mejora)

Dimensión 6 “Franqueza en la comunicación”.

Dimensión 11 “Trabajo en equipo entre diferentes servicios del hospital”



Un elemento clave que muestra cultura de seguridad del paciente es el análisis colectivo de las acciones que pudieron o condujeron a un error en los procesos, estas acciones pueden ser desde simple incidentes hasta errores de mayor magnitud, la presentación individual de su ocurrencia es la mayor muestra cultural que puede ofrecer un prestador, pero también puede ser la oportuna sugerencia de aquel que observó la acción, muchas veces el trabajador no se da cuenta del hecho y algún integrante del equipo puede alertarle. La explicación oral de las causales, de sus efectos y las formas de evitar que se repitan constituyen una ganancia no tangible para el colectivo.

Se propone a los colectivos trabajar de forma retrospectiva, analizando errores por todos conocidos que han ocurridos en el pasado, descomponiendo el error, utilizando métodos como el Análisis de Causas raíces. Periódicamente puede ser convocado algún miembro



“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”

Multidisciplinario

10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México

ISBN: 978-607-95635

del equipo a realizar una exposición buscando experiencias personales que puedan ser transmitidas al resto de los compañeros.

Una debilidad manifiesta en el desarrollo de la cultura de seguridad del paciente, en el proceso estudiado, es la interrelación de los diferentes equipos de trabajos, (dimensión 11 con 48 % de positividad) aquí se presenta el ítem de más bajo porcentaje recibido: coordinación de los trabajos entre equipos diferentes.

El desarrollo actual de los procesos de atención sanitaria conllevan cada vez más a la especialización de sus fases y el uso de medios diagnósticos basados en tecnologías cada vez más complejas, todo ello forma una red en cuyo centro se encuentra el paciente y su equipo de atención directa, cuando un componente de esta red falla, se retrasa, no colabora según las guías, se producen cadenas de errores que incluso pueden llegar a la muerte del paciente. En las urgencias cardiológicas se necesita de una excelente coordinación entre equipos diferentes. Los trabajadores encuestados perciben problemas en esta coordinación. Esto pudiera ser fuente de otras investigaciones, donde concretamente se busquen las principales fallas de la red. La confiabilidad del instrumento en esta dimensión no fue muy alta, pues observamos contradicción en las repuestas dadas por los encuestados, pensamos que los constructos coordinación y cooperación no llevaron a una interpretación similar de los trabajadores.

El tratamiento punitivo dado en el pasado a errores manifiestos en el servicio, o en otros servicios pudiera ser el elemento fundamental que han hecho prevalecer este negativo aspecto cultural de seguridad en los prestadores (dimensión 8 con 49 %), la valoración punitiva que se ha hecho de ellos (con todas sus consecuencias) ha provocado que los trabajadores perciban que sí socializan sus experiencias negativas estarán sujetos a valoraciones externas que le perjudiquen en su desarrollo profesional, es decir, piensan que el beneficio que puede reportar para el colectivo puede convertirse en daños para sí mismo. La falacia de la infalibilidad del personal médico percibido por los pacientes y por la sociedad en general es una punta de lanza constante contra esta dimensión. Sólo con la práctica los líderes de la institución en sus diferentes niveles, demostrando con ejemplos lo no punitivo del tratamiento de los errores socializados por sus trabajadores,



“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”

Multidisciplinario

10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México

ISBN: 978-607-95635

estimulando a su análisis cotidiano, podrán hacer que se vayan alcanzando cambios que superen el escepticismo que provoca tan negativo aspecto.

La carga de trabajo que generan las urgencias cardiológicas y su consiguiente tensión hacen que los trabajadores perciban una dotación inadecuada de las fuerzas en los procesos (Dimensión 9 con un 52 %). En todas las fases que fueron analizadas la proporción de las fuerzas están en correspondencia con niveles nacionales e internacionales de este tipo de servicio, con la característica adicional que nuestro centro cuenta con la formación de residentes que son también una fuerza a tener en cuenta desde el punto de vista de la dotación. En algunos países de economía de mercado el número de residentes disminuyen proporcionalmente el uso de personal de enfermería abaratando los costos, esto no sucede en Cuba. De todas formas en los ítems de esta dimensión la rapidez, la prisa, aspectos inherentes a la urgencia, se perciben como aspectos que contrarrestan la seguridad del paciente.

En los procesos de atención a las urgencias cardiológicas coexisten aspectos (que deberían ser estudiados profundamente) que son percibidos por los prestadores como riesgos de provocar incidentes y errores (dimensión 2 Percepción general de seguridad del paciente 54 %) , esta es la forma del autor de comprender el abrumador 61 % de trabajadores que aprueban el planteamiento: “No se producen más fallos por casualidad”, y el 40 % que aprueba “En este servicio hay problemas con la seguridad del paciente”, el uso de métodos para determinar riesgos como el Análisis de causas raíces puede contribuir a determinar cuales son esos riesgos y entonces diseñar e implantar estrategias para eliminarlos o minimizarlos.

Los procesos de atención sanitaria son continuos, los pacientes con urgencias cardiológicas, necesitan en todas sus fases un seguimiento ininterrumpido de su estado de salud, el inevitable relevo de las fuerzas, los cambios de turnos deben ser capaz de mantener el mismo nivel de servicio requerido, este comportamiento cultural organizativo no está arraigado en los servicios, así lo perciben un por ciento considerable de prestadores, problemas con el correcto uso de la Historia clínica, los complementarios, las pruebas radiológicas, que quedan en proceso, el cumplimiento inadecuado del



“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”

Multidisciplinario

10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México

ISBN: 978-607-95635

tratamiento medicamentoso, parecen ser esgrimidos en los encuestados para colocar a la dimensión 12 “Problemas de cambios de turnos intra y entre servicios” (55 %), estos elementos de índole organizativos son parte de la cultura de seguridad del paciente que se requiere en la institución, modificarlos entre todos es una oportunidad para su desarrollo.

En cuanto a la “Retroalimentación y comunicación de los errores” (dimensión 7 con 56 %) es muy importante tener en cuenta la coincidencia de los prestadores en cuanto a la discusión de los errores (aunque contradictoria con la no libertad de expresión enunciada en otra dimensión), pero muy pobre la percepción de respuestas ante el planteamiento de actuaciones para corregirlas, contradice también esto con las expectativas de las acciones del jefe. Es muy importante la discusión como elemento que lleve al análisis y la profundización del error, y la consiguiente experiencia socializada para que no vuelva a ocurrir, pero si el incidente necesita de una respuesta institucional y esta no se realiza en el tiempo y forma solicitada provoca frustraciones, y retrocesos en el incremento de la seguridad, los prestadores no perciben que sus alertas son tenidas en cuenta y sencillamente no la repiten, deformando valores más que formándolos. Cada incidente, cada posible error evitado, que lleve una respuesta, debe ser respondido. Si no es posible eliminar sus causas, deben entre todos buscar barreras para minimizar sus efectos.

Un 59 % de los prestadores de salud encuestados tienen la percepción de que la dirección a nivel de hospital, favorece de forma general la seguridad del paciente, (dimensión 10) pero hay 40 % de ellos que en todos los ítems establemente manifiestan una opinión contraria. La existencia de programas dirigidos al incremento de la seguridad del paciente a través de la prevención, como Lavado de manos y Cirugía segura, son acciones concretas en materia de seguridad liderados por la dirección del hospital, estos pueden ser ejemplos que contribuyen a la fuente de la positividad, el no aplicarlos y promoverlos en todas las áreas por los jefes intermedios pudieran estar las causas de la negatividad de algunos de los prestadores en esta dimensión.



“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”

Multidisciplinario

10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México

ISBN: 978-607-95635

De esta forma quedan abordadas las fortalezas y debilidades de la cultura de seguridad del paciente en los procesos de atención a las urgencias cardiológicas, trabajar sobre ella, realizar estudios más profundo en cada una de sus dimensiones pueden conducir a incrementos considerables de los niveles de seguridad del paciente que tanto necesitan los pacientes y que tan noblemente reaccionan antes sus lagunas.

Conclusiones:

1. Los prestadores que atienden las urgencias cardiológicas en HGAL tienen fortalezas culturales en materia de seguridad del paciente que pueden seguir desarrollándose y son vías ya logradas para el incremento de esta.
2. Todas las debilidades encontradas en la cultura de seguridad del paciente pueden ser convertidas en oportunidades de mejora, pero necesitan una atención especial las dimensiones: Respuesta no punitiva a los errores, el trabajo en equipo entre unidades y servicios del hospital y la franqueza en la comunicación dentro los prestadores de los procesos.
3. El desarrollo de la cultura de seguridad del paciente es imprescindible para aumentar la calidad del servicio en las urgencias y emergencias médicas.

Bibliografía:

1. The World Alliance for Patient Safety Drafting Sherman, H and et al. Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework. Int J Qual Health Care 2009 21: 2-8 Disponible en:[<http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/publications/en/index.html> Consultado en: [20 Julio 2013]
2. Aspden P., Corrigan J. M., Wolcott J. and Erickson Patient Safety: Achieving a New Standard for Care. Institute of Medicine, Committee on Data Standards for Patient Safety. National Academy Press, Washington, D.C., 2004, 550p
3. National Quality Forum. Safe Practices for Better Healthcare: 2006 Update. National Quality Forum. Washington, DC: National Quality Forum; 2007. Disponible en:[http://www.qualityforum.org/Publications/2007/03/Safe_Practices_for_Better_Healthcare-2006_Update.aspx] Consultado:[11 Mayo 2013].
4. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA), Sistema Nacional de Salud (NHS). La seguridad del paciente en 7 pasos; 2005. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp5.pdf] Consultado:[11 Mayo 2013].



“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”

Multidisciplinario

10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México

ISBN: 978-607-95635

5. Construcción y Validación de Indicadores de buenas prácticas sobre Seguridad del Paciente. 2008. Disponible en:[[http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente .pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf)] Consultado:[11 Mayo 2013].
6. Sorra J, Famolaro T, Dyer N, Khanna K, Nelson D. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2011 user comparative database report (AHRQ Publication No. 11-0030). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2011.. Disponible en: [<https://www.patientsafetygroup.org/program/media/hospsurv111.pdf>] Consultado en:[7 Julio 2013]
7. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ Publication No. 04-0041). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; September 2004. Disponible en: [<http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospcult.pdf>] Consultado en: [7 Julio 2013]
8. Wald H, Shojania KG. Root Cause Analysis, Cp. 5. En: Shojania KG, Duncan B, McDonald K, Watcher R, editors. Making ealth Care Safer: a critical analysis of patient safety practices. Evidence Report/Technology Assessment N.º 43, Agency for Healhtcare Research and Quality 2001. Consultado 4 de Julio 2013. Disponible en: <http://www.ahcpr.gov/clinic/ptsafety/chp5.htm>.
9. Saturno PJ and et al. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud Español. Med Clin Monogr (Barc). 2008;131(Supl 3):18-25