

Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente

A current description of the patient safety culture

Uma olhada atual da cultura da segurança do paciente

OLGA JANNETH GÓMEZ RAMÍREZ*, AMPARO SOTO GÁMEZ**, ALEJANDRA ARENAS GUTIÉRREZ***, JENNIFER GARZÓN SALAMANCA****, ADRIANA GONZÁLEZ VEGA*****, ÉRIKA MATEUS GALEANO*****

Resumen

La seguridad del paciente es un tema vigente y de obligatoria documentación para todos los trabajadores del área de la salud. Este asunto se documentó a partir del año 2000 con la publicación del libro *Errar es humano*, del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América, con el cual se produjo un profundo impacto mundial, pues concluyó que cada año ocurren entre 44.000 y 98.000 muertes como resultado de los errores en los procesos de atención en los hospitales de Norteamérica. Es por esto que la investigación actual examina tanto el conocimiento como la aplicación de los conceptos relacionados con la seguridad del paciente, determinando con particular interés las actitudes y percepciones de los trabajadores de la salud, que en últimas constituye la cultura de seguridad del paciente como determinante para una atención segura. Esta revisión del estado del arte analiza estudios previos en el ámbito de la cultura de seguridad del paciente y presenta las conclusiones y recomendaciones que a este respecto se pueden hacer.

Palabras clave: cultura, seguridad, paciente, percepción, enfermería (Fuente: DeCS-Bireme).

Abstract

Patient safety is a current topic and one that every health sector worker should always know. This issue has been documented since the year 2000, with the publishing of the book "To err is human", of the American National Academy of Sciences' Institute of Medicine. This book had a profound impact worldwide, as it arrived at the conclusion that each year, between 44.000 and 98.000 deaths can be blamed to errors in the caring processes in North American hospitals. This is why current research examines not only the knowledge of the concepts related to the safety of patients, but also its applications. This concludes in great detail the attitudes and perceptions of the health sector workers that, in the end, establishes the patient safety culture as a determining factor for a safe care. This state of the art analyses goes over previous studies made in the domain of patient safety culture and presents its conclusions and recommendations to what can be done about it.

Keywords: culture, safety, patient care, perception, nursing.

Resumo

A segurança do paciente é um tema vigente e de conhecimento obrigatória para todos os trabalhadores da área da saúde. Este tema foi documentado a partir do ano 2000, com a publicação do livro *Errar es humano*, do Instituto de Medi-

* Candidata a Doctora en Enfermería, Magíster en Enfermería. Profesora Facultad de Enfermería. olguitago@gmail.com. Bogotá, Colombia.

** Coordinadora Servicio de Enfermería, ESE Hospital Simón Bolívar. Especialista en Gerencia en Salud. amparosotogamez@hotmail.com, Bogotá, Colombia

*** Enfermera, hospital Reina Sofía de España, wealargu@hotmail.com, Lérida, Colombia.

**** Enfermera, Centro de Formación Técnica CENCAdent. jgs8901@yahoo.es, Bogotá, Colombia.

***** Enfermera, Fundación Apoyar, adr991@yahoo.es, Bogotá, Colombia.

***** Enfermera, Fundación Neumológica Colombiana, erikamateus19@yahoo.com, Bogotá, Colombia.

cina da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos da América, o que produz um impacto mundial profundo visto que concluiu que anualmente sobrevivem entre 44.000 e 98.000 mortes por causa de erros no processo de atenção nos hospitais de América do Norte. Por isso, a pesquisa atual examina tanto o conhecimento quanto a aplicação dos conceitos relacionados à segurança do paciente, determinando particularmente as atitudes e percepções dos trabalhadores da saúde, o que constitui a cultura de segurança do paciente como elemento determinante para uma atenção segura. Esta revisão do estado da arte analisa estudos prévios feitos no âmbito da cultura da segurança do paciente e fornece conclusões e recomendações que podem ser feitas sobre estes temas.

Palavras chave: cultura, segurança, assistência ao paciente, percepção, enfermagem.

INTRODUCCIÓN

La cultura de seguridad del paciente es un lineamiento fundamental que influye en la calidad de la atención, y se ha constituido progresivamente en un asunto de interés general en el área de la salud. Es así como se evidencia la necesidad de presentar el resultado de un proceso juicioso de crítica del estado del arte y nivel de evidencia de 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.

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 (1).

MARCO TEÓRICO

La seguridad del paciente se define como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos durante el proceso de atención en salud. Incluye todas las acciones, elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías soportados con la evidencia científica, que se

realizan con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la prestación de un servicio de salud y minimizar los posibles daños, haciendo que el ejercicio del cuidado cumpla con altos estándares de seguridad (1). Según la OMS la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema, en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, seguridad del entorno y la gestión del riesgo (2).

En la práctica de enfermería, este concepto está implícito en el acto de cuidado porque hace referencia a los fundamentos de la profesión entendida como “una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado” (3). Enfermería siempre ha demostrado habilidad y compromiso con la seguridad del paciente, desde que Florence Nightingale, la precursora de esta ciencia, afirmó que “las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados...” (4). Aun así, las iniciativas relacionadas con la seguridad del paciente han encontrado dificultades en su proceso de implementación pues el término “seguridad del paciente”, aunque cada vez es más utilizado, adopta diferentes significados entre los profesionales de la salud y las revisiones de estos conceptos en la práctica son todavía dispersas.

En el ámbito internacional este tema es liderado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ha estimulado a los países a que “presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente, se establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria” (5). Además se ha encargado de proponer y socializar lineamientos de cuidado, principalmente a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que comenzó a funcionar en octubre de 2004 (6), como un método para generar interacciones e intercambio de conocimientos entre los países miembros, que les permitan facilitar el desarrollo de nuevas estrategias y políticas que generen una disminución en las estadísticas de eventos adversos derivados de la atención en salud globalmente, debido a que “la falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo” (7).

En Colombia, el término cultura de seguridad del paciente abarca tanto el conocimiento como la puesta en marcha de iniciativas que respondan a los lineamientos de seguridad del paciente vigentes, que tienen origen en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). Según el Ministerio de la Protección Social de Colombia, constituye el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente, las cuales deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre ellos, los profesionales y la comunidad (8).

El Proyecto Ibeas fue el resultado de la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Entre los resultados relacionados con la cultura de seguridad del paciente se resalta la necesidad de reforzar la cultura de la notificación de los sucesos adversos y el clima de la seguridad del paciente (9). Estos resultados sugieren que en las instituciones se trabaje por la reflexión interpersonal acerca de la calidad de los servicios asistenciales, así como el establecimiento de redes de trabajo que permitan el intercambio de experiencias y trabajos posteriores.

Así mismo se destacan los resultados del estudio realizado por Sammer *et al.* (10) que indica la existencia de siete subculturas de comportamiento profesional que aportan al entendimiento de la cultura de seguridad del paciente: liderazgo, trabajo en equipo, práctica basada en evidencia (EBP), comunicación, actitud de aprendizaje, justicia y práctica centrada en el paciente. Las autoras llaman la atención de considerar la cultura de seguridad como un fenómeno complejo que en el ejercicio profesional cotidiano no es fácil de operacionalizar, que debe estudiarse continuamente dentro de las organizaciones y sistemas de salud a escala mundial.

MÉTODO

Estrategias de búsqueda

Durante el segundo semestre de 2009 se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de artículos científicos publicados entre 2000 y 2009 y referenciados en las bases de datos médicas Cochrane, Library, Medline, EBSCO, PubMed, DYNAMED, Global Health, EBMR, Micromedex, OVID y

Nursing@Ovid bajo los términos MeSh: cultura de seguridad del paciente, seguridad del paciente, patient safety, safety culture.

Criterios de inclusión

Tipos de estudios: se seleccionaron estudios realizados entre 2000 y 2009, sin importar el idioma o el país de origen, que expusieran de manera clara el instrumento validado utilizado para reportar y analizar los datos, así como los resultados obtenidos que debían relacionarse con las creencias y actitudes que surgen a partir del desarrollo investigativo y la práctica diaria en el ámbito de la cultura de seguridad del paciente. El mínimo nivel de evidencia que aceptamos para incluir en este estudio fue 5 (Relato de casos con datos obtenidos de forma sistemática, de cualidad verificable o datos de evaluación de programas) según la clasificación de Agency for Healthcare Research and Quality (AQRH) (11).

Tipos de participantes: profesionales del área de la salud, instituciones hospitalarias y pacientes.

Tipos de intervenciones: encuestas de opinión, cuestionarios, revisión de historias clínicas u otros registros y observación directa.

Tipos de medidas de resultado: sobre alguna o varias de las siguientes variables relacionadas con la seguridad del paciente: estrategias, indicadores, actitudes, conductas y percepciones. Dichos resultados corresponden al periodo posterior inmediato a las intervenciones y no se han incorporado medidas correspondientes a periodos de seguimiento más extensos, debido a que las medidas a medio y largo plazo no eran homogéneas en el conjunto de los estudios.

Definición del problema

¿Cuál es la cultura de seguridad del paciente de los trabajadores del área de la salud, referida por la literatura científica disponible actualmente?

DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

En el periodo definido se seleccionaron 12 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión y contribuyen a responder la pregunta del problema que se definió inicialmente en esta búsqueda.

Métodos de revisión: en la tabla 1 se presentan sus principales características, de acuerdo con el modelo de síntesis propuesto por Schultz (12), a través del cual se realizó la revisión sistemática de cada uno de ellos.

Tabla 1. Descripción de estudios seleccionados para la revisión sistemática.

Referencia	Datos significativos del tipo de estudio	Métodos	Resultados significativos	Evidencia (AQRH)
Hernández <i>et al.</i> Seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis peritoneal. Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. 2008; 11(3):190-195 (13).	Se evalúa la percepción de la seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis peritoneal, determinando la importancia que tiene la comunicación e información del personal sanitario, sobre esa percepción. Se usó una encuesta de opinión sobre seguridad clínica que consta de 8 ítems, con tres opciones de respuesta, en los que se aborda la percepción de los errores en la asistencia sanitaria, la información y la comunicación entre el personal sanitario y el paciente. En la elaboración participó el gabinete de calidad de la Fundación Hospital Alcorcón.	Descriptivo comparativo con abordaje transversal.	Al 71% de los pacientes les preocupa “mucho” sufrir errores en la atención, al 15,7% “poco” y al 13,1% “nada”. Todos los pacientes que habían sufrido un efecto indeseado o adverso como consecuencia de la asistencia recibida, manifestaron estar muy preocupados por sufrir un error médico, junto a quienes manifestaron no haber podido hablar con intimidad con el personal sanitario en todas las ocasiones que lo hubieran deseado; no habían podido preguntar todas sus dudas con detalle al médico o a la enfermera, no habían recibido información detallada de las pruebas que les iban a realizar y no habían recibido información de los efectos del tratamiento y precauciones del mismo.	4
Hellings <i>et al.</i> Challenging patient safety culture: survey results (Cambiando la cultura de la seguridad del paciente: resultados de la encuesta). International Journal of Health Care Quality Assurance. 2007; 20(7):620-632 (14).	Los autores distribuyeron el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) en cinco hospitales belgas, al cual se le realizó una completa validación para el contexto particular, y presentan la evaluación en diez dimensiones de la cultura de seguridad.	Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal	Los resultados más bajos vistos negativamente se encontraron en las dimensiones: El hospital ofrece apoyo a la gestión de la seguridad del paciente (35%), No respuesta punitiva a un error (36%), Hay suficiente personal para enfrentar la carga de trabajo (38%). Los elementos que reciben los más bajos resultados fueron: La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren desde una unidad a otra (24%), Cuando se comete un error el personal teme que eso quede en su expediente (26%), Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas, demasiado deprisa (28%), La gerencia del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (28%). El tema que recibe la máxima puntuación positiva es “cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos todos como equipo para terminarlo”: 74%.	4
Pires <i>et al.</i> Indicators of healthcare results: analysis of adverse events during hospital stays. São Paulo, Brazil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008 Aug; 16(4). (15).	Los autores buscaron determinar las situaciones adversas que acontecieron con pacientes adultos durante la hospitalización, con relación a la naturaleza, tipo, día en que sucedió y la relación trabajador/paciente cuando ocurrió esta situación, y verificaron las intervenciones realizadas por los enfermeros calculando las tasas para los casos ocurridos. Se usó la “Ficha para situaciones adversas” y además los enfermeros de la Comisión de Calidad del Hospital recolectaron todas las informaciones necesarias para el cálculo de tasas.	Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal	El mayor número de registro por eventos adversos se produjo con pacientes hospitalizados en la UCI (44,9%), seguido de los servicios de hospitalización (33,2%) y servicios de emergencias (21,8%). El grupo etario que más sufrió eventos adversos fueron pacientes con edades superiores a 61 años (77,7%). Distribución de los profesionales por paciente: los accidentes ocurrieron cuando la proporción paciente/trabajador fue de 1:2 en la UCI, 3:1 en servicios de emergencias y 4:1 en servicio de hospitalización.	4

<p>Singer <i>et al.</i> The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. (La cultura de la seguridad: resultado de una encuesta en 15 hospitales de California). Qual. Saf. Health Care. 2003; 12:112–118 (16).</p>	<p>El objetivo del estudio es comprender las actitudes fundamentales hacia la cultura de la seguridad del paciente y cómo ellas varían según el hospital, el tipo de tarea y el estado clínico. El instrumento fue construido por Stanford/PSCI, y adaptado a partir de cinco encuestas con la debida autorización (cuestionario de actitudes o de gestión, encuesta del entorno de trabajo del área de anestesia, herramienta de evaluación del comando naval, cuestionario de gestión de riesgos, seguridad y orientación en los servicios médicos). Se refieren a 16 temas importantes para la cultura de seguridad.</p>	<p>Estudio descriptivo, con abordaje transversal</p>	<p>En los cuestionamientos de la actitud personal las respuestas fueron más “neutrales” que en las preguntas acerca de los compañeros de trabajo. El 77% de los encuestados indicaron la falta de estímulos laborales y el temor a la identificación y al castigo por cometer errores. Aproximadamente un 33% de los encuestados dijeron que no fueron estimulados positivamente por haber tomado medidas rápidas para prevenir un grave error, y el 28% creyó ser disciplinado y honesto en caso de ser descubierto en un error. Los encuestados también consideraron la presión en la atención de los pacientes, señalando una pequeña pero apreciable incidencia de actos inseguros. Más del 39% informaron que habían sido testigos de que un compañero de trabajo parecía hacer algo inseguro (en su opinión), y el 8% admitió que en el último año ha hecho algo que no era seguro para el paciente.</p>	<p>4</p>
<p>Markirit <i>et al.</i> Survey of nursing perceptions of medication administration practices, perceived sources of errors and reporting behaviours (Encuesta de percepción de enfermería sobre las prácticas de administración de medicación, las fuentes de error percibidas y los comportamientos reportados). Healthcare Quarterly. 2008; 11 (Special Issue) (17).</p>	<p>El propósito del estudio es describir la percepción en enfermería de las prácticas de administración de medicación, el reporte de errores y fuentes de errores en la medicación. Además busca describir las relaciones entre las percepciones de los enfermeros y los años de experiencia en las unidades de cuidados de pacientes donde ellos trabajan. Se hizo una adaptación de la encuesta acerca de la administración de la medicación (<i>medication administration survey</i>) realizada por Sim y Joiner en 2002.</p>	<p>Estudio descriptivo exploratorio</p>	<p>La fuente de error percibida con más frecuencia fue la transcripción. En segundo lugar, la legibilidad de las prescripciones manuscritas. Los resultados no muestran diferencias significativas en las prácticas de seguridad en medicación y en las percepciones del error según los años de experiencia. Los enfermeros se adaptan a la cultura de la seguridad en los primeros cinco años de trabajo en la unidad. El desarrollo de iniciativas para promover prácticas seguras de la administración de medicación incluye el desarrollo de guías para la administración de medicamentos, la revisión de políticas y procedimientos, la estandarización de soluciones, la limitación de los riesgos en las dosis de los medicamentos y la reducción de las órdenes manuscritas.</p>	<p>4</p>
<p>Ministerio de Sanidad y Consumo. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español; 2008. Madrid (18).</p>	<p>Objetivo del estudio: aplicar la herramienta adaptada y validada, para la medición de las actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Encuesta original: Patient safety culture survey, de la AHRQ de Estados Unidos y describir la frecuencia de actitudes y comportamientos favorables relacionados con la seguridad del paciente en los profesionales sanitarios del nivel hospitalario. Se analizan los factores sociodemográficos y laborales que están relacionados.</p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>Más del 90% de los que respondieron tiene contacto directo con los pacientes en su trabajo. El 50% de los profesionales calificaron la seguridad en su servicio con una nota entre 6 y 8. <i>Número de eventos notificados.</i> La gran mayoría de los encuestados (77,8%) no ha notificado ningún evento relacionado con la seguridad del paciente en el último año. El 95% contesta haber notificado menos de dos. La información obtenida en cuanto a ítems específicos señala como fortalezas solo dos de los 42 ítems que indaga el cuestionario: “El personal se apoya mutuamente” (78,2% de respuestas positivas) y “Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente, se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo” (76,8% de respuestas positivas). En relación con las debilidades, se centran sobre todo y por este orden en las dimensiones “Dotación de personal”, “Trabajo en equipo entre unidades o servicios”, “Percepción de seguridad” y “Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente” (acumulan más del 50% de todas las respuestas con carácter negativo). Las oportunidades de mejora que se perciben tienen que ver con la dotación de personal y el ritmo de trabajo que pueden afectar a la seguridad del paciente, con la necesidad de una actitud más proactiva por parte de la gerencia, y la necesidad de mejorar la coordinación entre unidades y servicios.</p>	<p>4</p>

<p>Baracaldo <i>et al.</i> Detección de errores de medicación en la administración de medicamentos. Revista Colombiana de Ciencias Químico-Farmacéuticas. 2000; 9:26-33 (19).</p>	<p>Los autores buscaron determinar la frecuencia y proponer correctivos para disminuir la incidencia de los errores de medicación en un hospital pediátrico, mediante observación directa y reportes anónimos de errores cometidos en la medicación.</p>	<p>Estudio observacional, de detección de errores de medicación</p>	<p>El error que mayor número de veces se presentó en la administración de medicamentos fue la hora errónea o frecuencia diferente a la prescrita (489 veces), seguido de dosis o medicamentos omitidos (125 casos), medicamento administrado sin prescripción médica (87 casos) y por último administración de dosis errónea (10 veces, 1,4%). El turno de enfermería donde más se presentaron errores fue en la noche con 283 veces, el segundo la tarde con 229 casos y el turno de la mañana 199 casos (27,98%). En las encuestas anónimas se encontró que el error que se presenta con mayor frecuencia es la hora de administración (20,29%), seguido de velocidad de infusión errónea (13,77%), paciente y preparación erróneos (10,15%), medicamento (7,97%), forma farmacéutica errónea (6,52%), vía de administración errónea (5,07%), omisión de dosis (0,72%), y ninguno (8,7%).</p>	<p>5</p>
<p>Bohomol <i>et al.</i> Percepciones acerca de los errores de medicación: análisis de respuestas del grupo de enfermería. Revista Latino-am Enfermagem. 2006 nov-dez; 14(6) (20).</p>	<p>El objetivo fue verificar junto con el equipo de enfermería en qué consiste un error de medicación, su necesidad de notificación y llenado del informe de ocurrencias adversas, así como comparar las respuestas de los enfermeros con las respuestas de los técnicos y auxiliares de enfermería sobre lo que se entiende como error en la medicación y las conductas a poner en práctica. Todo esto con base en tres situaciones hipotéticas. Se adaptó el instrumento de un estudio norteamericano.</p>	<p>Diseño descriptivo, exploratorio</p>	<p>Se presentan los resultados de dos escenarios únicamente, que se relacionan con el objeto de esta revisión. Escenario 1: "A un paciente no se le administra su dosis oral de ampicilina al medio día, porque él estaba realizando un examen de rayos X durante 3 horas". Los dos grupos entendieron que la situación representada no evidencia un error de medicación (84,9% y 65,2%, respectivamente). Las opiniones estuvieron prácticamente divididas con relación a la necesidad de notificar al médico este evento así como al llenado del informe de ocurrencias. Escenario 2: "Un paciente fue admitido en el servicio, con asma, a las 4 horas de la mañana del día 25/12/01, con prescripción de inhalación cada 4 horas. Era Navidad y enfermería no administró la dosis de las 4 de la tarde porque el paciente estaba durmiendo". No presentó diferencias significativas en las respuestas. Los profesionales se encuentran divididos con relación a entender si hubo un error de medicación (50,0% grupo I y 63% grupo II) así como si había la necesidad de llenar el informe de ocurrencias. La notificación al médico, según las respuestas, era necesaria.</p>	<p>4</p>
<p>Gimenes <i>et al.</i> Prescripción informatizada como factor contribuyente para la seguridad de los pacientes hospitalizados. Pharmacy pract. 2006 ene-mar; 4(1):13-17 (21).</p>	<p>El estudio se realizó para identificar factores relacionados con los errores de medicación en las recetas informatizadas e identificar sus ventajas y desventajas según la percepción de los médicos, enfermeras y personal administrativo.</p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>La aparición de abreviaturas se dio en el servicio de medicina general en el 21%, en cirugía 28,5% y en ortopedia 38%. Estos problemas pueden generar dudas en los profesionales que preparan y administran medicamentos. De las 1.349 recetas, el 25,0% presentaba medicamentos escritos manualmente y la mayor parte de esa información no era legible. Al analizar la información sobre la vía de administración y frecuencia, 231 (17,1%) de las prescripciones no contenían ninguna información. Algunas de las desventajas informadas por los profesionales son: repetición de prescripciones correspondientes al día anterior sin revisión por parte del médico, error de digitación, dependencia del sistema electrónico/posibilidad de fallo, alteraciones manuales, informaciones confusas, pérdida de dinamismo en emergencias, dificultad de aumentar nuevas informaciones y costo elevado.</p>	<p>4</p>

<p>Ortiz <i>et al.</i> La cultura de la seguridad. En: Salud Investigativa, 1ª edición. Buenos Aires: Comité de Calidad, Hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca, Instituto de Investigaciones; 2007 (22).</p>	<p>El objetivo es describir el clima de seguridad percibido por el equipo de salud en un hospital privado de Bahía Blanca (Argentina). El instrumento que se utilizó fue desarrollado por Bryan Sexton y Robert Helmreich de University of Texas; se realizó una traducción y adaptación a cargo del equipo de investigadores y consta de 19 ítems vinculados a la opinión y percepción del personal acerca de la seguridad y manejo de errores que ocurren durante la atención de pacientes en la institución.</p>	<p>Estudio descriptivo, transversal</p>	<p>Un 37% de los encuestados presentó una percepción positiva del clima de seguridad. Entre los ítems con una percepción menos favorable (desacuerdo mayor del 20%) se destacan: “Mis sugerencias sobre cómo disminuir los riesgos en la atención de los pacientes serían tomadas en cuenta si las comunico a las autoridades de la institución”, “Las decisiones de la dirección hospitalaria no ponen en riesgo la seguridad de los pacientes en función de la productividad”, “Conozco los mecanismos para notificar aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes en mi institución”, “Esta institución está haciendo ahora más por la seguridad de los pacientes que hace un año”. Por el contrario, entre los que presentaron un porcentaje de acuerdo mayor del 20% están: “El personal de mi área trabaja con absoluta responsabilidad y compromiso para resguardar la seguridad de los pacientes”, “Elegiría este lugar para atenderme o para atender a algún familiar”.</p>	<p>4</p>
<p><i>et al.</i> Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact (Los eventos adversos en hospitales públicos de Nueva Zelanda: ocurrencia e impacto). Journal of the New Zealand Medical Association. 2002 Dec 13; 115:1167 (23).</p>	<p>Evaluar la ocurrencia y el impacto de eventos adversos en hospitales públicos de Nueva Zelanda a través de la revisión de historias clínicas, seleccionadas por muestreo sistemático de la lista de admisiones para 1998 en hospitales generales de agudos.</p>	<p>Descriptivo, retrospectivo</p>	<p>La proporción de los ingresos hospitalarios asociados a un evento adverso fue de 12,9% (tasa de incidencia 11,2%), de los cuales casi una quinta parte se había producido fuera de un hospital público (sobre todo en consultorios médicos, domicilio del paciente, casa de reposo, u hospital privado). La mayoría de los eventos adversos tuvieron menor incidencia en pacientes, con menos del 15% asociada a la incapacidad permanente o muerte.</p>	<p>4</p>
<p>Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Calidad de Servicios. Estudio Ibeas: prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica. República de Colombia. Ginebra: OMS; 2006, y la Organización Panamericana de la Salud y el soporte técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo (España) (24).</p>	<p>Analizaron la hipótesis de que los sucesos adversos pueden alcanzar al menos al 10% de los sujetos atendidos en el hospital, y que al menos un 40% de ellos pueden evitarse. Se usa el cuestionario “Guía para el cribado de efectos adversos”, adaptada del estudio de IDEA. Versión española del cuestionario modular para revisión de casos MRF2, modificado tras la experiencia del estudio ENEAS. El formulario consta de 5 módulos.</p>	<p>Estudio observacional de tipo transversal</p>	<p>Las variables asociadas a la presencia de un evento adverso son: el servicio donde está ubicado (menor riesgo en servicios médicos), la complejidad del hospital donde es atendido, si ha ingresado de forma urgente, el tiempo que lleve hospitalizado y si presenta factores de riesgo extrínsecos (vías de entrada) o comorbilidad. Los eventos adversos (EA) detectados estaban relacionados con los cuidados en un 16,24%, con el uso de la medicación en un 9,87%, con la infección nosocomial en un 35,99%, con algún procedimiento en un 26,75% y con el diagnóstico en un 5,10%. Los 5 EA más frecuentes fueron las úlceras por presión (8,92%), las infecciones de herida quirúrgica (7,96%), las neumonías nosocomiales (6,37%), sepsis o bacteriemia (6,37%) y las flebitis (5,73%), acumulando un total del 35,4% de los EA identificados. Lo destacado de este estudio fue la inclusión de la seguridad del paciente en la agenda política de los países participantes, incluso antes de conocer los resultados.</p>	<p>4</p>

Calidad metodológica

Los estudios seleccionados evidencian bajo riesgo para los participantes e investigadores, y utilizaron instrumentos validados para el ámbito en que se desarrollaron, expresaron los resultados sistemáticamente a través de estadística descriptiva en tablas, barras y porcentajes, de modo que la información suministrada es comparable, clara y precisa, lo que permitió realizar la revisión de la respuesta a los objetivos planteados para el presente

trabajo; sin embargo, los autores no especifican las condiciones de validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados, lo cual afecta la posibilidad de realizar una crítica más profunda. Una fortaleza de estos estudios unidos es su representatividad, por el gran número de participantes incluidos, los países que abordan y el esfuerzo de los autores por hacer una comparación de los resultados con la literatura existente con el fin de enfocar el análisis con la situación mundial. La revisión biblio-

gráfica referida en estos estudios es bastante amplia, lo que llevó a los autores a realizar búsquedas secundarias para ampliar el tema. Además, en un gran número de artículos no se hace referencia al uso del consentimiento informado para responder la encuesta, aunque en todos se destaca el seguimiento de la regla de confidencialidad de la información obtenida como aspecto ético a resaltar. En cuanto a la selección de la muestra, los investigadores no especifican los criterios de exclusión ni aclaran el procedimiento de muestreo.

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 metaanálisis 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.

En general, los artículos analizados muestran que los trabajadores de la salud tienen una buena percepción de la seguridad del paciente en sus servicios, como lo demuestran los estudios del Ministerio de Sanidad y Consumo Español (18) y Ortiz et al. (22), que afirman que el trabajo en equipo es percibido positivamente, como un factor protector en cuanto a la incidencia de errores en la atención; sin embargo, se cree que la labor de la gerencia se centra en actuar cuando el error sucede y se presentan acciones punitivas en contra de un trabajador, y no, como se esperaría, haciendo las correcciones dentro de toda la situación desencadenante. Así lo reportan los siguientes estudios:

Challenging patient safety culture: survey results (14): un 74% de los trabajadores del área de la salud afirmaron que “cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos todos como equipo para terminarlo”, mientras que solo un 35% afirma que “el hospital brinda apoyo a la gestión de la seguridad del paciente”. Esta afirmación es particularmente interesante pues en los elementos positivos que se investigaron los aspectos que recibieron la menor puntuación fueron: “trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas, demasiado deprisa (28%)” y “la gerencia del hospital solo parece interesarse por la segu-

ridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente” (28%).

Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español: un 78,2% de los trabajadores del área de la salud afirmaron que “el personal se apoya mutuamente” y consecuentemente un 76,8% afirman que “cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente, se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo”. Otra vez en esta investigación se dan cargos negativos a la gerencia, pues los ítems con relación a las debilidades se centran en este orden en las dimensiones Dotación de personal, Trabajo en equipo entre unidades o servicios, Percepción de seguridad y Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente (acumulando más del 50% de todas las respuestas con resultado negativo) (18).

La cultura de la seguridad del Hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca: la afirmación “el personal de mi área trabaja con absoluta responsabilidad y compromiso para resguardar la seguridad de los pacientes” presentó uno de los mayores porcentajes de acuerdo, mientras que la afirmación “las decisiones de la dirección hospitalaria no ponen en riesgo la seguridad de los pacientes en función de la productividad” estuvo incluida entre los ítems que tuvieron una percepción menos favorable, junto a “conozco los mecanismos para notificar aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes en mi institución” (22).

Respecto de estas inconformidades con la actuación de la gerencia de los servicios de salud, en la revisión se encontraron diversas inconformidades: Hellings et al. (14) exponen que cuando se comete un error el personal teme que eso quede en su expediente y además trabaja bajo presión para realizar demasiadas cosas, demasiado deprisa como lo evidenciaron Pires et al. (15), quienes observaron que los accidentes ocurrieron cuando la proporción paciente/trabajador era 4:1 en un servicio de hospitalización, y también demuestran que a mayor complejidad, más edad del paciente y más carga laboral, ocurren más accidentes. Esto es consistente con los hallazgos de Singer et al. (16), a quienes muchos de los encuestados indicaron el temor a la identificación y al castigo por cometer errores pero adicionalmente dijeron que no fueron recompensados por haber tomado medidas rápidas para identificar un grave error.

En el ejercicio de la enfermería en el ámbito hospitalario se encontraron estudios que se relacionan específicamente con la seguridad del paciente respecto a la administración de medicamentos donde la fuente de error que se percibió con más frecuencia fue la transcripción y en segundo lugar la legibilidad de las prescripciones manuscritas, de acuerdo con lo reportado por Markirit et al. (17), conclusión que apoyan Giménez et al. (21) al afirmar que las prescripciones son ilegibles o incompletas pues se usan abreviaturas no universales, y no se escribe la información sobre la vía de administración y frecuencia.

Baracaldo et al. (19) especificaron en sus resultados que el personal de enfermería reporta que el error de mayor frecuencia es la hora de administración incorrecta, seguido de velocidad de infusión errónea, lo que se podría relacionar con la alta carga laboral que dificulta el cumplimiento estricto de los tiempos y la falta de especificidad de las prescripciones, que tiene que ver con la afirmación “el turno de enfermería donde más se presentaron errores fue en la noche”, pues es bien conocido que en este turno se dispone de menos personal. Por otra parte, los profesionales de enfermería reportaron que, ante casos hipotéticos de dificultades en la administración de medicamentos, se encuentran divididos en relación con entender si hubo un error de medicación o no, así como si había la necesidad de llenar el informe de ocurrencias, pues hace falta claridad en los parámetros de administración y especificidad para las tan comunes situaciones especiales de la hospitalización (20).

En cuanto a la percepción de la seguridad desde la óptica de los pacientes, en el estudio de Hernández et al. (13) se concluyó que al 71% de los pacientes “les preocupa mucho” sufrir errores en la atención, y todos los pacientes que habían sufrido un efecto indeseado o adverso como consecuencia de la asistencia recibida, manifestaron estar muy preocupados por sufrir un error médico, junto a quienes manifestaron no haber podido hablar con intimidad con el personal sanitario en todas las ocasiones que lo hubieran deseado, no habían podido preguntar todas sus dudas con detalle al médico o a la enfermera, no habían recibido información detallada de las pruebas que les iban a realizar y no habían recibido información de los efectos del tratamiento y precauciones del mismo. Lo que evidencia que la información y comunicación es el factor determinante en la percepción de la seguridad clínica 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 (25). 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. En Colombia, por ejemplo, tanto el tema de calidad como el de seguridad se consideran principalmente en el Decreto 1011 de 2006, artículo 2º, la Resolución 1443 de 2006, artículo 6º y la 1446 de 2006, artículo 1º (26).

Aunque efectivamente no hay un buen cúmulo de resultados de investigación publicados a escala nacional que representen un alto nivel de evidencia científica que permita la generalización de los hallazgos, la evidencia que se encontró puede ser analizada para su aplicación en planes de mejoramiento concretos en la práctica, pues los participantes y los entornos de los estudios incluidos son razonablemente similares a las percepciones en la atención sanitaria del contexto nacional. Esto se respalda por la claridad metodológica de los estudios abordados que permite su reproducción en otro contexto con un riesgo mínimo, pero cuyos resultados significarían un gran avance del conocimiento en esta área.

En cuanto a la pregunta que se planteó inicialmente, *¿cuál es la cultura de seguridad del paciente de los trabajadores del área de la salud, y qué perspectivas tienen ellos y los pacientes acerca de este asunto actualmente?*, se encontró como fortaleza el trabajo en equipo y la voluntad personal de llevar a cabo las tareas siguiendo el principio hipocrático *Primum non nocere*: primero no hacer daño. Sin embargo, los trabajadores de salud abordados en los estudios declaran una abierta inconformidad con las acciones punitivas que lleva a cabo la gerencia y que generalmente, se percibe, son dirigidas a la persona que específicamente se relacionó con la acción del error y no al contexto en general que favoreció que este se produjera. También se cree que la relación número de pacientes y número de profesio-

nales a cargo es desequilibrada por la asignación deficiente de personal, que, aunque esté bien capacitado, no puede atender con suficiencia servicios con alto flujo de pacientes o complejidad alta; este problema se atribuye a la dirección del hospital y se muestra como una causa importante de inconformidad laboral y un factor de riesgo para los errores en la atención. Estas afirmaciones son consistentes con las halladas en las investigaciones acerca de las percepciones específicas de la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería, quienes agregaron que la administración de medicamentos, que per se es un proceso que implica riesgos, se complica por los defectos de las prescripciones y el déficit en la estandarización de soluciones para casos particulares, por lo que, en algunos casos, en este grupo converge la visión de lo que es un error.

De acuerdo con lo anterior, las proyecciones que hacen los trabajadores de la salud acerca de la seguridad del paciente se relacionan principalmente con cambios en el contexto del ejercicio profesional (mejora en la distribución de recursos humanos y condiciones laborales adecuadas) desde la gerencia hospitalaria, mientras que los pacientes demandan información clara, oportuna y precisa de los tratamientos.

CONCLUSIONES

La cultura de seguridad del paciente es una temática de gran valor para el cuidado de la salud con un enfoque de calidad y excelencia; por lo tanto, es de vital importancia documentar su situación en el país y en el ámbito institucional consolidar las bases teóricas que propicien acciones para lograr el máximo de bienestar de los usuarios y trabajadores de la salud.

Para enfermería, es una necesidad realizar estudios que proporcionen un alto nivel de evidencia científica, que permitan documentar las condiciones y las causas que favorecen o que ponen en riesgo un ambiente de seguridad hacia la promoción de un cuidado de enfermería seguro.

Implicaciones para la práctica

Las oportunidades de mejora que se perciben tienen que ver con la dotación de personal y las condiciones de trabajo que pueden afectar a la seguridad del paciente, con

la necesidad de cambio de las condiciones de contratación y políticas de retención del personal de enfermería por parte de la gerencia, y la necesidad de mejorar la coordinación entre unidades y servicios.

Por otra parte, aunque el auge del desarrollo de protocolos y guías de atención en práctica clínica ha impulsado la cultura de seguridad del paciente, es necesario realizarlos cada vez más con un enfoque basado en la evidencia que responda a las necesidades de los actores que deben seguirlos en su práctica diaria, para que no sean percibidos como productos de la vigilancia y represión de otros profesionales sino como una estrategia cooperativa que busca el mayor beneficio y el menor riesgo para el paciente, pero también el mejor ambiente laboral para los trabajadores de la salud, quienes no deben sentirse acusados o excluidos por la institución a la que le dedican una gran porción de su vida y su capital humano.

Implicaciones para la investigación

Si bien es a la gerencia y a la dirección hospitalaria a quienes los estudios atribuyen la mayoría de déficits y soluciones, la población de profesionales participantes no es estadísticamente representativa con la población de trabajadores del área clínica. Así, indudablemente, se obtiene una visión parcial de lo que es la realidad en el día a día de la atención sanitaria. Se sugiere que en futuros trabajos de investigación se indague por la cultura de seguridad del paciente por parte de directivos y personal administrativo que hacen parte de las instituciones de salud con el fin de conocer sus opiniones, percepciones y acciones en el ámbito de la seguridad del paciente, para asegurar una lectura más objetiva de la realidad.

Por lo tanto, definitivamente no es tiempo de realizar cuestionamientos solo a las áreas directivas de la gestión hospitalaria, sino de que cada uno de los profesionales de la salud se empodere de las acciones de mejora que debe llevar a cabo a nivel personal y se analice más críticamente a sí mismo que a los demás. Cuando se haya dado este importante paso será tiempo de retomar los análisis macro de las estrategias para implementar una efectiva cultura de seguridad del paciente que haya permeado todas las esferas de la atención en salud.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por cada oportunidad que nos da de crecer y a nuestras familias por el apoyo incondicional, así como a todos los que aportaron con su asesoría crítica y reflexiva del tema.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Cabañas R. Evaluación de la atención de la salud. *Revista Médica Hondureña*. 1994 [consultado 16 de febrero de 2009]; 62:25-29. En: www.bvs.hn/RMH75/pdf/1994/pdf/Vol62-1-1994-7.pdf
- (2) Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente [consultado 16 de febrero de 2009]. En: <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>
- (3) Leon RC. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Rev Cubana Enfermer*. 2006 [consultado 16 de febrero de 2009]; 22(3). En: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enfo7306.html
- (4) Leon RC. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Rev Cubana Enfermer*. 2006 [consultado 16 de febrero de 2009]; 22(3):3. En: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enfo7306.html
- (5) OMS. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente [consultado 17 de febrero de 2009]. En: <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>
- (6) Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente [consultado 17 de febrero de 2009]. En: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
- (7) Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La investigación en seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura [consultado 18 de febrero de 2009]. En: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
- (8) Ministerio de la Protección Social de Colombia. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Bogotá: Buenos y Creativos; 2008 [consultado 16 de febrero de 2009]. En: <http://www.minproteccion-social.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/LINEAMIENTOS%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.pdf>
- (9) Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Estudio Ibeas, prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica: informe de resultados Colombia [consultado 19 de septiembre de 2011]. En: <http://mps.minproteccion-social.gov.co/newsogc/comite/User/Library/Folders/Comite8/IBEAS%20FINAL.pdf>
- (10) Sammer C, Likens K, Singh K, Douglas M. What is patient safety culture? A review of the literature. *J. nurs. scholarsh*. 2010; 42(2):156-165.
- (11) Melnyk B, Fineout-overholt E. Evidence-based practice in nursing and health care. A guide to best practice. Chapter 1: Making the case for evidence-based practice. Phoenix (Arizona): Lippincott Williams and Williams; 2005. p. 24-37.
- (12) Schultz A. Tabla de síntesis de evidencia de artículos. Development and implementation of an inductive model for evidence-based practice: A grassroots approach for building evidence-based practice capacity in staff nurses. *The Nursing Clinics of North America*. 2009; 44(1):93-102.
- (13) Hernández ME, Ochando A, Royuela C, Lorenzo S, Paniagua F. Seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis peritoneal. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2008; 11(3):190-195.
- (14) Hellings S, Klazinga, Vleugels. Challenging patient safety culture: Survey results. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2007; 20(7):620-632.
- (15) Pires N, Toffoletto L, Freitas DG, Padilha G. Indicators of healthcare results: Analysis of adverse events during hospital stays. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008; 16(4):12-16.
- (16) Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SK, Park KC. The culture of safety: Results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual. Saf. Health Care*. 2003; 12:112-118.
- (17) Markirit, Foley, Surette, Belzile, Mccusker. Survey of nursing perceptions of medication administration practices, perceived sources of errors and reporting behaviours. *Healthcare Quarterly*. 2008; 11(Special Issue):1114-1123.
- (18) Ministerio de Sanidad y Consumo. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- (19) Baracaldo MC, Díaz JA. Detección de errores de medicación en la administración de medicamentos. *Revista Colombiana de Ciencias Químico-Farmacéuticas*. 2000;(29):26-31.
- (20) Bohomol H, Ramos LH. Percepciones acerca de los errores de medicación: análisis de respuestas del grupo de enfermería. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006; 14(6):723-732.

(21) Gimenes F, Miasso A, Junior L, Grou C Prescripción informatizada como factor contribuyente para la seguridad de los pacientes hospitalizados. *Pharmacy pract.* 2006; 4(1):13-17.

(22) Ortiz EG, García D, Trillo JC. La cultura de la seguridad. Buenos Aires: Comité de Calidad, Hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca, Instituto de Investigaciones; 2007.

(23) Davis P, Lay-yee R, Robin B, Wasan A, Alastair S, Schug S. Adverse events in New Zealand public hospitals I: Occurrence and impact. *Journal of the New Zealand Medical Association.* 2002; 115(1153):211-216.

(24) Ministerio de la Protección Social. Estudio Ibeas: prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica. República de Colombia. Ginebra: OMS; 2006.

(25) Astolfo MD. La seguridad de los pacientes: entendiendo el problema. Cali: Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud, Universidad del Valle; 2004. p. 224.

(26) Ministerio de la Protección Social. Guía técnica "Buena práctica para la seguridad del paciente en la atención en salud" [consultado 19 de septiembre de 2011]. En: www.minproteccionsocial.gov.co/OCS