

1ª ed.

Gestión de enfermería: estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente

AUTORES:

Grace Pamela López Pérez

Beatriz Venegas Mera

Rosario Elizabeth Abril Beltrán

Nora Alexandra Santos Marcillo

Fernanda Paulina Toasa Ortiz

Lisette Alexandra Rivera Núñez

Rivera Núñez Cintia Maribel

Guzmán Córdova Sofía Belén

Tirado Velastegui Rosa de los Ángeles

Viteri López Alba Maribel

Navas Valdez María Fernanda



SAPIENZA
GRUPO EDITORIAL

2023

Gestión de enfermería: estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente

LISTA COMPLETA DE AUTORES

Grace Pamela López Pérez

Beatriz Venegas Mera

Rosario Elizabeth Abril Beltrán

Nora Alexandra Santos Marcillo

Fernanda Paulina Toasa Ortiz

Lisette Alexandra Rivera Núñez

Rivera Núñez Cintia Maribel

Guzmán Córdova Sofía Belén

Tirado Velastegui Rosa de los Ángeles

Viteri López Alba Maribel

Navas Valdez María Fernanda

Primera Edición

**São Paulo
2023**


SAPIENZA
GRUPO EDITORIAL

Título: Gestão de enfermagem: estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente

DERECHOS DE AUTOR © 2023 AUTORES LISTADOS

Este libro fue diagramado y editado por solicitud de los autores, bajo la licencia internacional: **CC BY-NC-ND 4.0**.

Atribución — *Usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.* **NoComercial** — *Usted no puede hacer uso del material con propósitos comerciales.* **SinDerivadas** — *Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no podrá distribuir el material modificado.* Todos los derechos reservados a los autores. La revisión gramatical y contenido del texto es responsabilidad de los autores.

AVISO LEGAL

Las informaciones y opiniones presentadas en este trabajo son de responsabilidad exclusiva de los autores, y expresan su posicionamiento directo.



Editorial responsable: Sapienza Grupo Editorial

R. Santa Cruz, 2187 - Vila Mariana, São Paulo - SP. 04121-002, BR.

Editores responsables:

Jacobovski, R.
Torres, C.

Obra sometida al arbitraje por pares dobles ciego

Todas las publicaciones de Sapienza Grupo Editorial siguen un código de ética basado en el Comité de Ética de Publicaciones (COPE) y pautas obtenidas del *Publishing Ethics Resource Kit* de Elsevier.

DATOS CATALOGRÁFICOS

Editado en São Paulo, Brasil, 2023.

Primera Edición, 2023

ISBN 978-65-998686-3-4



<https://doi.org/10.56183/soar.v2iEBOA02.12>

Dados Internacionais para Catalogação na Publicação (CIP)

Gestão de enfermagem: estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente [Livro eletrônico]. -- 1. Ed. -- São Paulo: Sapienza Grupo Editorial, 2022. PDF.

Vários autores.
Bibliografia.

ISBN 978-65-998686-3-4

1. Enfermagem 2. Cuidado do paciente 3. Gestão de saúde 4. Segurança do paciente 5. Gestão de qualidade

CDD-610

Índice para catálogo sistemático:

610.73 - Enfermagem, assistentes e auxiliares



9 786599 868634

ÍNDICE

CAPÍTULO I	9
1. SEGURIDAD DEL PACIENTE	9
1.1. CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	10
1.2. CALIDAD DE LA ATENCIÓN.....	11
1.3. CARGA DE DAÑOS.....	11
1.4. CALIDAD DE ATENCIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	12
1.5. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN.....	12
1.6. LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SUS COMPONENTES.....	13
1.7. PROYECTO SENECA.....	16
1.8. FUNDACIÓN EUROPEA PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD (EFQM).....	17
CAPÍTULO II	25
2. UNIDADES FUNCIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	25
2.1 MISIÓN DE LAS UNIDADES FUNCIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 27	
2.2 VISIÓN DE LAS UNIDADES FUNCIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 28	
2.3 OBJETIVOS.....	29
2.4 ESTRUCTURA.....	29
2.5 LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE LAS UFSP.....	30
2.5.1 Línea estratégica 1: Cultura de seguridad, factores humanos, organizativos y formación.....	30
2.5.2 Línea estratégica 2: Prácticas clínicas seguras.....	31
2.5.3 Línea estratégica 3: Gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes.....	31
2.5.4 Línea Estratégica 4: La participación de los pacientes y ciudadanos, por su seguridad.....	32
2.5.5 Línea Estratégica 5: Investigación en seguridad del paciente.....	32
2.5.6 Línea Estratégica 6: Participación Internacional.....	32
2.6 FUNCIONES DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES.....	33

2.6.1 Cultura de seguridad	33
2.6.2 Formación.....	34
2.6.3 Identificación de Riesgos	34
2.6.4 Evaluación y análisis de riesgos.....	34
2.6.5 Tratamiento de los riesgos	34
CAPÍTULO III.....	36
3. ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS.....	36
3.1 TIPOS DE ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE).....	37
3.2 ¿CUÁNDO HACER UN AMFE?	38
3.3 PASOS PARA REALIZAR UN AMFE.....	38
3.4 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL AMFE.....	38
3.5 ENFOQUES DE UN AMFE	40
3.6 ELEMENTOS DE UN AMFE.....	41
3.6.1 Gravedad.....	41
3.6.2 Frecuencia.....	42
3.6.3 Detectabilidad	43
3.6.4 Acción Correctora	43
CAPÍTULO IV.....	45
4. SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DENTRO DEL ÁREA HOSPITALARIA	45
4.1 INCIDENTES DENTRO DEL ÁREA DE SALUD.....	45
4.1.1 Tipos de Incidentes	45
4.2 IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE INCIDENTES	46
4.3 ESTRATEGIAS PARA PREVENCIÓN DE INCIDENTES	47
4.4 PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES.....	48
4.5 ¿CÓMO MEJORAR LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES EN EL ÁREA HOSPITALARIA?.....	49
4.6 COMO EVITAR QUE SE PRODUZCAN INCIDENTES DENTRO DEL ÁREA HOSPITALARIA.....	51
4.6.1 ¿Cómo evitar que se produzcan los incidentes dentro del área hospitalaria?	51
4.7 GESTIÓN DE INCIDENTES	52

4.7.1 Las etapas fundamentales de la Gestión de Incidentes de Trabajo	52
4.7.2 Notificación del Accidente de Trabajo.....	53
4.7.3 Evaluación inicial	54
4.7.4 Investigación del incidente de trabajo.....	55
4.7.5 Análisis de Causa	55
4.7.6 Acciones Correctivas	56
4.7.7 Evaluación final	56
4.8 FEEDBACK.....	56
CAPÍTULO V	58
5. ANÁLISIS CAUSA-RAIZ.....	58
5.1 METODOLOGÍA EN EL ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ	58
5.2 BENEFICIOS DE LA APLICACIÓN DEL ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ.....	59
5.3 PASOS PARA ELABORAR EL ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ.....	60
5.3.1. Identificar los sucesos que van a ser investigados	60
5.3.2 Recopilación de información	61
5.3.3 Elaboración del mapa de los hechos. Desarrollo de los acontecimientos..	61
5.3.4 Análisis de la información	62
5.3.5 Estudio sobre la existencia de barreras que puedan prevenir los daños	63
5.3.6 Desarrollo de soluciones y plan de acción	64
5.3.7 Realización del informe final	66
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	68

Índice de ilustraciones

Ilustración 1 Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Fuente: Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Fuente: elaboración propia	10
Ilustración 2 Reducción de eventos adversos Fuente: Elaboración propia.....	10
Ilustración 3 Funcionamiento de la organización Fuente: Funcionamiento de la organización con un impacto positivo Fuente: elaboración propia.....	10
Ilustración 4 Calidad de atención médica Fuente: Calidad de atención médica Fuente: elaboración propia	11
Ilustración 5 Gestión de seguridad, calidad y riesgo Fuente: Gestión de seguridad, calidad y riesgos Fuente: elaboración propia.....	12
Ilustración 6 Calidad asistencial Elaboración propia. Fuente: Ministerio de Salud Pública 2016	14
Ilustración 7 Factor institucional o corporativo Elaboración propia. Fuente: Ministerio de Salud Pública 2016.....	14

Ilustración 8 Normas de seguridad del paciente Elaboración propia. Fuente: Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada 2016	15
Ilustración 9 modelo EFQM Fuente: European Foundation Quality Management (1999)	18
Ilustración 10 Estándares de Liderazgo Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados de la seguridad del paciente en los hospitales del SNS: SENECA (2008)	20
Ilustración 11 Estándares de Políticas y estrategia Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados de la seguridad del paciente en los hospitales del SNS: SENECA (2008)	21
Ilustración 12 Estándares de personas Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados de la seguridad del paciente en los hospitales del SNS: SENECA (2008)	21
Ilustración 13 Estándares de Alianzas y recursos Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados de la seguridad del paciente en los hospitales del SNS: SENECA (2008)	22
Ilustración 14 Estándares de Procesos Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados de la seguridad del paciente en los hospitales del SNS: SENECA (2008)	22
Ilustración 15 Indicador de resultados en pacientes Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados de la seguridad del paciente en los hospitales del SNS: SENECA (2008)	23
Ilustración 16 Indicador de resultados en las personas Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados de la seguridad del paciente en los hospitales del SNS: SENECA (2008)	23
Ilustración 17 Indicador de resultados en la sociedad Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados de la seguridad del paciente en los hospitales del SNS: SENECA (2008)	24
Ilustración 18 Indicador de resultados clave Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados de la seguridad del paciente en los hospitales del SNS: SENECA(2008).....	24
Ilustración 19 Unidades funcionales-Seguridad del paciente Fuente: Elaboración del autor	26
Ilustración 20 Seguridad del paciente Fuente: elaboración propia mediante gráfica de la gestión del cambio en seguridad del paciente Pardo, et. al. (2008)	27
Ilustración 21 Conformación de los comités de Gestión de calidad hospitalaria. (Espejo & Publica, 2018)	29
Ilustración 22 Fuente: Gráfico didáctico de ejemplo de conformación de las UFSP. 2010.....	30
Ilustración 23 Elaboración Propia. Fuente: Líneas estratégicas de las UFSP.:.....	33
Ilustración 24 Ejemplos AMFE enfocados en al área de salud Fuente: Elaboración propia con el material - Failure Mode and Effects Analysis (Fmea) Implementation. Rojas Lema, (2019).....	37
Ilustración 25 Tipos de incidentes en el área hospitalaria Fuente: MSP 2018	46
Ilustración 26 Modelo de "Queso Suizo" de seguridad del paciente Fuente: Manual de seguridad del paciente 2016.....	47
Ilustración 27 Línea de tiempo en proceso de atención al paciente y muerte Fuente: Fondo de las Naciones Unidas.....	62

Índice de diagramas

Diagrama 1 Priorización de indicadores	18
--	----

Diagrama 2 Relevancia del indicador	19
Diagrama 3 Concepto y Objetivos del Análisis Modal de Fallos y Efectos	36
Diagrama 4 Tipos de Análisis modal de fallos y efectos con ejemplos	37
Diagrama 5	38
Diagrama 6 Enfoques de un AMFE	40
Diagrama 7	45
Diagrama 8	46
Diagrama 9	47
Diagrama 10	48
Diagrama 11	49
Diagrama 12	50
Diagrama 13	51
Diagrama 14 Incidentes dentro del área hospitalaria.....	52
Diagrama 15 Sistema de incidentes	53
Diagrama 16	54
Diagrama 17	54
Diagrama 18	55
Diagrama 19	55
Diagrama 20	56
Diagrama 21	57
Diagrama 22 Metodología del ACR	58
Diagrama 23 Beneficios del análisis causa-raíz.....	59
Diagrama 24 Identificación de sucesos que van a ser investigados.....	60
Diagrama 25	60
Diagrama 26	61
Diagrama 27	64
Diagrama 28	65
Diagrama 29	65
Diagrama 30	66
Diagrama 31	67

Índice de tablas

Tabla 1 Estándares e indicadores según el modelo EFQM	19
Tabla 2 Modelo tabla Análisis modal de fallos y efectos (AMFE)	36
Tabla 3 Ventajas y Desventajas Análisis Modal De Fallos Y Efectos (AMFE)	39
Tabla 4 Clasificación de la gravedad del modo fallo según la repercusión en el cliente/usuario	41
Tabla 5 Clasificación de la frecuencia/ probabilidad de ocurrencia del modo de fallo	42
Tabla 6 Clasificación de detectabilidad del modo de fallo.....	43
Tabla 7 Modelo tabla acciones de mejora	44

INTRODUCCIÓN

La gestión de enfermería se alza como un pilar fundamental dentro de los sistemas de atención médica modernos, y los estándares de calidad de cuidados ocupan un lugar central en esta ecuación, especialmente cuando se trata de la seguridad del paciente. La labor de los profesionales de enfermería va más allá de los aspectos técnicos y clínicos; implica la implementación de prácticas estandarizadas que garantizan una atención segura, efectiva y centrada en el paciente.

Los estándares de calidad de cuidados en enfermería son directrices basadas en la evidencia que definen los procesos y criterios necesarios para proporcionar una atención de excelencia. Estos estándares abarcan diversos aspectos, desde la administración de medicamentos y procedimientos clínicos hasta la comunicación interpersonal y el respeto por la autonomía del paciente. Al seguir estos estándares, se minimizan los riesgos, se optimiza la calidad de la atención y se establece un entorno de confianza entre los profesionales de salud y los pacientes.

La implementación efectiva de estos estándares requiere una coordinación y colaboración constante entre diferentes niveles de atención y profesionales de la salud. La gestión de enfermería, en este sentido, se convierte en el puente que conecta las directrices con la práctica clínica. La supervisión activa y la retroalimentación constante son esenciales para garantizar que los estándares se sigan de manera consistente y se adapten a las necesidades cambiantes de los pacientes y la evolución de la atención médica.

Este libro se rige como un faro de conocimiento y guía en un viaje que abarca la intersección de la ciencia. Se explora las intrincadas redes que conectan la Cultura de la Seguridad del Paciente con la excelencia en la atención médica. Al adentrarse en cada capítulo, el lector se sumergirá en un océano de conceptos, estrategias y metodologías diseñadas para elevar el estándar de

atención y promover el bienestar de aquellos que confían sus vidas en manos de profesionales de la salud.

Desde los cimientos de la seguridad del paciente, se analiza el terreno fértil de la cultura de seguridad, la calidad de la atención se convierte en el lienzo donde se plasma la experiencia de cada paciente, donde los estándares son más que métricas: son testimonios vivientes de la dedicación y el esfuerzo colectivo de los profesionales de la salud. el concepto de carga de daños emerge como un recordatorio poderoso de las consecuencias de los errores en un campo donde cada acción cuenta. pero a medida que se explora los vínculos entre calidad de atención y seguridad del paciente, se descubre que la prevención y la mejora no solo se basan en correcciones reactivas, sino en la anticipación y la mitigación de riesgos. Es en esta intersección donde se forja un futuro más seguro y eficaz para la atención médica.

El propósito de este libro es iluminar el camino hacia una atención médica más segura, más compasiva y eficaz. A medida que se lean estas páginas, se espera que el lector se enriquezca de conocimientos aquí presentados, que se tome en consideración la responsabilidad de la seguridad del paciente y que encuentre inspiración para ser un defensor incansable de la excelencia en los cuidados. Este libro es un tributo a la dedicación y pasión de quienes abrazan la noble profesión de la enfermería y se esfuerzan por construir un mundo donde la seguridad y el bienestar del paciente sean la máxima prioridad.

El presente libro se encuentra estructurado en 5 capítulos,

Capítulo I: Fundamentos de Seguridad del Paciente y Calidad de Atención

En este capítulo inicial, se sientan las bases para comprender la relación íntima entre la seguridad del paciente y la calidad de la atención en el ámbito de la gestión de enfermería. Se explora la Cultura de la Seguridad del Paciente, donde los valores y prácticas se entrelazan para fomentar un entorno de atención confiable y seguro. Se aborda la Calidad de la Atención como un pilar que da forma a la experiencia del paciente y cómo la Carga de Daños recuerda la importancia de la prevención. Este capítulo también explora cómo la

intersección entre la Calidad de Atención y la Seguridad del Paciente crea un enfoque integral para mejorar la atención médica.

Capítulo II: Unidades Funcionales de Seguridad del Paciente

En el segundo capítulo, se adentra en las Unidades Funcionales de Seguridad del Paciente (UFSP), se desglosa su importancia y estructura. Se explora su misión y visión, así como los objetivos que impulsan su funcionamiento. Las Líneas Estratégicas de las UFSP, desde la Cultura de Seguridad hasta la Participación Internacional, se examinan en detalle para comprender cómo cada una contribuye a la seguridad del paciente. También se desvela las funciones esenciales de estas unidades, como la promoción de una cultura de seguridad y la identificación y tratamiento de riesgos.

Capítulo III: Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE)

En este capítulo, se adentra en una herramienta esencial, el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). Se explora en qué consiste esta metodología y cómo se aplica para identificar y evaluar riesgos en la atención médica. Se analiza los distintos tipos de AMFE y cuándo es oportuno aplicarlos. A través de pasos concretos, se menciona cómo realizar un AMFE de manera efectiva y cómo los elementos de gravedad, frecuencia y detectabilidad son claves para una evaluación exhaustiva de riesgos.

Capítulo IV: Sistemas de Notificación y Gestión de Incidentes

El cuarto capítulo se adentra en los sistemas de notificación y gestión de incidentes, aspectos cruciales en la búsqueda de la prevención y el aprendizaje. Se explora los tipos de incidentes en el área de salud y la importancia de prevenirlos. Se descubren estrategias para la prevención y revelamos el procedimiento de notificación de incidentes. Además, se presenta cómo mejorar la notificación en el ámbito hospitalario y cómo evitar incidentes a través de la gestión efectiva. El capítulo culmina en una mirada profunda a la gestión de incidentes y la importancia del feedback en el proceso de mejora continua.

Capítulo V: Análisis Causa-Raíz

En este quinto capítulo, se abarca la metodología del análisis causa-raíz. Se explora cómo esta herramienta se convierte en un faro para descubrir las causas fundamentales de incidentes y errores. A través de pasos concretos, desde la identificación hasta la elaboración de soluciones y el informe final, desglosamos cómo abordar efectivamente el análisis. Se revela los beneficios de aplicar esta metodología y cómo contribuye a la prevención y mejora constante en la atención médica.

CAPÍTULO I

1. SEGURIDAD DEL PACIENTE

Es una disciplina en el área de la salud que surgió debido a la complejidad en los diferentes sistemas y el aumento de los daños hacia los usuarios, consiste en un conjunto de instrumentos, procesos y metodologías basadas en evidencia científica comprobada, cuya finalidad es disminuir o evitar accidentes, complicaciones y lesiones ocasionadas por la atención de salud recibida por parte del equipo sanitario. Es fundamental para la calidad asistencial considerar la seguridad del paciente, debido a que permite a los usuarios, pacientes y a sus familias sentir una mayor seguridad y confianza hacia los servicios de salud recibidos durante su atención. Según datos recolectados de los países desarrollados se ha comprobado que uno de cada diez pacientes ha sufrido daños durante su estadía en el hospital, los mismos que se han debido a eventos adversos o errores. Estos a su vez han evidenciado una pérdida de aproximadamente 29000 millones de dólares americanos por año, los cuales han sido derivados a infecciones nosocomiales, gastos médicos y demandas (Organización Mundial de la Salud, 2019).

En la actualidad, muchas naciones han ofrecido una atención en salud adecuada a todos los usuarios que han asistido a las diferentes unidades de salud, incorporando así las estrategias que genera la Organización Mundial de la Salud con el fin de mejorar la seguridad dentro del Sistema de Garantía de la Calidad de la atención (Hospital Vicente Corral Moscoso, 2015).



Ilustración 1 Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Fuente: Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Fuente: elaboración propia

1.1. CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Desarrollar una cultura segura tiene muchos beneficios; además, permite reducir el riesgo de accidentes o catástrofes de gran magnitud, en el contexto de la salud va dirigido a evitar que los pacientes se vean perjudicados por las acciones del personal sanitario (Hospital Vicente Corral Moscoso, 2015).

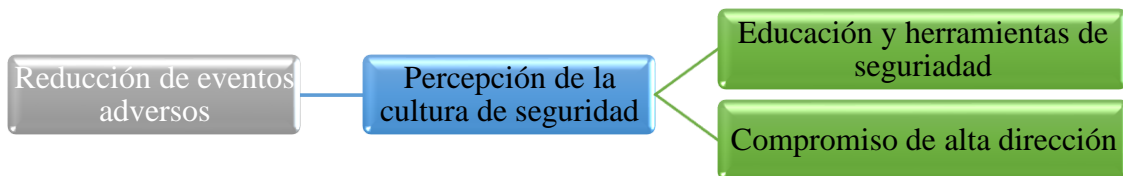


Ilustración 2 Reducción de eventos adversos Fuente: Elaboración propia



Ilustración 3 Funcionamiento de la organización Fuente: Funcionamiento de la organización con un impacto positivo Fuente: elaboración propia

1.2. CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Se debe considerar que la seguridad es una de las dimensiones de la calidad de atención en salud, al igual que lo son la eficiencia, la eficacia y el acceso. Así mismo, a través de la aplicación de tecnologías médicas y la ciencia se ha logrado obtener grandes beneficios para la salud, por ende, una buena calidad de atención, obteniendo así un equilibrio entre los riesgos y beneficios (Roque González, 2018).

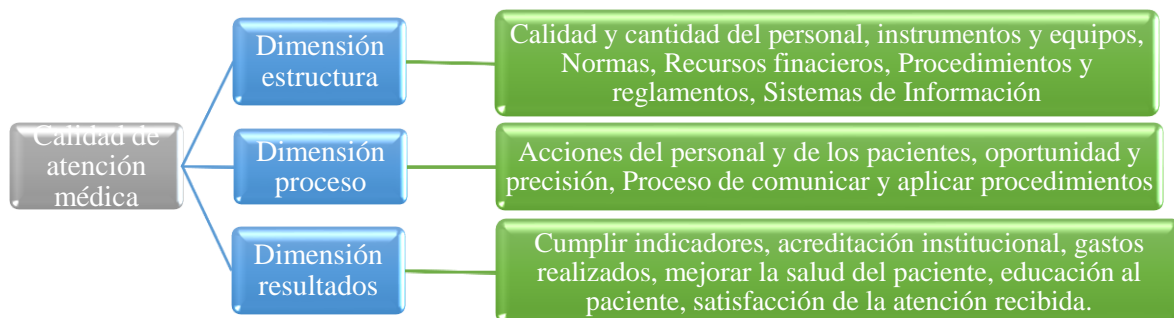


Ilustración 4 Calidad de atención médica Fuente: Calidad de atención médica Fuente: elaboración propia

1.3. CARGA DE DAÑOS

Muchos pacientes han sufrido lesiones o fallecen cada año debido a una atención de salud de mala calidad e insegura. Algunos riesgos y prácticas médicas que se relacionan con la atención en salud contribuyen a los problemas importantes en una atención poco segura hacia los usuarios, Entre las situaciones más preocupantes están:

- Errores de medicación
- Infecciones nosocomiales
- Procedimientos quirúrgicos inseguros
- Prácticas de inyección inseguras
- Diagnósticos errados
- Prácticas inseguras de transfusión
- Errores de irradiación
- Septicemia no detectada a tiempo
- Tromboembolias venosas

1.4. CALIDAD DE ATENCIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se ha incluido 5 etapas para la metodología de implementación en el sistema integrado sobre la gestión basada en riesgos de seguridad y calidad, estas etapas siguen en el ciclo de Planificar, Hacer, Verificar y Actuar.



Ilustración 5 Gestión de seguridad, calidad y riesgo Fuente: Gestión de seguridad, calidad y riesgos Fuente: elaboración propia

Los resultados y hallazgos relacionados con la seguridad del paciente son debatidos en los servicios correspondientes y en el Comité de Calidad Hospitalaria, en base a las descripciones detalladas de los diferentes acontecimientos que se han registrado en la historia clínica única del paciente, al momento de ocasionarse una complicación se deberá responder de manera adecuada para poder minimizar el efecto sobre el paciente, después se deberá registrar lo ocurrido y lo que se ha realizado. Se analizará los motivos de las lesiones o errores con el fin de adoptar medidas correctivas, este análisis permitirá conocer el cómo y por qué de las fallas ocurridas durante la atención de salud y así poder evitar su recurrencia. (Roque González et al., 2018)

1.5. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

La Seguridad del Paciente (SP) es evitar por parte de los sanitarios que se pueda producir lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa a la

ejecución de cualquier actividad médica o clínica .Recientemente se da a conocer los datos objetivos, la Seguridad del Paciente ha comenzado a considerarse una cuestión primordial en la práctica sanitaria al explora las definiciones, procesos y estrategias que están encaminados a reducir la probabilidad de aparición de fallos del sistema y errores por parte del personal asistencias de salud, aumentar la probabilidad de prevenirlos o localizarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias.(Hospital Vicente Corral Moscoso, 2015)

1.6. LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SUS COMPONENTES

El principio “Primum Non Nocere” nace del acto asistencias que es brindado, por lo que podríamos asumir como un principio básico que cada profesional de la salud que está sujeto competente y responsable que tiene como base de su actuación no hacer daño. A pesar de ello, y por la cada vez mayor complejidad de la atención, el componente humano individual interactúa con varios factores. Elementos propios al paciente, de las tareas o procedimientos, de la estructura físico ambiental que incluye el material, el equipamiento técnico y el lugar físico donde se produce la asistencia o de la organización y que es causa de que los eventos adversos puedan presentarse de forma más frecuente de lo deseado (MSP, 2016).

Los componentes esenciales para la calidad asistencial son tres:

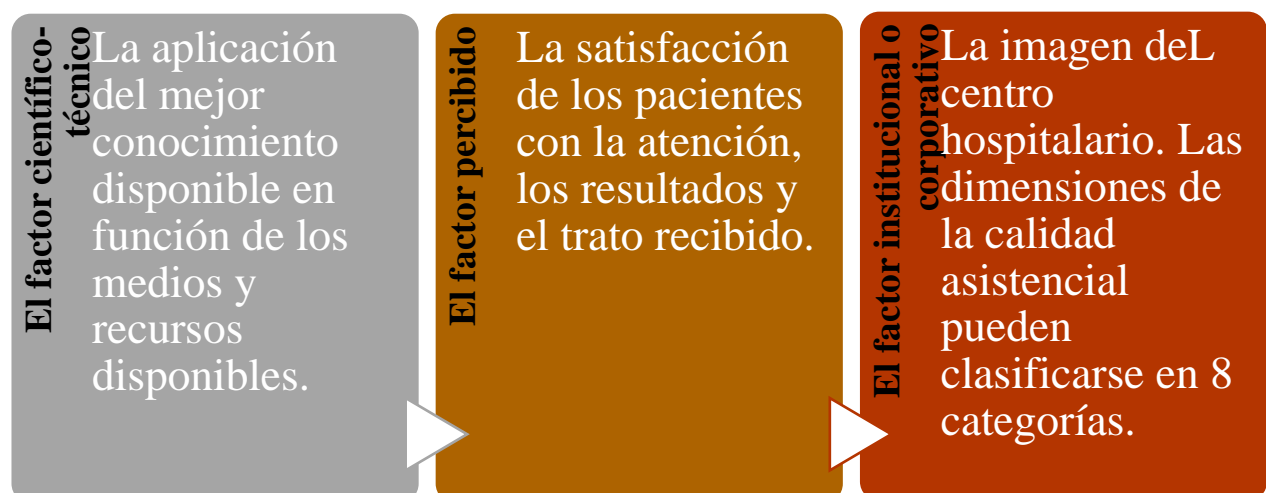


Ilustración 6 Calidad asistencial Elaboración propia. Fuente: Ministerio de Salud Pública 2016

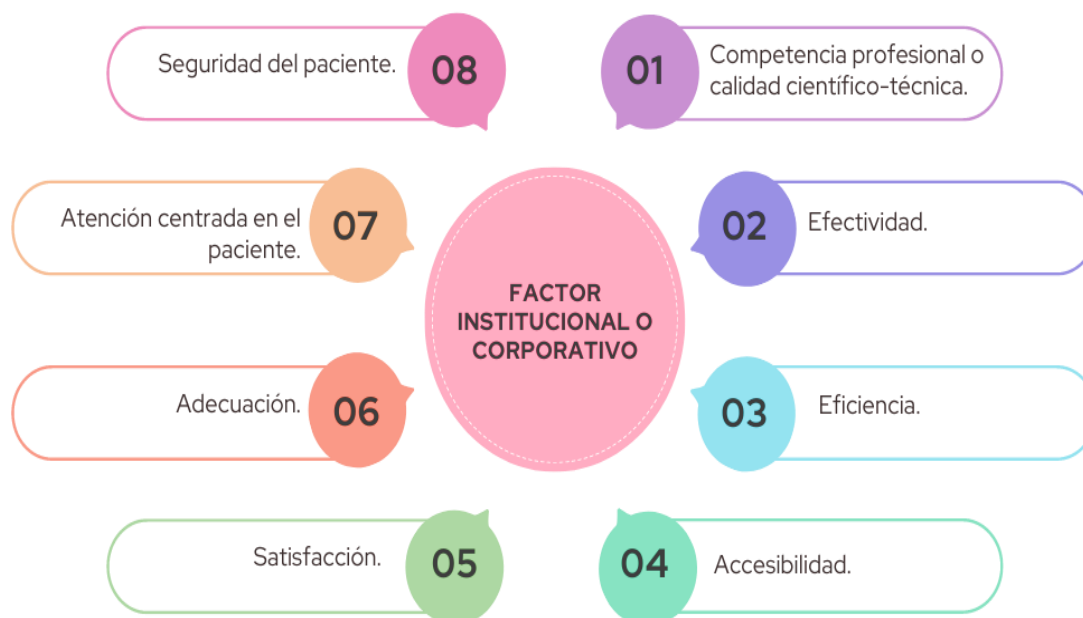


Ilustración 7 Factor institucional o corporativo Elaboración propia. Fuente: Ministerio de Salud Pública 2016

Cabe destacar dos dimensiones de indudable trascendencia, la atención centrada en el paciente y la seguridad del paciente. La primera implica organizar la atención, pensando en los pacientes más que en los que la facilitan. La segunda implica practicar una atención libre de daños evitables, lo que manifiesta es el desarrollo de sistemas y procesos guiados a minimizar la probabilidad de aparición de fallos del sistema de sanidad además de errores por parte del personal sanitario y aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias (MSP, 2016).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de la enfermedad” (OMS, 2019). Si la salud no es solo la ausencia de enfermedad, podemos afirmar que la Seguridad del Paciente no es solo la ausencia de riesgos. Existe un “**continuo riesgo-seguridad**” que exige poner la atención a varios niveles creando estrategias para fomentar que la balanza se incline hacia la seguridad. Estas estrategias deben desarrollarse en los distintos

ámbitos profesional, social, institucional y político, de manera que se diseñen y organicen escenarios de atención con el menor riesgo, que se enfoque en las prácticas profesionales de modo seguro y que la Seguridad del Paciente se incluya como prioridad en la agenda de las organizaciones que influyen de manera directa o indirecta en la atención sanitaria (Hospital Vicente Corral Moscoso, 2015) (MSP, 2016) .



Ilustración 8 Normas de seguridad del paciente Elaboración propia. Fuente: Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada 2016

Los lineamientos de seguridad del paciente – usuario en la atención en el medio hospitalario, son necesarios para gestionar un cambio de cultura en términos de calidad y seguridad alineados con estándares internacionales, que se incorporen, como una de las piezas claves, los conocimientos, habilidades y destrezas de los profesionales de la salud, orientados a desarrollar y optimizar sus procesos de atención (“ACCESS,” 2016). Prevenir posibles eventos adversos que se puedan dar en la atención, actuar a tiempo, corregir los errores y llegar a aprender de ellos, es indispensable para crear un clima de seguridad a través del mejoramiento continuo de la calidad de la atención en

salud. Todos estos recursos y un entorno normativo definen las características y condiciones óptimas de las prestaciones de salud (“ACCESS,” 2016). La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de actividades dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria (“ACCESS,” 2016).

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden reducir el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar las diversas consecuencias. Dan a conocer un cuidado hospitalario, inicia con el sustento del conjunto de valores que constituyen, ordenan y desenvuelven el cuidado del paciente, a esto se suma una estructura científica integrada por un marco referencial y una metodología que posibilitan que los cuidados en especial los impartidos por el personal de enfermería sea aprendido, practicado, evaluado y enriquecido en los servicios de salud.(Hospital Vicente Corral Moscoso, 2015)

1.7. PROYECTO SENECA

Es un programa que se encarga de establecer estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales. Uno de los principales componentes de la calidad asistencial a los pacientes es la seguridad clínica dentro de los sistemas sanitarios, se logra ver que la eficacia es poco efectiva en la actualidad por lo que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador busca implementar estrategias que se orienten hacia una práctica clínica basada en el mejor conocimiento científico disponible para mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios.

Objetivos

- Plantear una herramienta que permita evaluar la seguridad de los pacientes que hayan sido ingresados en los hospitales tomando en cuenta la práctica enfermera base en el modelo EFQM.

- Conocer qué nivel de calidad maneja cada establecimiento hospitalario en relación a la seguridad del paciente
- Plantear estrategias para mejorar la seguridad del paciente con estándares de calidad mediante indicadores.
- Identificar las situaciones de riesgo y las principales prácticas de enfermería que optimicen la seguridad del paciente.

1.8. FUNDACIÓN EUROPEA PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD (EFQM)

Según Maderelo J. (2022) EFQM es un modelo de Excelencia llamado Fundación Europea para la Gestión de la Calidad se fundamenta en los principios de la Gestión de la Calidad Total y basa su desarrollo en la autoevaluación de las organizaciones como método de mejora continua. El modelo plantea un repaso por todos los aspectos que pueden determinar los resultados finales para identificar las áreas que deben ser potenciadas y aquellas en las que se deben implantar acciones de mejora.

La incorporación del aprendizaje adquirido tras la evaluación en desarrollo de planes de mejora, confieren al modelo un carácter dinámico que posibilita adaptarse a las necesidades cambiantes de los clientes y de otros grupos de interés, a la disponibilidad de recursos de cada tiempo y la detección y ajuste de deficiencias potenciales. De esta forma se supera el carácter estático que establece el aseguramiento de un determinado nivel de calidad. Este carácter dinámico se refleja en el esquema del modelo de forma que la innovación y aprendizaje actúan potenciando los agentes facilitadores dando lugar a una mejora de los resultados

Se encarga de identificar cuáles son los estándares e indicadores que los profesionales de enfermería de los hospitales deben garantizar si hablamos en términos de seguridad del paciente, y - conocer el grado de cumplimiento de los estándares del modelo en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. por otro lado, analizar si el cumplimiento del modelo se correlaciona con los 21 criterios que definen los atributos de los “hospitales magnéticos”, de EE. UU., llamados así por tener unas características organizacionales comunes

que aumentan la retención y satisfacción de los profesionales de enfermería y obtienen mejores resultados en los pacientes.

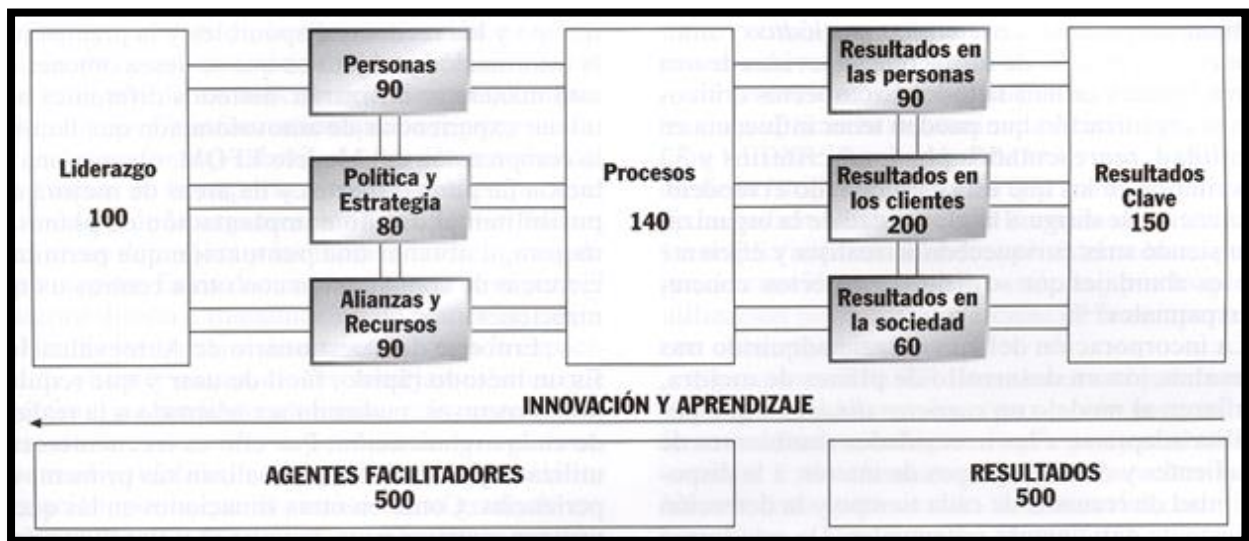
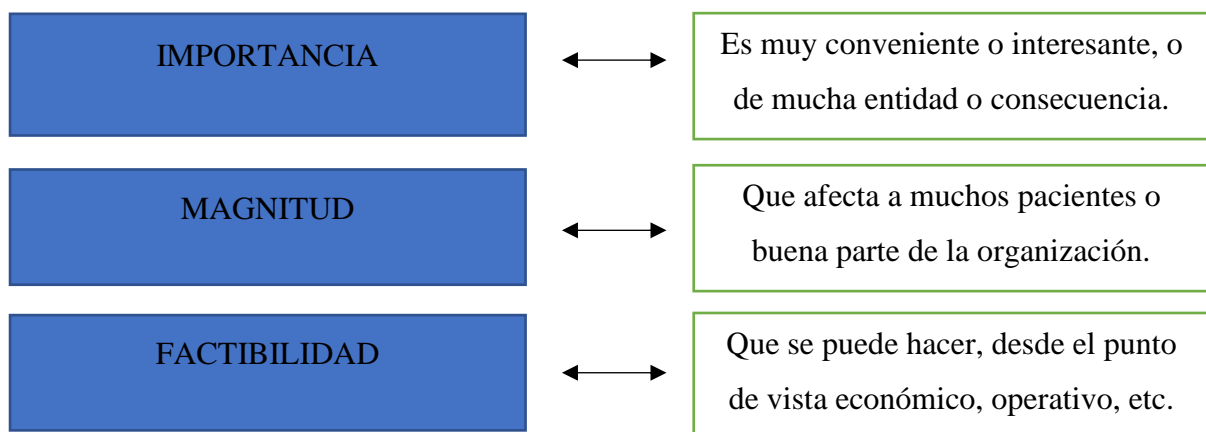


Ilustración 9 modelo EFQM Fuente: European Foundation Quality Management (1999)

Para la elaboración de los indicadores, el proyecto SENECA se basó en algunas variables con el fin de priorizar los indicadores y estándares de calidad los mismos se detallan en el Diagrama n.1.

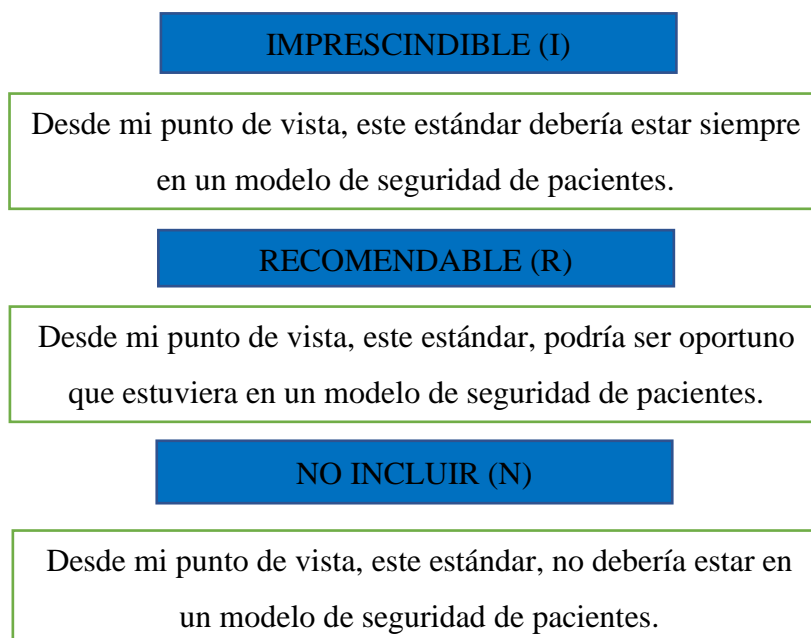
Diagrama 1 Priorización de indicadores



Elaboración propia. Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados de la seguridad del paciente en los hospitales del SNS: Proyecto SENECA (2008)

Además, también se tenía que tomar en cuenta si una vez formulado el indicador esté era imprescindible, recomendable o no incluir, el siguiente se lo detalla en el diagrama n.2.

Diagrama 2 Relevancia del indicador



Elaboración propia. Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados de la seguridad del paciente en los hospitales del SNS: Proyecto SENECA (2008)

Una vez logrados estos objetivos se sintetizó la información y se planteó 100 estándares de calidad para la seguridad del paciente los mismos que están divididos según el modelo EFQM. Los siguientes se detalla en la tabla n1.

Tabla 1 Estándares e indicadores según el modelo EFQM

VARIABLE	ESTANDAR/INDICADOR
LIDERAZGO	10 estándares
POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS	8 estándares
GESTIÓN DE PERSONAS	9 estándares
ALIANZA Y RECURSOS	9 estándares
PROCESOS	20 estándares
SATISFACCIÓN DEL PACIENTE	10 indicadores
SATISFACCIÓN DEL PROFESIONAL	9 indicadores
RESULTADOS EN LA SOCIEDAD	6 indicadores
RESULTADOS CLAVE	9 indicadores

Elaboración propia. Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados de la seguridad del paciente en los hospitales del SNS: Proyecto SENECA (2008)

De estos indicadores se ha escogido un ejemplo de cada variable los cuales se detallan a continuación.

Criterio al que se asocia	Liderazgo			Código LI 04
Indicador / Estándar	Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados			
Definición de términos y aclaraciones	Informa sobre el nivel de compromiso de los líderes en la mejora de la seguridad de los cuidados de los pacientes			
Cumplimiento	100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable	
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Actas comisiones del centro Actas de reuniones de grupos funcionales			
Evidencias				
Recomendaciones para la evaluación	Se considerará que se cumple si los directivos asisten a las comisiones relacionadas con la seguridad de los pacientes. Se comprobará que las reuniones sean periódicas, existiendo al menos cuatro anuales con la participación directiva en, al menos, tres de ellas			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Ilustración 10 Estándares de Liderazgo Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados de la seguridad del paciente en los hospitales del SNS: SENECA (2008)

Criterio al que se asocia	Política y estrategia			Código PO 04
Indicador / Estándar	Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por política de seguridad de los pacientes que existan estrategias coherentes con las necesidades y expectativas de los grupos de interés y alineada con la de la organización y el Servicio de Salud			
Cumplimiento	100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable	
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Actas de la Comisión de Dirección Actas de la Comisión de Calidad Convocatorias de reuniones de la Dirección de Enfermería y Comisión de Cuidados			
Evidencias	Joint Commission International. Estándares de Acreditación para hospitales. 2007 Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007			
Recomendaciones para la evaluación	Se solicitará las actas del comité de dirección de los dos últimos años y se comprobará que se abordan temas relacionados con la política de seguridad del centro			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Ilustración 11 Estándares de Políticas y estrategia Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados de la seguridad del paciente en los hospitales del SNS: SENECA (2008)

Criterio al que se asocia	Personas				Código PE 03
Indicador / Estándar	Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes				
Definición de términos y aclaraciones	Los profesionales perciben que disponen de fácil acceso a la formación continuada en materia de seguridad				
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable	
Excepciones	No se contemplan excepciones				
Naturaleza estadística	Dicotómica				
Fuentes	Cursos sobre seguridad de cuidados organizado en el último año Encuesta de percepción de seguridad de los profesionales				
Evidencias					
Recomendaciones para la evaluación	Se revisarán los cursos sobre seguridad del paciente desarrollados en el último año, y se dará por cumplido si al menos el 25 % de la plantilla de enfermería acceden a los mismos. Además, se obtendrá la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de profesionales de enfermería del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de los profesionales				
Umbral recomendado	100 %				
Observaciones del evaluador					

Ilustración 12 Estándares de personas Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados de la seguridad del paciente en los hospitales del SNS: SENECA (2008)

Criterio al que se asocia	Alianzas y recursos				Código AR 02
Indicador / Estándar	Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre evento adversos				
Definición de términos y aclaraciones	Existencia de una comisión que utilice criterios de evidencia científico-técnica. La misma deberá basarse para la toma de decisiones en los informes de eventos adversos y tener un carácter centralizado y donde existan representación de los diferentes colectivos profesionales				
Cumplimiento		100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable	
Excepciones	No se incluye material no sanitario				
Naturaleza estadística	Dicotómica				
Fuentes	Composición de la comisión de compras: miembros y categorías profesionales Informes de eventos adversos Actas e informes técnicos				
Evidencias					
Recomendaciones para la evaluación	El estándar se dará por cumplido cuando existá al menos, un enfermero/a en la comisión para la adquisición de materiales y productos. Se constatará que las adjudicaciones se realizan en función de criterios de calidad científico-técnicos y que en el seno de la comisión se discuten los eventos adversos que los materiales y productos que se utilizan han podido ocasionar				
Umbral recomendado	100 %				
Observaciones del evaluador					

Ilustración 13 Estándares de Alianzas y recursos Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados de la seguridad del paciente en los hospitales del SNS: SENECA (2008)

Criterio al que se asocia	Procesos			Código PR 02
Indicador / Estándar	Existe un protocolo para la identificación de pacientes			
Definición de términos y aclaraciones	Se entiende por protocolo de identificación de pacientes al conjunto de normas necesarias para identificar tanto a los pacientes como a los documentos de su historial clínico			
Cumplimiento	100 % se cumple	0 % no se cumple	N/A no aplicable	
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Dicotómica			
Fuentes	Documento con los contenidos del protocolo, guía o procedimiento Documento de resultados de su evaluación e implantación			
Evidencias	Ley General de Sanidad Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario Español. Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO). Sentinel Event Alert			
Recomendaciones para la evaluación	El documento puede estar en soporte electrónico o en papel con revisiones o actualizaciones anuales. El estándar sólo se dará por cumplido cuando se cumplan dos condiciones: que exista un documento normalizado (protocolos, guías, manuales, etc.) y que exista un sistema que evalúe su implantación. En cualquier caso, el evaluador anotará en las observaciones las dos medidas, es decir, si se dispone o no del documento y en caso positivo si se evalúa su implantación			
Umbral recomendado	100 %			
Observaciones del evaluador				

Ilustración 14 Estándares de Procesos Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados de la seguridad del paciente en los hospitales del SNS: SENECA (2008)

Criterio al que se asocia	Resultados en los pacientes			Código PA 01
Indicador / Estándar	Pacientes correctamente identificados durante todo el proceso de hospitalización			
Definición de términos y aclaraciones	Se considera al paciente correctamente identificado aquel que lleve un sistema de identificación, en el que figure su nombre y apellidos de manera legible, número de historia clínica o tarjeta sanitaria. Debe portarlo durante todo el episodio de hospitalización			
Población				
Muestra				
Excepciones	No se contemplan excepciones			
Naturaleza estadística	Proporción			
Numerador	Pacientes identificados correctamente			=
Denominador	Pacientes estudiados			
Fuentes	Observación directa de los pacientes			
Evidencias	Alerta en Seguridad y Atención Sanitaria. Alerta de Seguridad del Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes (CISP) promovido por la Fundación Avedis Donabedian y la Fundación MAFRE medicina			
Recomendaciones para la evaluación	Observar pacientes de manera aleatoria de todas las áreas de hospitalización			
Umbral recomendado	90 %			
Observaciones del evaluador				

Ilustración 15 Indicador de resultados en pacientes Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados de la seguridad del paciente en los hospitales del SNS: SENECA (2008)

Criterio al que se asocia	Resultados en las personas		Código RP 01
Indicador / Estándar	Profesionales que conocen los objetivos de seguridad de los pacientes y reciben información sobre su consecución		
Definición de términos y aclaraciones	Profesionales que perciben conocer los objetivos y reciben información sobre su consecución		
Población			
Muestra			
Excepciones	Profesionales con sustituciones de periodo inferior a 3 meses Incorporación como titular de la plaza de menos de 1 mes		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Profesionales que conocen los objetivos de seguridad de los pacientes y reciben información sobre su consecución		=
Denominador	Profesionales de enfermería encuestados		
Fuentes	Encuesta de percepción de seguridad de los profesionales		
Evidencias	Cuestionario HSOSPC de la AHRQ sobre cultura de seguridad contempla diferentes ítems relacionados con este indicador		
Recomendaciones para la evaluación	Obtener la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de profesionales de enfermería del hospital utilizando la encuesta de percepción de seguridad de los profesionales		
Umbral recomendado	80 %		
Observaciones del evaluador			

Ilustración 16 Indicador de resultados en las personas Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados de la seguridad del paciente en los hospitales del SNS: SENECA (2008)

Criterio al que se asocia	Resultados en la sociedad		Código RS 01
Indicador / Estándar	Actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población		
Definición de términos y aclaraciones	Se definen como actividades de seguridad de pacientes todos los actos que organice o participe el hospital relacionado con la seguridad de los pacientes. Incluye prensa, folletos divulgativos, intervenciones en radio, TV, conferencias, actos públicos, cursos, y noticias en internet		
Excepciones	Se excluyen los hábitos higiénico dietéticos de prevención de enfermedades o fomento de la salud		
Naturaleza estadística	Datos	Número de actividades sobre seguridad de pacientes dirigidas a la población en las que ha participado el hospital	
Valor			
Fuentes	Noticias de prensa, internet, radio, TV Registros de actividades sobre seguridad de pacientes		
Evidencias			
Recomendaciones para la evaluación	Se recogerán las realizadas en el último año y se anotará el valor absoluto		
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Ilustración 17 Indicador de resultados en la sociedad Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados de la seguridad del paciente en los hospitales del SNS: SENECA (2008)

Criterio al que se asocia	Resultados clave		Código RC 01
Indicador / Estándar	Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con los cuidados durante su estancia hospitalaria		
Definición de términos y aclaraciones	Se define efectos adversos relacionado con los cuidados como todo accidente o incidente que ha causado daño al paciente relacionado con la aparición de lesiones por presión, flebitis postcateterización y caídas		
Población			
Muestra			
Excepciones	No se contemplan excepciones		
Naturaleza estadística	Proporción		
Numerador	Pacientes que sufren eventos adversos definidos		=
Denominador	Pacientes estudiados		
Fuentes	Cuadro de mando o indicadores de seguimiento implantados en la organización Historia clínica o registro		
Evidencias	Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006		
Recomendaciones para la evaluación	Este indicador complejo se calculará mediante la media de los indicadores de pacientes que han desarrollado lesiones por presión, pacientes que han sufrido caídas y pacientes que han desarrollado flebitis postcateterización		
Umbral recomendado			
Observaciones del evaluador			

Ilustración 18 Indicador de resultados clave Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados de la seguridad del paciente en los hospitales del SNS: SENECA(2008)

CAPÍTULO II

2. UNIDADES FUNCIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad del paciente comprende acciones predilectas que demandan mayor vigilancia y responsabilidad enfocada a un trabajo integrativo y estratégico para garantizar un sistema como cultura de seguridad al encontrarse con la participación todo un régimen de salud. Es de antelación gestionar una cualidad que se avecine a elevar los procesos de atención en satisfacer las necesidades de un servicio, ya que requiere un constante cuestionamiento del porque se efectúa dichas labores y justificarlas para minimizar errores con condicionen el estado de salud o integridad de los usuarios. Promover un medio de seguridad requiere conductas aplicativas de manera positiva basado en un conocimiento científico que respalde e impulse un beneficio para el paciente, no obstante, de la sensatez se pretende la unificación de estos para tomar decisiones informadas de todo el equipo. (García et al., 2019)

Los riesgos que se extienden durante el medio laboral condicionan la seguridad de los trabajadores, pacientes, visitantes, infraestructura y equipos de la unidad de atención que pueden generar un accidente, es por ello la cimentación de calidad con seguridad que se confiere al servicio mediante una gestión que sea capaz de determinar cuáles las son lo que sucesos que exponen la integridad de salud. Por medio de ella la creación de políticas internas para proveer de estrategias, protocolos que resguarde seguridad del paciente, gestión de desastres y seguridad externa que pueda afectar a la institución.

Como se tiene discernimiento, toda institución de atención debe mantener una estabilidad laboral en base a la gestión de riesgos la cual es el pilar fundamental para salvaguardar la integridad del ser humano. Al mencionar seguridad hospitalaria establece un medio libre de riesgo o peligro de accidente con el fin de medir la probabilidad el suceso y el impacto libertando

una vulnerabilidad de prevención, reducción de daños o pérdidas. Un hospital seguro es aquella que mantiene su capacidad para brindar atención a pesar de presenciar un riesgo o desastre de cualquier índole. (Figueroa et al., 2021)

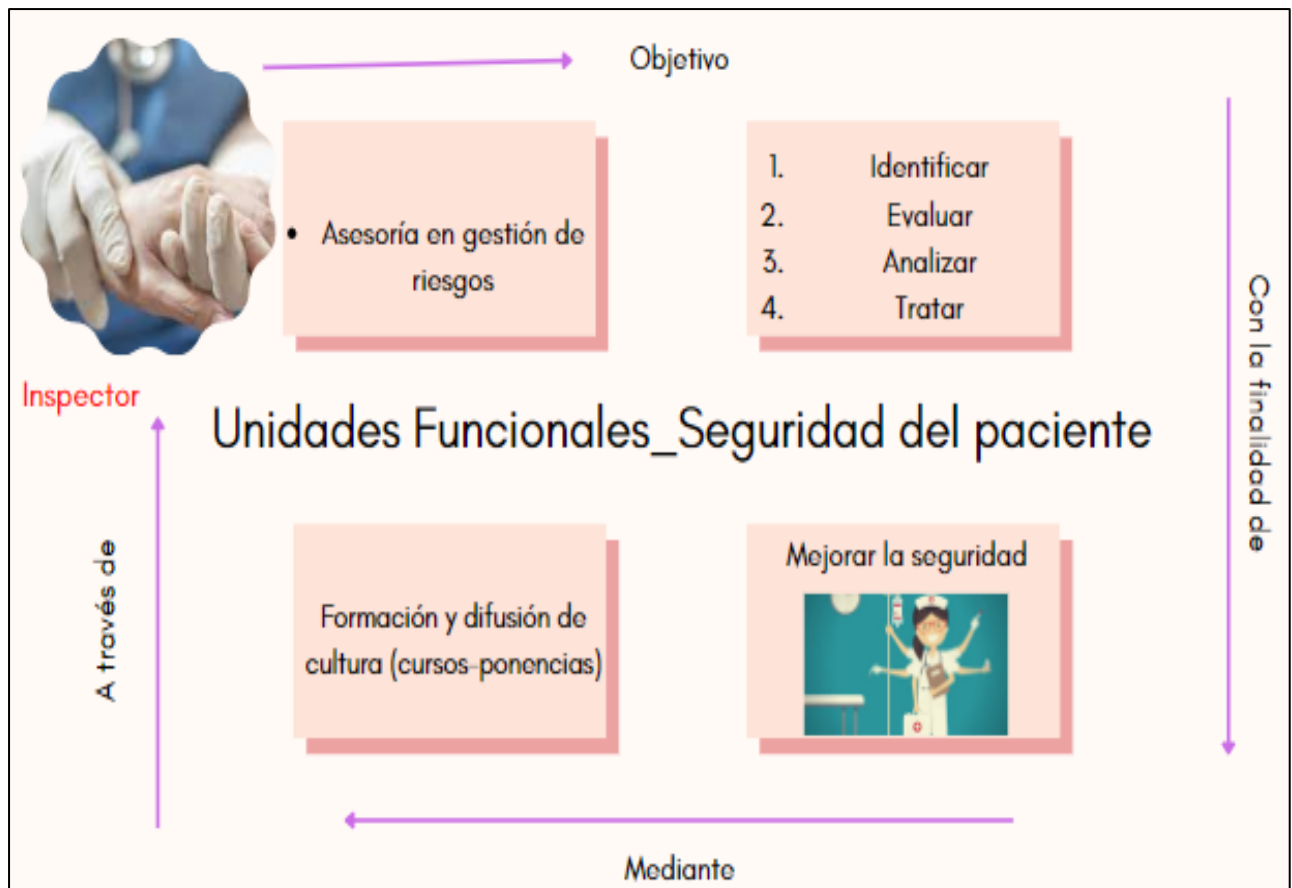


Ilustración 19 Unidades funcionales-Seguridad del paciente Fuente: Elaboración del autor

Ciertamente la calidad del cuidado debe encaminar en la prevención del riesgo en los procesos aplicados, no esperar que de desarrolle para preocuparse en que hacer, es por ello que se debe eliminar los eventos adversos, identificarlos en caso de presenciar y ocuparse de ello mediante la gestión interna de los servicios. Un ejemplo en cuanto a las bases de atención segura del paciente radica en la correcta identificación del paciente, comunicación efectiva, correcta aplicación de medicación-procedimientos y sobre todo reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención de salud mediante lavado de manos en los 5 momentos. No obstante, prevenir el daño mediante una cultura de seguridad con el propósito de beneficiar la toma de decisiones e incluya la participación de todo el personal, paciente y familia. (Figueroa et al., 2021).

En efecto las unidades funcionales de la seguridad del paciente establecen directrices que identifiquen, analicen, evalúen y traten los riesgos, amenazas de los establecimientos bajo la actuación y difusión de una cultura en seguridad, estructuras organizadas, líneas de información (capacitación) conforme la continuidad para el desarrollo de herramientas que se puedan ejecutar en la prevención, reducción y eliminación de los riesgos enfocados a mejorar los niveles de seguridad.



Ilustración 20 Seguridad del paciente Fuente: elaboración propia mediante gráfica de la gestión del cambio en seguridad del paciente Pardo, et. al. (2008)

2.1 MISIÓN DE LAS UNIDADES FUNCIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Asesorar:

- En la identificación de riesgos clínicos.
- En la implantación de sistemas de notificación de incidentes.
- En el desarrollo de herramientas para la gestión de riesgos.
- En el diseño de planes de seguridad.
- A los pacientes en la prevención de riesgos clínicos.
- A la familia en la identificación de situaciones de riesgo, su prevención y la utilización de protocolos de actuación.
- A los Servicios y Unidades Clínicas en la elaboración y desarrollo de sus Planes de Seguridad.

- A la Dirección del Hospital antes cuestiones específicas y puntuales (como por ejemplo el establecimiento de medidas que permitan disminuir los riesgos).

Analizar y evaluar:

- Los planes de seguridad de los Servicios y Unidades Clínicas.
- Los incidentes notificados en los sistemas o registros correspondientes.
- La adecuación de los Sistemas de Información Hospitalarios para el registro y monitorización de las deficiencias de seguridad y de los incidentes.

Formar:

- En la cultura de seguridad clínica.
- En la metodología de identificación, prevención y resolución de riesgos.

Investigar:

- Diseñar proyectos de investigación sobre calidad asistencial y seguridad clínica.
- Transferir los resultados de las investigaciones a la práctica clínica.

2.2 VISIÓN DE LAS UNIDADES FUNCIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Ser reconocidos en el centro como un conjunto de profesionales que han contribuido a mejorar la seguridad del paciente atendido en este centro.
- Ser considerados dentro del centro, como una unidad efectiva, accesible y que realiza un trabajo coordinado con el resto de los profesionales.
- Conseguir que los profesionales que integran la UFSP tengan una alta cualificación y formación continuada en los aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

- Ser un referente en la seguridad del paciente, en el entorno.

2.3 OBJETIVOS

- Identificar, analizar, evaluar y tratar riesgos sanitarios.
- Desarrollar herramientas para prevenir, reducir y eliminar riesgos.
- Mejorar los niveles de seguridad de la atención sanitaria como causa primaria y a disminuir las demandas asociadas a los errores, como causa secundaria.

2.4 ESTRUCTURA

Las unidades funcionales dan respuesta a una necesidad estableciendo una estructura flexible y multidisciplinar entre profesionales: médicos, directivos y enfermeros. Entre ellos se caracterizan las especialidades de medicina preventiva, farmacéutica, anestesiastas, personal de unidad de cuidados intensivos, coordinador de calidad y control de calidad, personal de enfermería de todo tipo de especialidad (Gonzales, 2010). La estructura de los grupos está formada por un numero adecuado de personas con diferente perfil académico (Cruz et al., 2018).

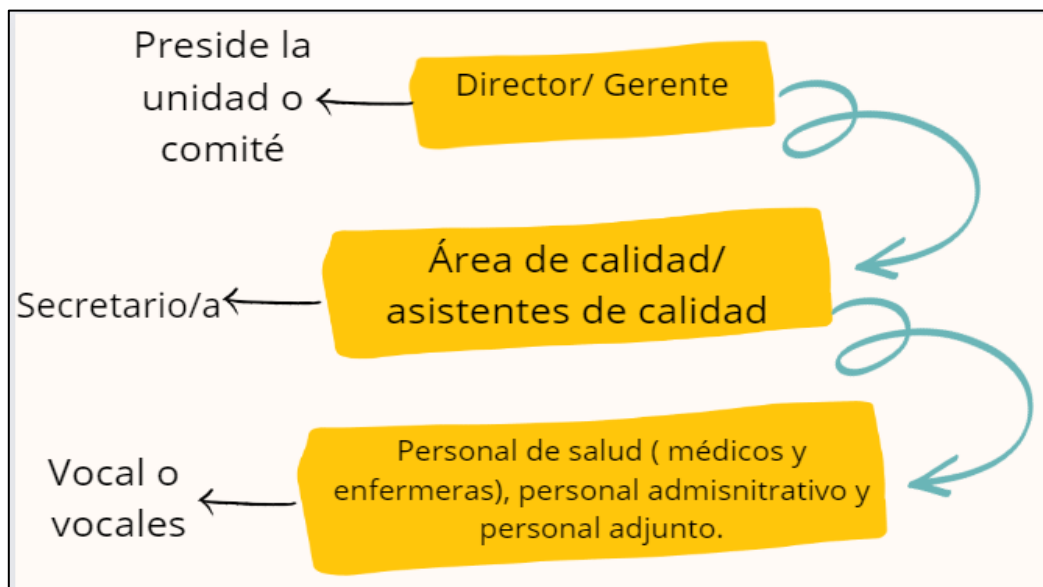


Ilustración 21 Conformación de los comités de Gestión de calidad hospitalaria. (Espejo & Publica, 2018)

Por Ejemplo: Según (Henaar Rodrigo, 2010) la estructura de una unidad funcional de seguridad del paciente puede estar conformada de la siguiente forma, tomando en cuenta el número de personal y servicios existentes en el hospital.

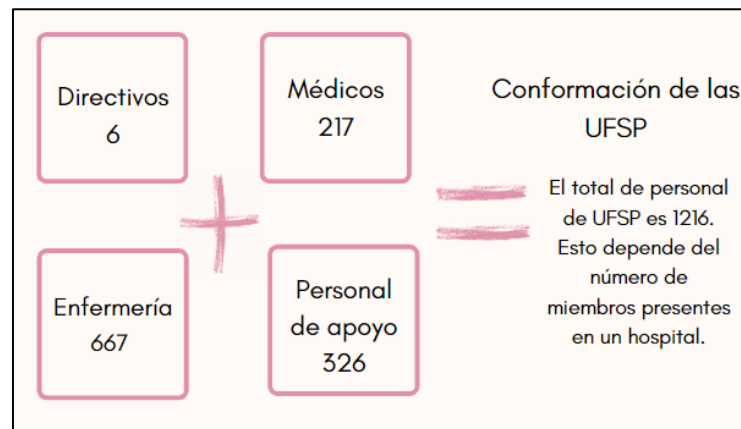


Ilustración 22 Fuente: Gráfico didáctico de ejemplo de conformación de las UFSP. 2010.

2.5 LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE LAS UFSP

2.5.1 Línea estratégica 1: Cultura de seguridad, factores humanos, organizativos y formación.

Para mejorar la cultura de seguridad del paciente, se debe continuar desarrollando acciones dirigidas a medir, mejorar, informar, formar y fomentar cuidados efectivos, entrenar a los equipos en gestión de riesgo, fomentar liderazgo, comunicar y aprender de los incidentes sucedidos, manteniéndolos informados y activos en propuestas de mejoras, bajo las siguientes recomendaciones: (MSSSI, 2015-2020)

Establecer planes de acción en seguridad del paciente con objetivos anuales, evaluación y plan de difusión de resultados.

- Incorporar líderes clínicos que promuevan la implantación, desarrollo y evaluación de prácticas clínicas seguras.
- Evaluar periódicamente al personal a través de instrumentos validados para conocer los puntos débiles y fuertes del personal respecto a la seguridad.
- Consensuar un currículo mínimo de formación básica en seguridad del paciente que incluya conocimiento en prácticas clínicas seguras,

comunicación con el equipo, y factores de los servicios de salud que influyen en la seguridad.

- Promover la formación básica de los profesionales sanitarios durante sus estudios y una formación especializada y continua sobre seguridad del paciente.
- Identificar, difundir y compartir a nivel nacional, regional y local, información y experiencias sobre seguridad del paciente, a través de medios como congresos, jornadas, conferencias, páginas web, etc.
- Difundir de forma periódica recomendaciones actualizadas para evitar cuidados sanitarios ineficientes para el paciente.

2.5.2 Línea estratégica 2: Prácticas clínicas seguras

Las prácticas seguras están dirigidas a promover el uso seguro de medicamentos, a prevenir infecciones asociadas a la asistencia y a evitar daños asociados a la cirugía o a cuidados del paciente.

- Promover el uso seguro de los medicamentos.
- Promover prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
- Promover la implantación de prácticas seguras en cirugía.
- Promover la implantación de prácticas seguras en los cuidados de los pacientes.
- Promover la identificación correcta del paciente.
- Promover la comunicación entre los profesionales.
- Promover el diseño y desarrollo de estrategias para el abordaje de eventos adversos graves.
- Promover el uso seguro de las radiaciones ionizantes en los procedimientos clínicos.

2.5.3 Línea estratégica 3: Gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes.

Está orientada a la identificación y análisis de los riesgos asociados a la atención sanitaria al igual que el desarrollo de planes de acción destinados a

informar a profesionales sobre aquellos incidentes relacionados con la seguridad del paciente, especialmente los eventos centinela, para prevenir su repetición.

- Promover la gestión de riesgos en los centros sanitarios
- Promover la implantación y desarrollo de sistemas de notificación de incidentes relacionados a la asistencia sanitaria para el aprendizaje.

2.5.4 Línea Estratégica 4: La participación de los pacientes y ciudadanos, por su seguridad.

Esta participación se basa en los derechos del individuo, como ciudadano, tiene derecho a tomar parte en las decisiones que se tomen y así permitirle la libertad de elección dentro del sistema.

- Promover la participación de los pacientes y sus cuidadores en la seguridad del paciente.

2.5.5 Línea Estratégica 5: Investigación en seguridad del paciente

Estas áreas de investigación deben incluir aspectos que permitan mejorar el conocimiento sobre la magnitud y características del riesgo clínico, la comprensión de los factores que contribuyen a la aparición de sucesos relacionados a la seguridad del paciente, el impacto de los eventos, pero también la identificación de soluciones factibles y sostenibles para lograr una atención más segura.

- Promover la mejora del conocimiento en la prevención del daño asociado con la atención sanitaria.

2.5.6 Línea Estratégica 6: Participación Internacional

Organizaciones como la OMS u OPS, brindan nuevas acciones desarrolladas para favorecer a la seguridad del paciente.

- Promover la colaboración internacional en seguridad del paciente.



Ilustración 23 Elaboración Propia. Fuente: Líneas estratégicas de las UFSP.:

2.6 FUNCIONES DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES

Al momento las unidades asistenciales realizan funciones relacionadas con la cultura, identificación, análisis y tratamiento de los riesgos; y en general todo aquello que ayude a prevenir o reducir los efectos adversos. (Pardo, et. Al, 2008). Cada uno se detalla a continuación.

2.6.1 Cultura de seguridad

Es una de las deficiencias más notorias en la cual las unidades deben enfocar su mejora. En general se debe buscar la promoción de la cultura de seguridad sensibilizando a pacientes y profesionales (Pardo, et. Al, 2008). Entre ellas pueden realizar las siguientes actuaciones:

- Impulsar y desarrollar talleres y congresos.
- Elaborar documentos, folletos o trípticos.
- Desarrollar fuentes de difusión informática.
- Gestión de riesgos.
- Promover en general la información a profesionales, pacientes, usuarios y población en general del sistema sanitario.

2.6.2 Formación

Existe una serie de mejoras en el profesional asistencial que impulsan su mejora. Las unidades deben promover en el establecimiento, cursos de seguridad del paciente tanto en ámbitos generales como en áreas específicas, ya sea IAAS (Infecciones asociadas a la atención en salud), el AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos), el ARC (Annual Review of Congresses) o en diseños de estudios (Pardo, et. Al, 2008).

2.6.3 Identificación de Riesgos

Las unidades entre sus funciones deben establecer cuál o cuáles serán las fuentes de información que quieren utilizar para identificar riesgos posteriormente (Pardo, et. Al, 2008). Se citan entre ellos:

- Entrevistas y/o grupos focales de profesionales en el área de riesgo (quirófano, urgencias, UCI, etc.)
- Indicadores de calidad y de seguridad del paciente basados, por ejemplo, en el conjunto mínimo básico de datos (CMBD).
- Programa de notificación de errores y eventos adversos.
- Información proveniente de la bibliografía.
- Reclamaciones económicas y generales.
- Partes o informes del centro asistencial.
- Estudios específicos realizados en el centro asistencial.
- Estudios generales que brinden información acerca de riesgos potenciales determinados dentro del sistema sanitario en nuestro país

2.6.4 Evaluación y análisis de riesgos

Una vez establecidas las fuentes de información, los miembros de la unidad deben evaluar las situaciones de riesgo identificadas para establecer un orden priorizando aquellas que necesiten ser tratadas pronto (Pardo, et. Al, 2008).

2.6.5 Tratamiento de los riesgos

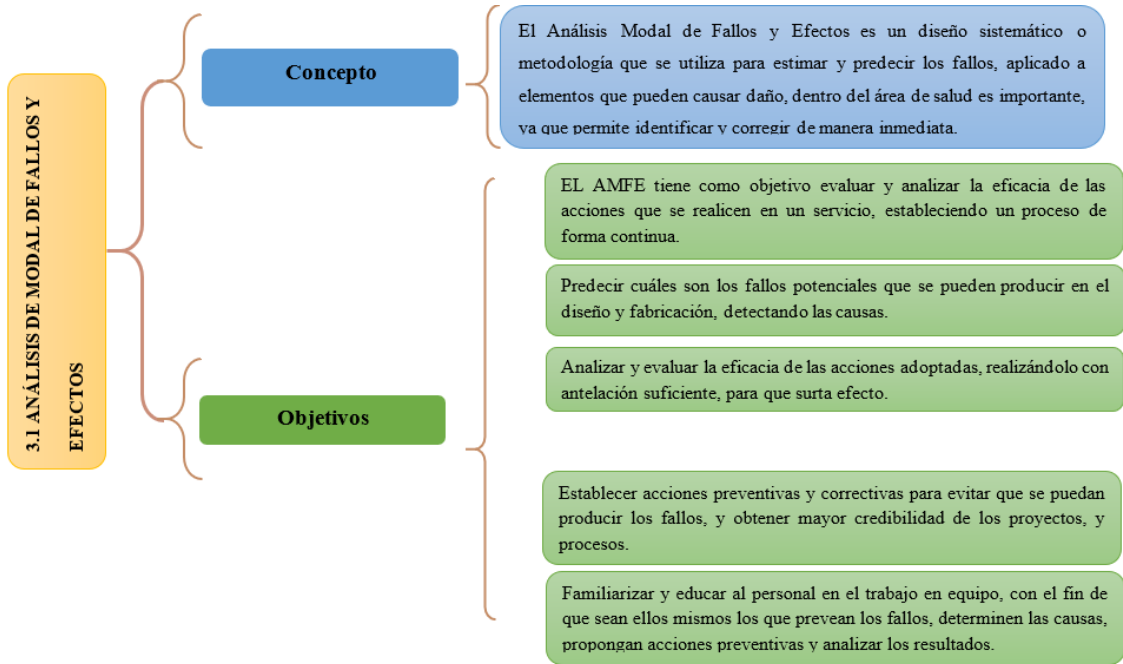
Su objetivo es proponer y/o diseñar medidas para evitar o reducir los riesgos identificados y priorizados, desarrollando actuaciones específicas y prácticas clínicas seguras.

Además de las funciones mencionadas, también se desarrollarán como el asesoramiento del equipo directivo, la coordinación con las estructuras que trabajan en seguridad del paciente, la vigilancia de posibles situaciones de riesgo, incentivar a la responsabilidad profesional, el establecimiento de objetivos para mejorar la seguridad clínica de los pacientes o proporcionar soporte metodológico y técnico a los profesionales sanitarios para el desarrollo de iniciativas dirigidas a la mejora de la seguridad clínica (Pardo, et. Al, 2008).

CAPÍTULO III

3. ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS

Diagrama 3 Concepto y Objetivos del Análisis Modal de Fallos y Efectos



Fuente: Elaboración propia con el material - Análisis de riesgos según la metodología FMEA por Hurtado et al., (2019)

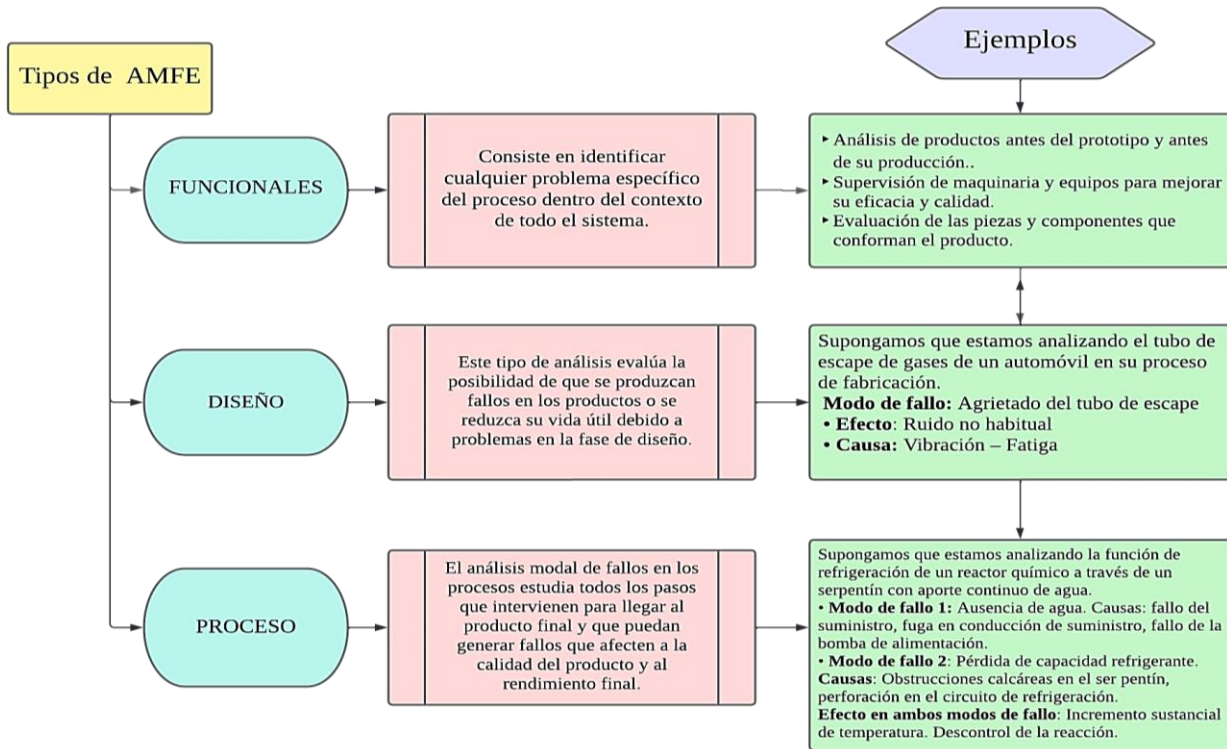
Tabla 2 Modelo tabla Análisis modal de fallos y efectos (AMFE).

PROCESO							
EQUIPO					PUNTUACIÓN		
GRAVEDAD (G)		FECUENCIA (F)		DETECTABILIDAD (D)			
Catastrófico	9-10	Muy frecuente	9-10	Bajo o nula	9-10		
Alta	5-8	Ocasional	7-8	Moderada	7-8		
Moderado	3-4	Poco frecuente	5-6	Ocasional	5-6		
Baja	1-2	Remota	1-4	Alta	1-4		
Pasos del proceso.	Posibles fallos.	Posibles causas	Posibles consecuencias.	G	F	D	NPR

Fuente: Elaboración propia, modelo propuesto por Sandra Rojas (2018)

3.1 TIPOS DE ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE)

Diagrama 4 Tipos de Análisis modal de fallos y efectos con ejemplos



Fuente: Elaboración propia con el material - Análisis modal de fallos y efectos para mejorar la calidad en los ensayos clínicos por Mañes-Sevilla, M (2018).

Ejemplos Análisis Modal De Fallos y Efectos (AMFE) enfocados en al área de salud

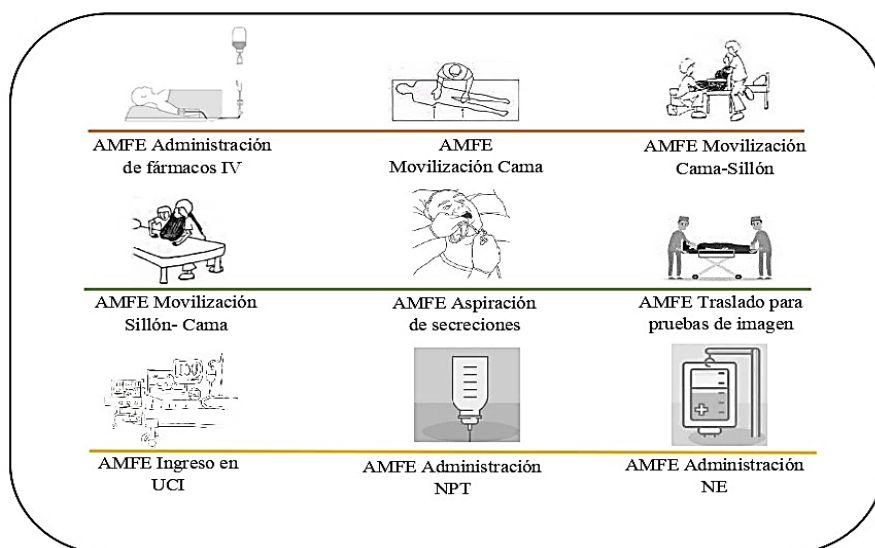


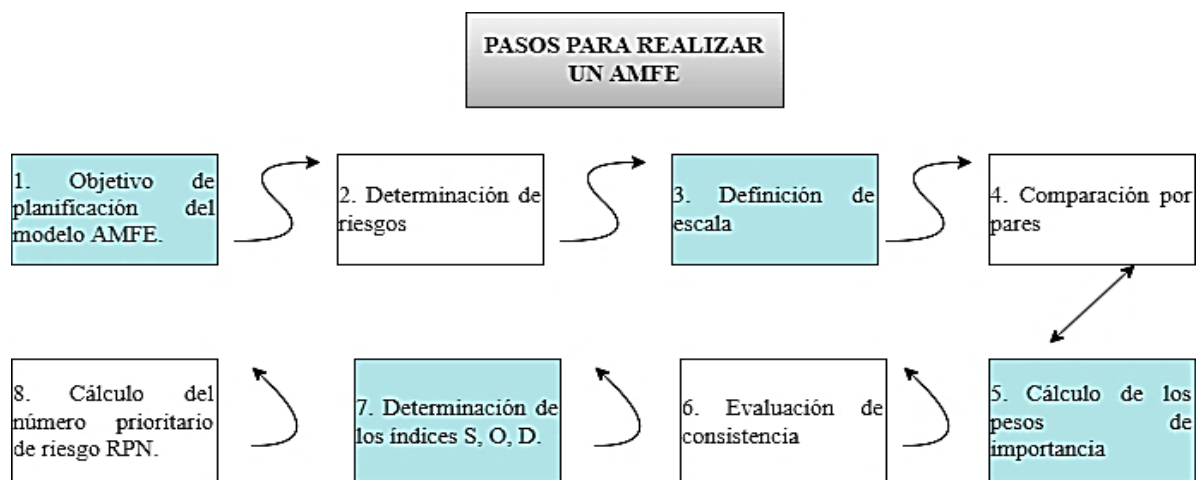
Ilustración 24 Ejemplos AMFE enfocados en al área de salud Fuente: Elaboración propia con el material - Failure Mode and Effects Analysis (Fmea) Implementation. Rojas Lema, (2019)

3.2 ¿CUÁNDO HACER UN AMFE?

- Al rediseñar un proceso o cuando se decida iniciar uno nuevo.
- Antes de ejecutar un plan de control o ya sea considerar mejoras de esta.
- En el momento en que se va a analizar las debilidades de un proceso, priorizándolas; en las cuales se destaquen las que necesitan más cambios.
- Cuando se detectan problemas o que estos hayan sido transmitidos por pacientes.
- Cuando se pone en marcha un nuevo centro sanitario o servicio de salud.
- Se recomienda siempre que se requiera asegurar la calidad en diseñar un nuevo proceso o cambiarlo (Xu et al, 2021).

3.3 PASOS PARA REALIZAR UN AMFE

Diagrama 5



Fuente: Elaboración propia, modelo propuesto por Edina Kulcsár, Tamás Csiszér, János Abonyi (2020).

3.4 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL AMFE

El nivel de aplicación del AMFE es muy amplio, debido a que se analiza el conjunto de un proceso asistencial y las actividades de un servicio en concreto de la respectiva institución, por lo cual, recomendamos realizar un AMFE cuando se inicia un nuevo servicio de atención, para realizar cambios de un proceso e incluso en la implementación de nuevas regulaciones o normativas

y cuando existan reclamaciones de los clientes (Caballero et al., 2021). Por lo general, los riesgos que se analizan en el método AMFE se orientan en los estudios epidemiológicos realizados en el país, por lo que los errores más comunes son:

- Manejo de la medicación de alto riesgo
- Errores de comunicación paciente-enfermero
- Errores de diagnóstico

Es importante mencionar que la ventaja más relevante del método AMFE es el tomar conciencia de cómo se realizan las actividades y cómo podemos mejorarlas, con la finalidad de encontrar soluciones a los problemas, sin embargo, la desventaja es el laborioso y extenso trabajo que conlleva la realización de este (Caballero et al., 2021).

Tabla 3 Ventajas y Desventajas Análisis Modal De Fallos Y Efectos (AMFE)

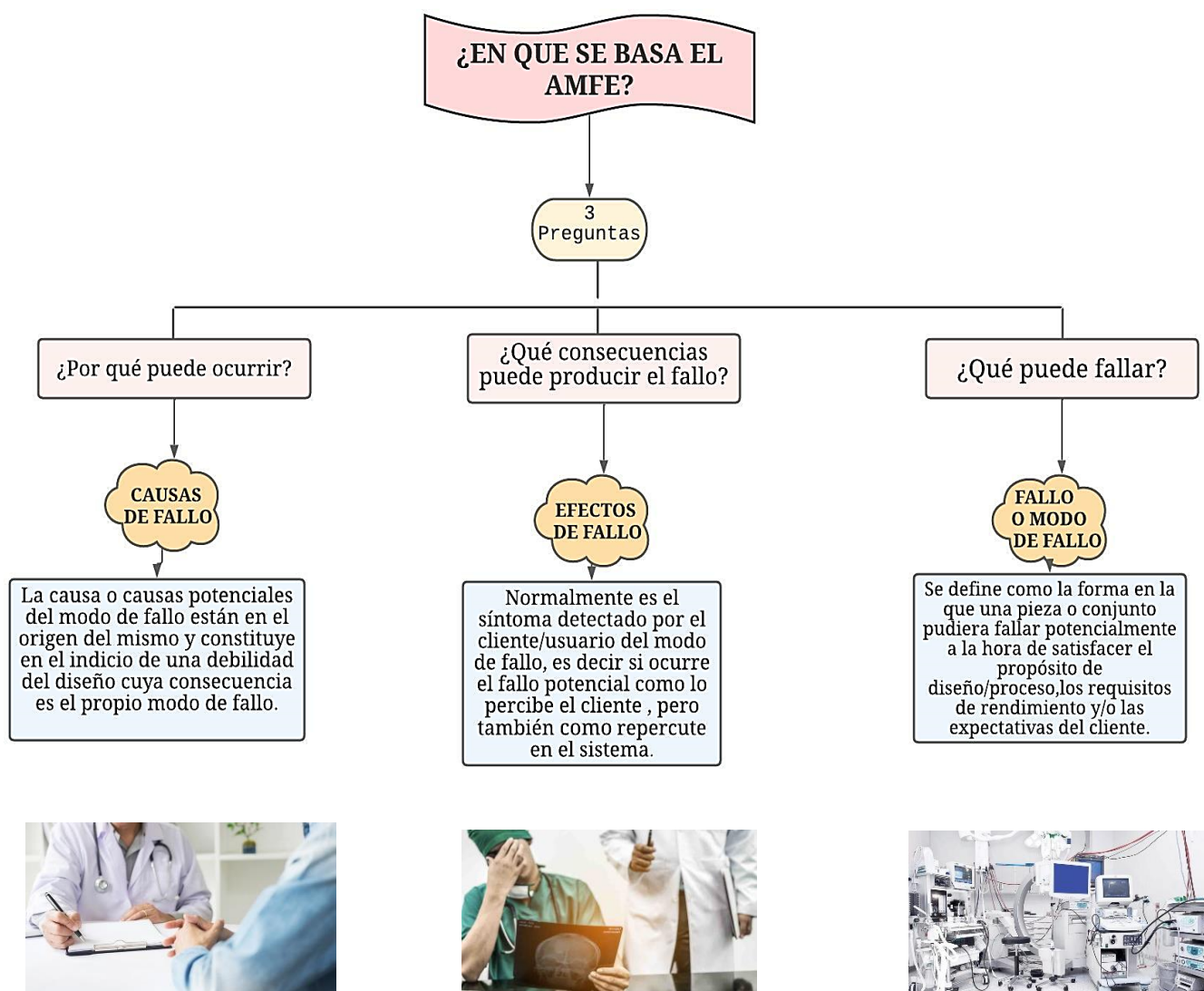
VENTAJAS	DEVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> ◆ El nivel de aplicación es muy amplio ◆ Facilita la identificación y eliminación de los fallos potenciales. ◆ Aumenta la efectividad de los procesos. ◆ Logra el objetivo con menos recursos. ◆ Reduce los costos de mantenimiento y los asociados a los errores. ◆ Mejora la satisfacción del usuario de salud. ◆ Mantiene el conocimiento de la institución al ser un método documentado. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ El éxito está dado por la experiencia y conocimiento de los miembros sobre el producto, proceso o sistema que se analiza. ◆ Pueden generarse el número de prioridad de riesgo (NPR) con el mismo valor a pesar de tener diferentes combinaciones de severidad, ocurrencia y detección. ◆ El número de prioridad de riesgo (NPR) se limita a los riesgos asociados a la seguridad y no considera otros factores de riesgos como los económicos.

Fuente: Elaboración propia con el material- Análisis modal de fallos y efectos y análisis de minimización de costes de tres programas de entrega de medicamentos por Álvaro R. Caballero (2021)

3.5 ENFOQUES DE UN AMFE

El AMFE se basa en responder tres preguntas claves y necesarias para analizar los fallos y efectos de un determinado estudio o proyecto, la primera hace referencia a las causas, es decir el origen o principio, la segunda menciona los efectos, la cual es detectada según la percepción del cliente y la última analiza el fallo potencial al momento de satisfacer las expectativas del cliente (Abreu et al., 2020).

Diagrama 6 Enfoques de un AMFE



Fuente: Elaboración propia con el material- Análisis de fallos y efectos en la preparación y dispensación de quimioterapéuticos por Priscila C. Abreu (2020).

3.6 ELEMENTOS DE UN AMFE

3.6.1 Gravedad

La gravedad determina la importancia o severidad del efecto del modo de fallo potencial para el usuario; valora el nivel de consecuencias con lo que el valor del índice aumenta en función de la insatisfacción del usuario, degradan las prestaciones o asistencias esperadas y el coste de reparación. Este punto solo es posible mejorarlo mediante acciones en el diseño no deben afectar los controles derivados de la propia aplicación del AMFE o de revisiones periódicas de calidad. La clasificación de tal índice debe ser diseñado por cada empresa en función del producto servicio proceso en concreto. Generalmente se valora el rango con números enteros del 1 al 10 desde la pequeña insatisfacción hasta el caso más grave de problemas de seguridad o infracción reglamentaria (Atienza et al., 2018).

Tabla 4 Clasificación de la gravedad del modo fallo según la repercusión en el cliente/usuario

GRAVEDAD	CRITERIO	VALOR
MUY BAJA repercusiones imperceptibles	No es razonable esperar que este fallo de pequeña importancia origine un efecto real alguno sobre el rendimiento del sistema probablemente el cliente ni se dará cuenta del error o fallo	1
BAJA repercusiones irrelevantes apenas perceptibles	El tipo de fallo origina un ligero inconveniente al cliente probablemente el usuario observará un pequeño deterioro del rendimiento del sistema sin importancia. Es fácilmente subsanable.	2-3
MODERADA efectos de relativa importancia	El fallo produce un cierto disgusto e insatisfacción en el usuario. el cliente observará deterioro en el rendimiento del sistema.	4-6
ALTA	El fallo puede ser crítico y verse inutilizado en el sistema produce un grado de insatisfacción elevado.	7-8
MUY ALTA	Modalidad de fallo potencial muy crítico que afecte el funcionamiento de seguridad del producto o proceso y/o involucra seriamente el incumplimiento de normas reglamentarias. y tal incumplimiento son graves corresponde a 10.	9-10

Fuente: Elaboración propia, modelo propuesto por Sandra Rojas (2018)

3.6.2 Frecuencia

Según González y sus colaboradores (2017) menciona que la frecuencia es la probabilidad de que una causa potencial de fallo o causa específica se produzca y de lugar al modo de fallo. Se trata de una evaluación subjetiva con lo que se recomienda y se dispone de información como utilizar datos históricos o estadísticos si en la empresa existe un control estadístico de procesos es de gran ayuda para poder objetivar el valor. No obstante, la experiencia es esencial.

La única forma de reducir el índice de frecuencia es dos maneras:

- Cambiar el diseño como para reducir la probabilidad de que el fallo pueda producirse.
- Incrementar o mejorar el sistema de prevención y/o control que impiden que se produzca la causa de fallo.

Tabla 5 Clasificación de la frecuencia/ probabilidad de ocurrencia del modo de fallo

FRECUENCIA	CRITERIO	VALOR
MUY BAJA IMPROBABLE	Ningún fallo se asocia a procesos idénticos, nunca se ha dado algún suceso en el pasado, pero es concebible.	1
BAJA	Fallos aislados en procesos similares o casi idénticos. es razonable esperable en la vida del sistema, aunque es poco probable que suceda.	2-3
MODERADA	De efecto aparecido ocasionalmente en procesos similares o previos al actual. Probablemente el fallo aparecerá algunas veces en la vida del componente o sistema.	4-5
ALTA	El fallo se ha presentado con cierta frecuencia en el pasado en procesos similares o previos procesos que han fallado	6-8
MUY ALTA	El fallo es casi inevitable. Es seguro que el fallo se producirá frecuentemente	9-10

Fuente. Elaboración propia, modelo propuesto por Sandra Rojas (2018)

3.6.3 Detectabilidad

El “modo de fallo” se define como la forma en que una pieza o ensamblaje probablemente no cumpla con las intenciones del diseño/proceso, los requisitos de rendimiento y las expectativas del cliente. Los posibles patrones de falla deben describirse en términos "físicos" o técnicos, no como un síntoma que pueda descubrir el cliente. El principio no es un patrón de falla del componente que se analiza. Deben estar numerados consecutivamente. Es posible que el defecto no se detecte de inmediato, lo cual es un aspecto importante que debe tenerse en cuenta, por lo tanto, nunca debe pasarse por alto (Rodríguez et al., 2021).

Tabla 6 Clasificación de detectabilidad del modo de fallo

DETECTABILIDAD	CRITERIO	VALOR
MUY ALTA	Resulta muy improbable que no sea detectado por los controles.	1
ALTA	El defecto, aunque es obvio y fácilmente detectable, podría en alguna ocasión escapar a un primer control, aunque sería detectado con toda seguridad.	2-3
MEDIANA	El defecto es detectable y probablemente no llegue al usuario. Posiblemente se detecte en los últimos estadios de producción.	4-6
PEQUEÑA	El defecto es de tal naturaleza que resulta difícil detectarlo con procedimientos establecidos hasta el momento.	7-8
IMPROBABLE	El defecto no puede detectarse. Casi seguro que lo percibirá el cliente final.	9-10

Fuente. Elaboración propia, modelo propuesto por Sandra Rojas (2018)

3.6.4 Acción Correctora

Las acciones correctivas recomendadas se describen en general, el tipo de acción correctiva que elijamos seguirá los siguientes criterios, en su caso:

- Cambiar el diseño de un producto, servicio o proceso abonado.
- Modificar el proceso de producción.
- Mayor supervisión o inspección.

Siempre es necesario buscar la eficiencia del proceso y la variabilidad de cualquier tipo de costo, generalmente es mejor reducir la probabilidad de un problema que gastar recursos en solucionarlo (Nápoles et al., 2019). Sin

embargo, la gravedad de las consecuencias del método fallido debería ser el factor determinante en el índice de preferencia por el riesgo.

Tabla 7 Modelo tabla acciones de mejora

Fallo. NPR	Causa	Mejora	Responsable	Tiempo de implantación

Fuente. Elaboración propia, modelo propuesto por Sandra Rojas (2018)

CAPÍTULO IV

4. SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DENTRO DEL ÁREA HOSPITALARIA

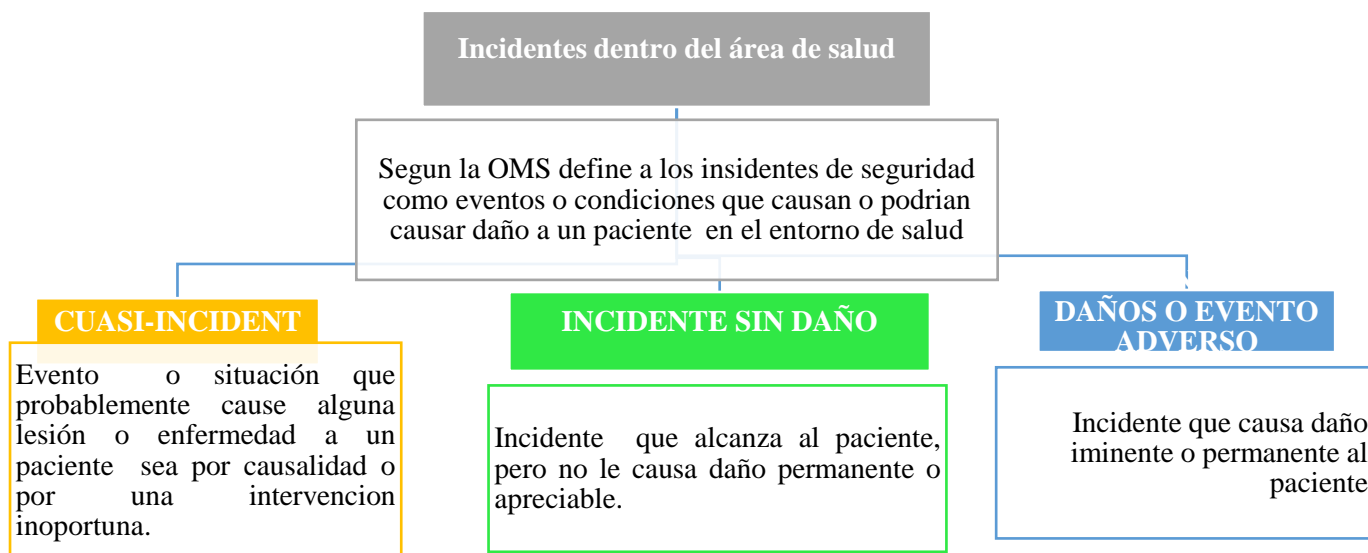
4.1 INCIDENTES DENTRO DEL ÁREA DE SALUD

La Organización Mundial de la Salud define los incidentes de seguridad del paciente como eventos o condiciones que causan o podrían causar daño innecesario a un paciente en un entorno de atención médica. (MSP, 2020)

4.1.1 Tipos de Incidentes

- Cuasi-incidente
- Incidente sin daños
- Incidente con daños o evento adverso
-

Diagrama 7



Fuente. Elaboración propia, modelo propuesto por Ministerio de Salud – Guía de Práctica Clínica de Seguridad del Paciente (2020)

Diagrama 8



Fuente. Elaboración propia, modelo propuesto por Ministerio de Salud – Guía de Práctica Clínica de Seguridad del Paciente (2020)



Ilustración 25 Tipos de incidentes en el área hospitalaria Fuente: MSP 2018

4.2 IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE INCIDENTES

A lo largo de la existencia de la OMS, la Organización Mundial de la Salud ha buscado promover y desarrollar la calidad de la salud. Promover el uso de filosofías de la industria para la mejora continua y la gestión de la calidad total en los sistemas y servicios de salud. Se ha convertido en un promotor de políticas para el desarrollo de medidas de prevención de accidentes, para que los sistemas de salud de los países miembros de la OMS apliquen políticas y

programas sectoriales de salud con un marco normativo de calidad asistencial y seguridad al paciente.

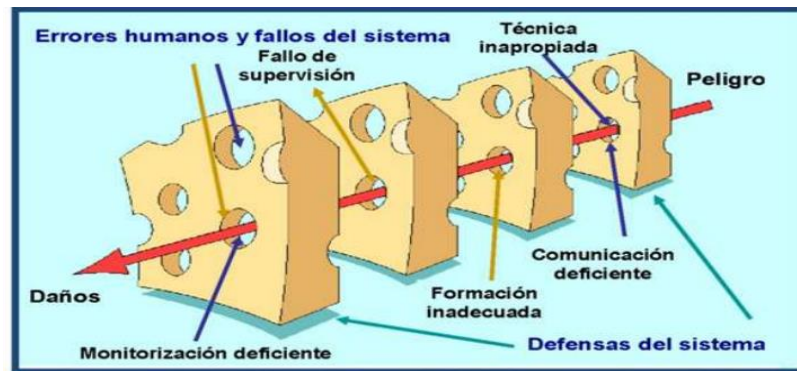
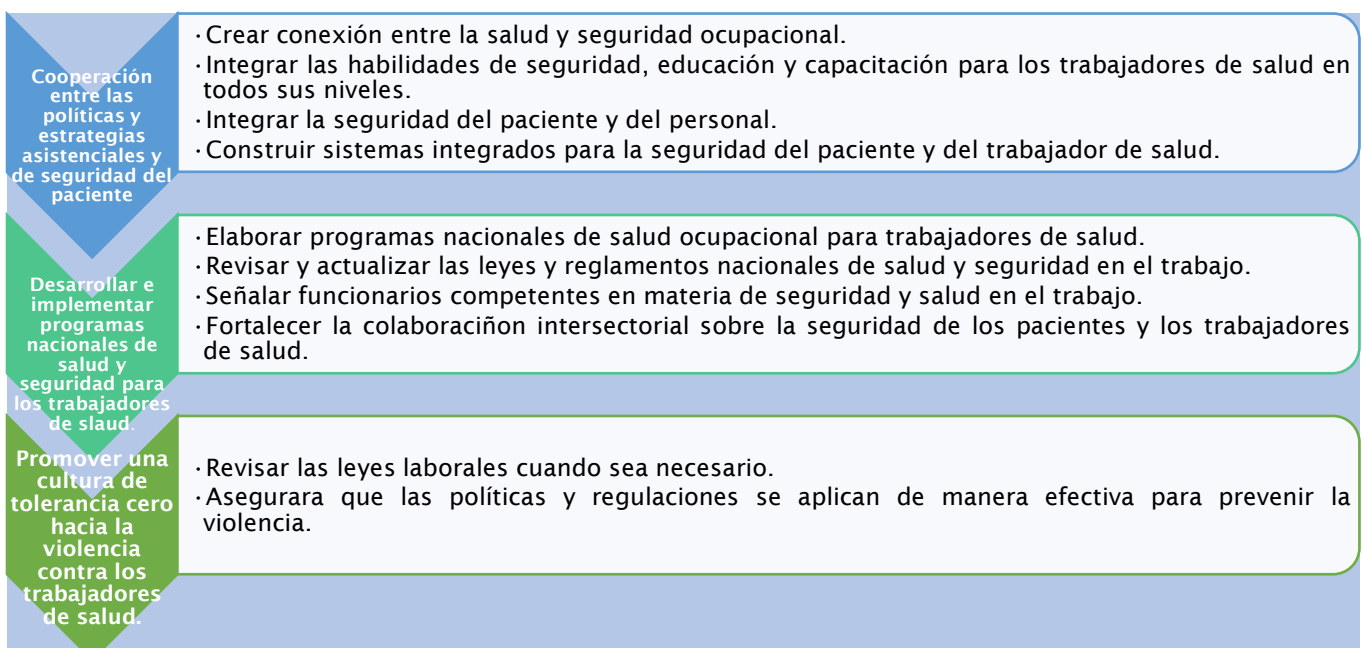


Ilustración 26 Modelo de "Queso Suizo" de seguridad del paciente Fuente: Manual de seguridad del paciente 2016

4.3 ESTRATEGIAS PARA PREVENCIÓN DE INCIDENTES

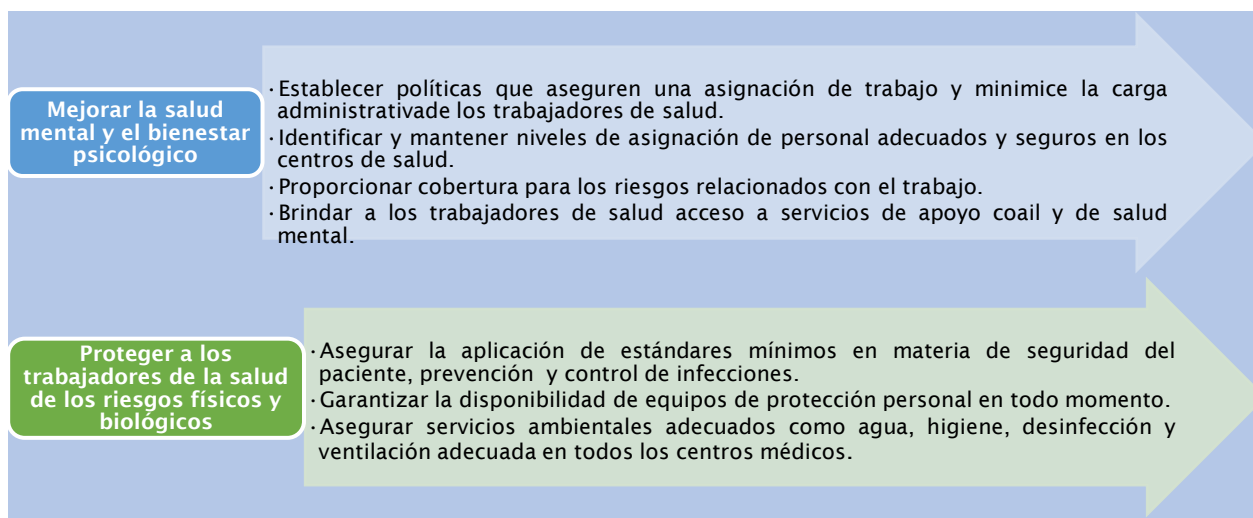
- Establecer sinergias entre las políticas y estrategias asistenciales y de seguridad del paciente
- Desarrollar e implementar programas nacionales de salud y seguridad en el trabajo para los trabajadores de la salud
- Proteger a los trabajadores de la salud de la violencia en el lugar de trabajo
- Mejorar la salud mental y el bienestar psicológico
- Proteger a los trabajadores de la salud de los riesgos físicos y biológicos

Diagrama 9



Fuente. Elaboración propia, modelo propuesto por Ministerio de Salud – Seguridad del paciente (2018)

Diagrama 10



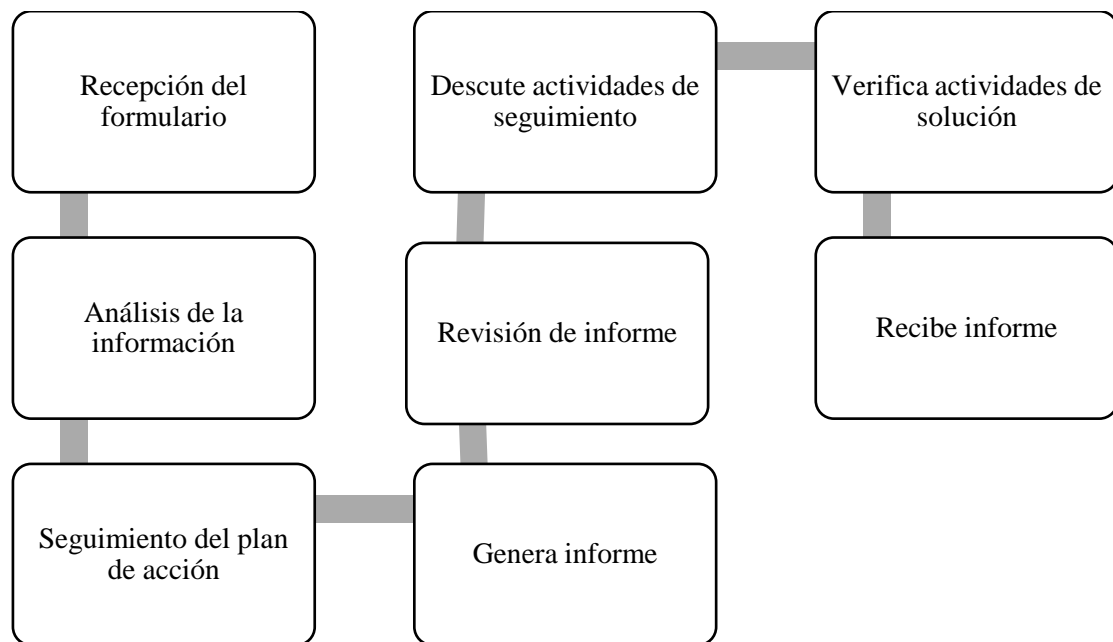
Fuente. Elaboración propia, modelo propuesto por Ministerio de Salud – Seguridad del paciente (2018)

4.4 PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES.

Se realiza tomando en cuenta los principales factores influyentes como la cantidad y la calidad de los materiales y equipamientos disponibles, las condiciones estructurales del servicio y el acceso a las nuevas tecnologías; el su dimensionamiento del personal de enfermería, la formación y la cualificación, tiempo de experiencia profesional inferior a cinco años, para incidentes más leves y superior a cinco años para daños más graves. La implementación de políticas de seguridad, por otro lado, favorece la identificación y notificación de incidentes, pasos necesarios para fortalecer la cultura de seguridad. La información obtenida de las notificaciones es determinante para los responsables de la toma de decisiones, responsables del desarrollo y la gestión de las políticas de seguridad, los profesionales de la salud y los pacientes, y puede apoyar la implementación de mejoras organizativas. La toma de decisiones basadas en datos sobre notificaciones de incidentes, entonces, debe ser un compromiso asumido por los agentes

involucrados en políticas públicas para la seguridad del paciente. Se trata de una investigación descriptiva y exploratoria con un enfoque cuantitativo, realizada a partir de datos secundarios de notificaciones de incidencias relacionadas con la atención sanitaria.

Diagrama 11



Fuente: Ilustración propia modelo de flujograma de práctica segura de notificación de eventos adversos. Hospital de Especialidades Portoviejo

4.5 ¿CÓMO MEJORAR LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES EN EL ÁREA HOSPITALARIA?

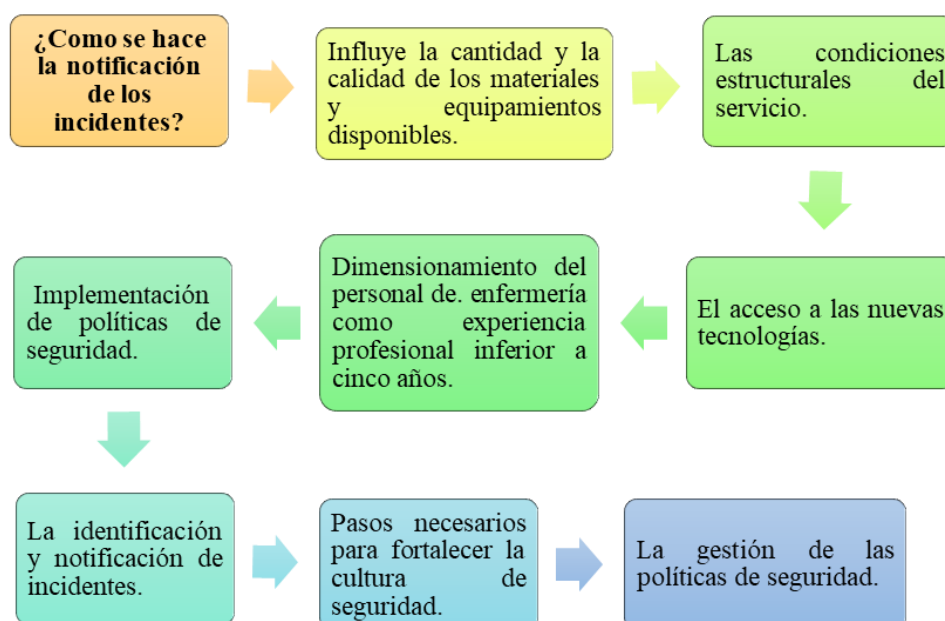
La seguridad del paciente ha avanzado significativamente en los últimos 20 años, tanto en la promoción de este tema como en la mejora de las herramientas y métodos utilizados.

Sin embargo, después de dos décadas de uso de esta herramienta en el cuidado de la salud, las limitaciones de la incidencia de la seguridad del paciente están bien documentadas. Los informes comunes pueden estar sujetos a un sesgo de selección debido a su naturaleza voluntaria o debido a una cultura de seguridad de bajo nivel en la organización. En comparación con herramientas como la revisión de gráficos, la retroalimentación en vivo y las Herramientas de Activación Global o Global Trigger Tools (GTT), estos sistemas capturan solo una pequeña parte de los eventos y es posible que no

identifiquen de manera confiable los eventos críticos. El rango de incidentes reportados es limitado. De hecho, las mejores estimaciones realizadas para la eficacia de SRISP oscilan entre el 10 % y el 25 %.

En los últimos años, hemos aprendido el sistema de reporte de incidentes de seguridad del paciente no se puede implementar solo. Debe complementarse con otras herramientas como GTT, seguimiento de indicadores, métodos de seguimiento, entre otros. Descubrimos que el impacto real de SRISP no estaba en permitirnos implementar la gestión estratégica de incidentes para una organización, sino en motivar y hacer un cambio en la cultura, promoviendo a usted y a la organización a un grado asombroso de proactividad en la detección de incidentes y compromiso con los cambios y mejoras realizadas. Un ejemplo es que en las instalaciones médicas se regula el aumento de reportes, sabiendo que, a mayor nivel, más abierto y consciente está el personal para detectar y reportar incidentes sin temor. La experiencia ha demostrado que cuando se establece por primera vez el sistema de informes, se pueden realizar análisis y mejoras para cada incidente recopilado. Sin embargo, por cuestiones de tiempo y recursos humanos disponibles, a medida que se mejora el sistema y evoluciona la cultura corporativa, es necesario priorizarlos con algunos criterios específicos, como diagrama de Pareto, intensidad de eventos o matriz de impacto (Llerena et al., 2022).

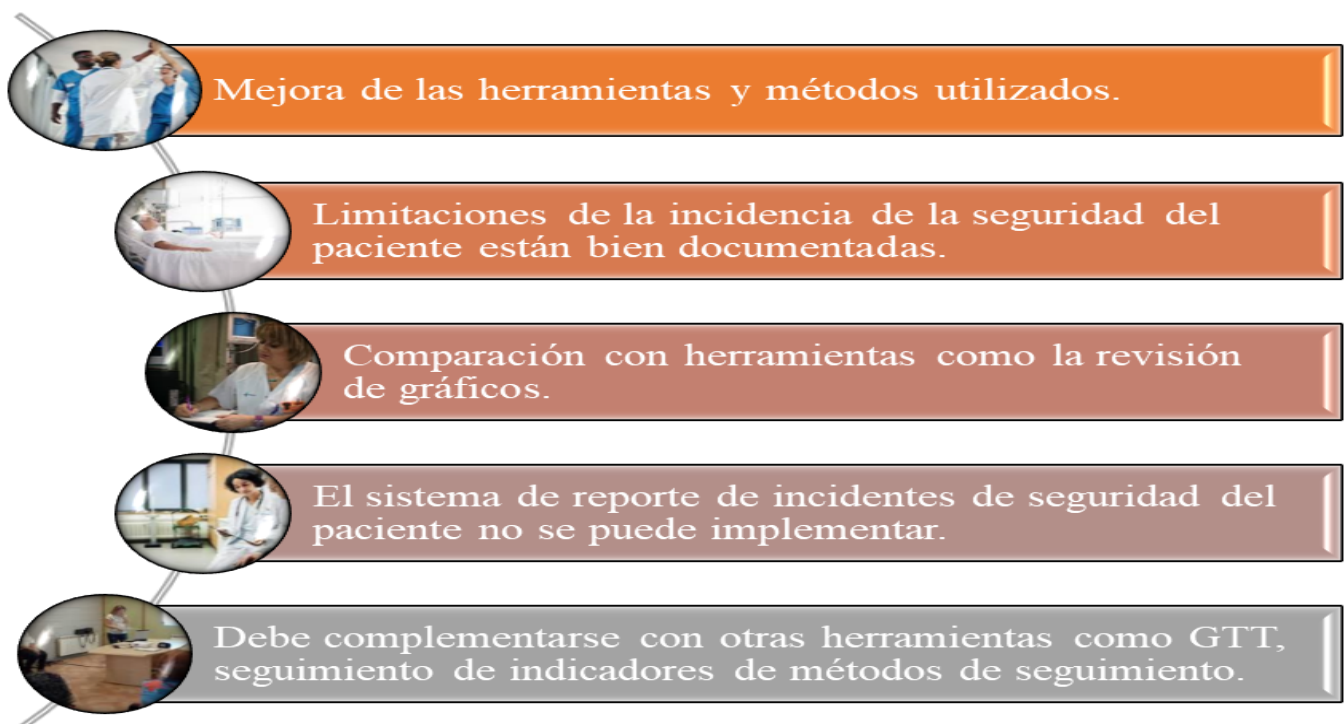
Diagrama 12



4.6 COMO EVITAR QUE SE PRODUZCAN INCIDENTES DENTRO DEL ÁREA HOSPITALARIA.

La seguridad del paciente ha avanzado significativamente en los últimos 20 años, tanto en la promoción de este tema como en la mejora de las herramientas y métodos utilizados. El Sistema de Reporte de Incidentes de Seguridad del Paciente (SRISP) fue uno de los capítulos que recibió más prensa.

Diagrama 13

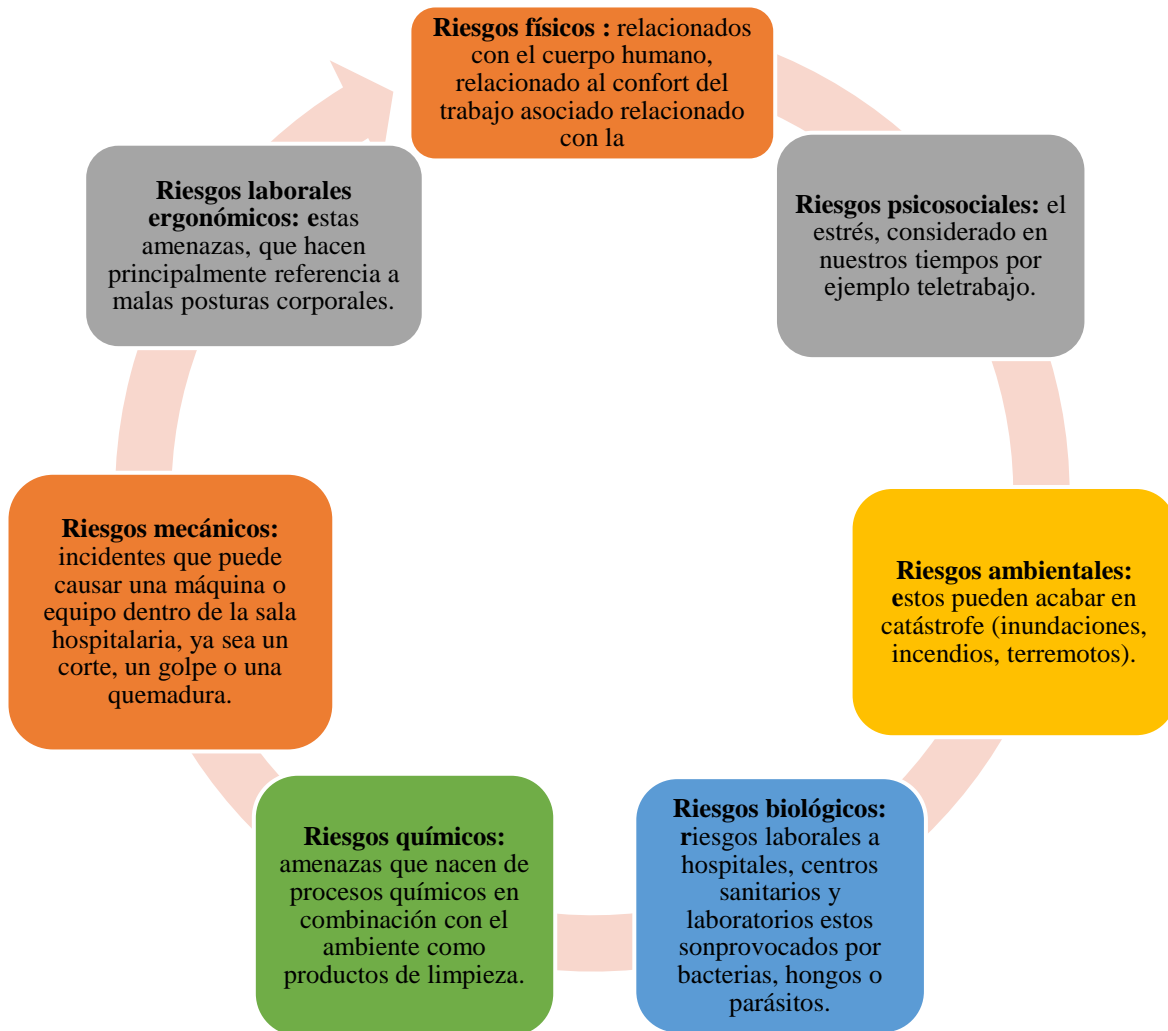


Fuente: Visibilización de condiciones de trabajo del personal de salud en Ecuador en tiempos de pandemia (2022).

4.6.1 ¿Cómo evitar que se produzcan los incidentes dentro del área hospitalaria?

Para evitar que se produzcan incidentes dentro del entorno laboral hospitalario debemos saber el significado los siguientes riesgos asociados dentro de un ámbito laboral de cualquier índole, los mismos que servirán para evitar los mismos al momento de actuar ante cualquier tipo evento que se relacionen (Llerena et al., 2022).

Diagrama 14 Incidentes dentro del área hospitalaria



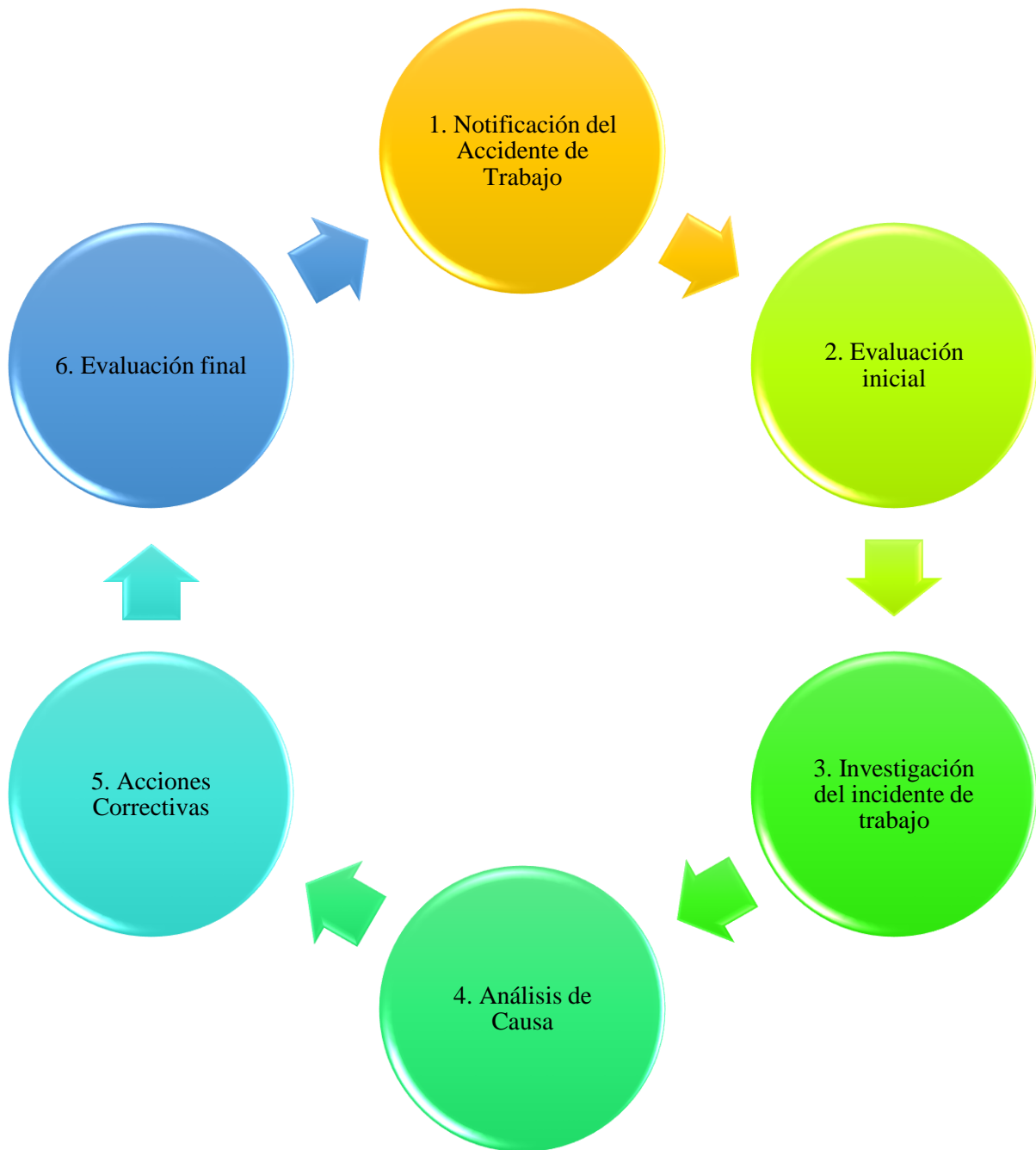
Fuente: *Visibilización de condiciones de trabajo del personal de salud en Ecuador en tiempos de pandemia (2022).*

4.7 GESTIÓN DE INCIDENTES

La gestión de incidentes provee informaciones sobre la causa de un problema y ayuda a evitar su recurrencia (todos sabemos cuánto esos eventos pueden costarle a una empresa)

4.7.1 Las etapas fundamentales de la Gestión de Incidentes de Trabajo

Diagrama 15 Sistema de incidentes

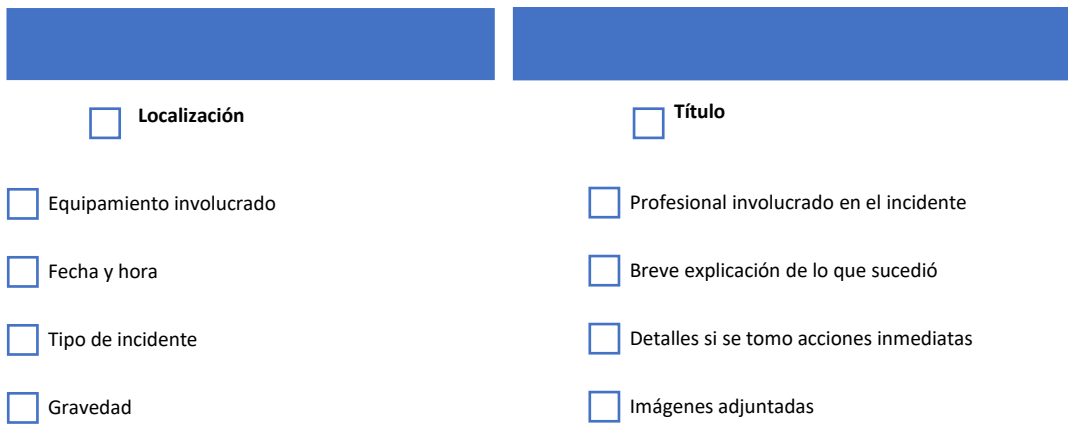


Fuente. Elaboración propia, modelo propuesto por Ministerio de Salud – Guía de Práctica Clínica de Seguridad del Paciente (2020)

4.7.2 Notificación del Accidente de Trabajo

Es cuando las informaciones preliminares sobre un incidente son enviadas a la gestión. Habitualmente es hecho por un trabajador notificar.

Diagrama 16



Fuente. Elaboración propia, modelo propuesto por Ministerio de Salud – Guía de Práctica Clínica de Seguridad del Paciente (2020)

4.7.3 Evaluación inicial

El evaluador debe examinar la notificación que se le envió, teniendo en cuenta la política de la empresa y la legislación local de salud y seguridad.

Diagrama 17



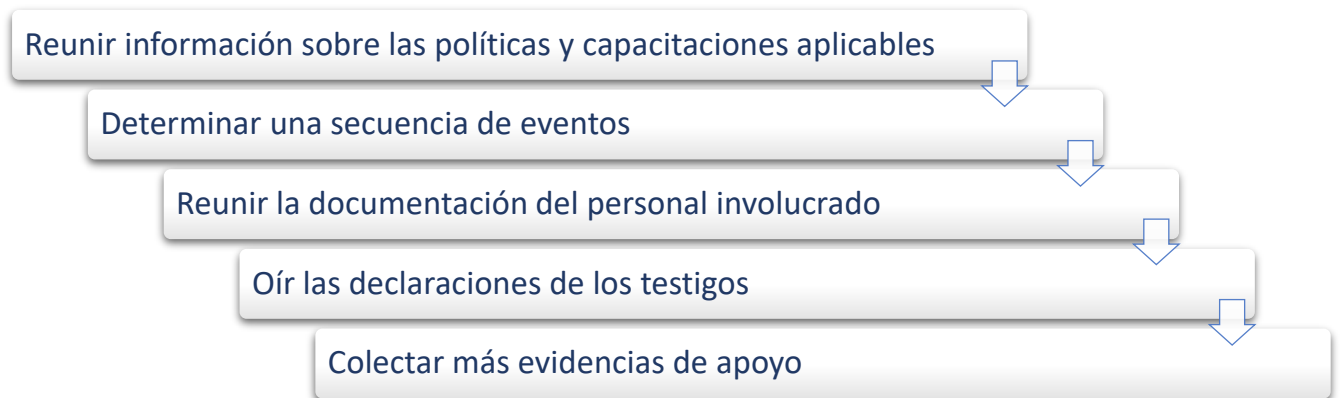
Fuente. Elaboración propia, modelo propuesto por Ministerio de Salud – Guía de Práctica Clínica de Seguridad del Paciente (2020)

Una vez realizado todo esto el evaluador determinará una investigación si es necesaria. Sólo es necesaria cuando los incidentes son de gravedad mediana o alta, caso contrario el proceso debe ignorar la próxima etapa.

4.7.4 Investigación del incidente de trabajo

Es la etapa más moderada del proceso. Abarca principalmente datos cualitativos incluyendo datos personales y confidenciales, los cuales deben ser cuidadosamente documentados.

Diagrama 18

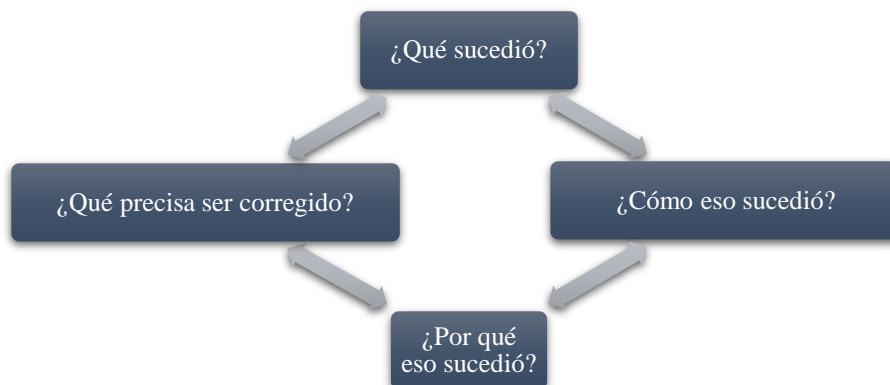


Fuente. Elaboración propia, modelo propuesto por Ministerio de Salud – Guía de Práctica Clínica de Seguridad del Paciente (2020)

4.7.5 Análisis de Causa

También conocido como Análisis de Causa Raíz (RCA – Root Cause Analysis), en esta etapa nos ayuda a descubrir que acciones correctivas se deben tomar. El objetivo principal es responder lo siguiente:

Diagrama 19



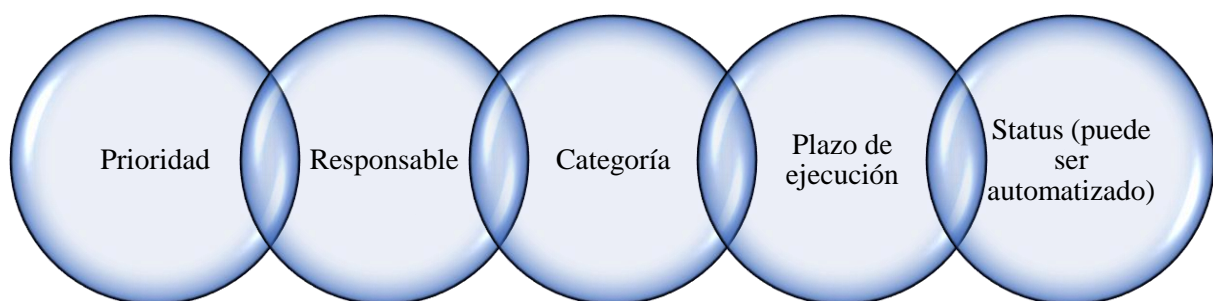
Fuente. Elaboración propia, modelo propuesto por Ministerio de Salud – Guía de Práctica Clínica de Seguridad del Paciente (2020)

Por último, este análisis descubrirá una colección de fallas que llevan al evento. Para remediar dichas fallas y evitar accidentes, se debe realizar un plan de acciones correctivas.

4.7.6 Acciones Correctivas

Son importantes para casi todos los incidentes, especialmente después de una investigación y análisis. Las acciones se las puede definir en cualquier etapa, pero lo más valioso es después del análisis. Teniendo en cuenta que cada acción debe tener un plazo específico.

Diagrama 20



Fuente. Elaboración propia, modelo propuesto por Ministerio de Salud - Guía de Práctica Clínica de Seguridad del Paciente (2020)

4.7.7 Evaluación final

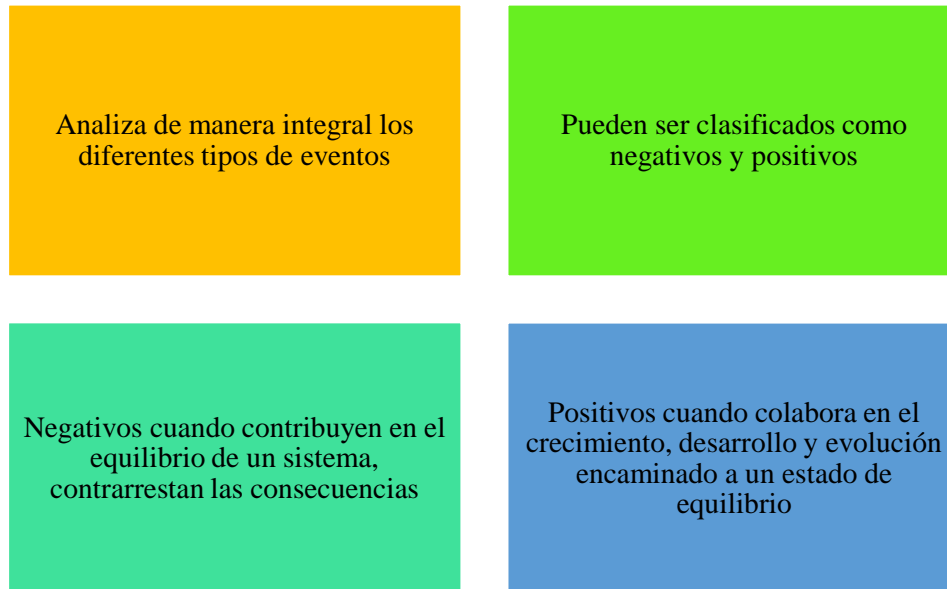
- Aquí los evaluadores analizan todas las etapas del proceso y determinan si el registro del incidente puede ser cerrado.
- Solamente aquellos con la autorización apropiada pueden aprobar o rechazar el proceso, y todos los comentarios de cada aprobación o rechazo deben ser registrados. **ANEXO 1**

4.8 FEEDBACK

Se denomina un método capaz de controlar sistemas consiste en la retroalimentación de tareas o actividades que se reintroducen nuevamente en

el sistema con el objetivo de realizar las modificaciones específicas que sean necesarias, para controlar y optimizar su comportamiento.

Diagrama 21



Fuente: Creación propia basada en Seguridad del Paciente (2020)

Aplicado en un enfoque médico, un análisis de retroalimentación se fundamenta en la mejora del cuidado al paciente o usuario, en las actividades, así como en la calidad de la atención, permitiendo así la evolución a una atención adecuada y positiva, basada en una vista retrospectiva de esta. (MSP, 2020).

CAPÍTULO V

5. ANÁLISIS CAUSA-RAIZ

El Análisis Causa Raíz (ACR) es un marco estructurado y centrado en el proceso para abordar el análisis de los eventos centinela. Tiene el propósito de descubrir la causa y raíz de un problema (¿Qué paso? Y ¿Por qué paso?) para identificar las soluciones adecuadas buscando prevenir sistemáticamente los problemas subyacentes (Rodríguez & Izquierdo, 2021).

Es una técnica sistemática y comprensiva de búsqueda retrospectiva para reconocer las fallas en los procesos de cuidado y los sistemas hospitalarios que pueden haber contribuido a la ocurrencia de un evento centinela (Wright et al., 2019).

- **Evento centinela** es un hecho inesperado que implica la muerte o lesiones graves físicas o psicológicas relacionado con la atención de salud recibida (Rayan et al., 2019).
- **Una causa-raíz** es aquel que si se erradica podrá reducir en gran cantidad la alta posibilidad de que ocurra un Evento Adverso (EA) (Melleiro & Pena, 2017).

5.1 METODOLOGÍA EN EL ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ

Una vez detectado el suceso centinela, es preciso organizar un equipo de trabajo multidisciplinario en el que estén representadas las personas involucradas en el proceso o procesos que tienen que ver con dicho evento. Además, es necesario orientar a los profesionales sobre la información que se necesita conocer y cómo analizarla, así también actuar con esa información (Ruiz et al, 2017).

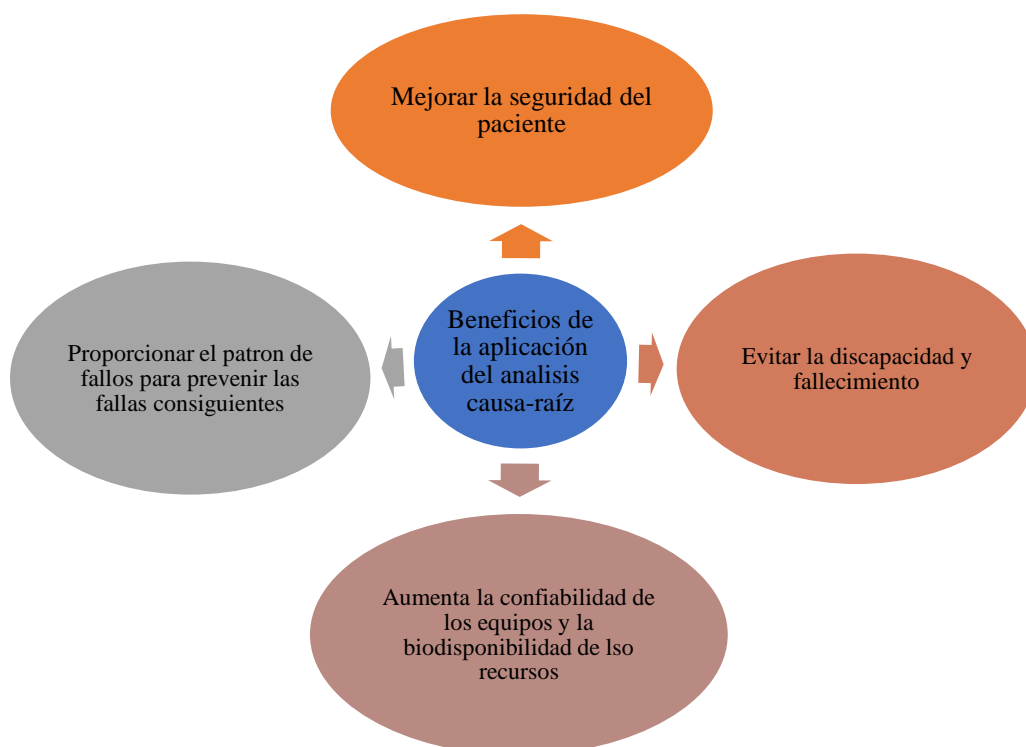
Diagrama 22 Metodología del ACR



Elaboración propia. Fuente: Ruiz et al. *Análisis de causa-raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores artículos metodológicos* (2017)

5.2 BENEFICIOS DE LA APLICACIÓN DEL ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ

Diagrama 23 Beneficios del análisis causa-raíz



Elaboración propia. Fuente: Rodríguez & Rodríguez. *Metodologías validadas para el análisis causal de eventos adversos de trascendencia clínica en la biomedicina* (2021).

5.3 PASOS PARA ELABORAR EL ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ

5.3.1. Identificar los sucesos que van a ser investigados

Diagrama 24 Identificación de sucesos que van a ser investigados

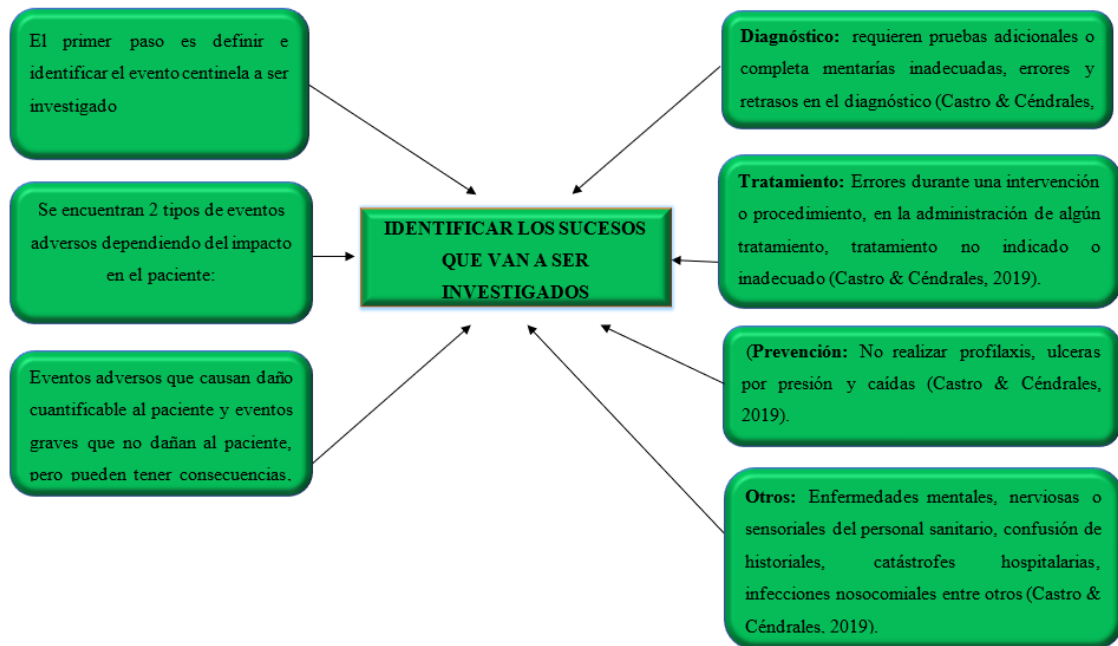
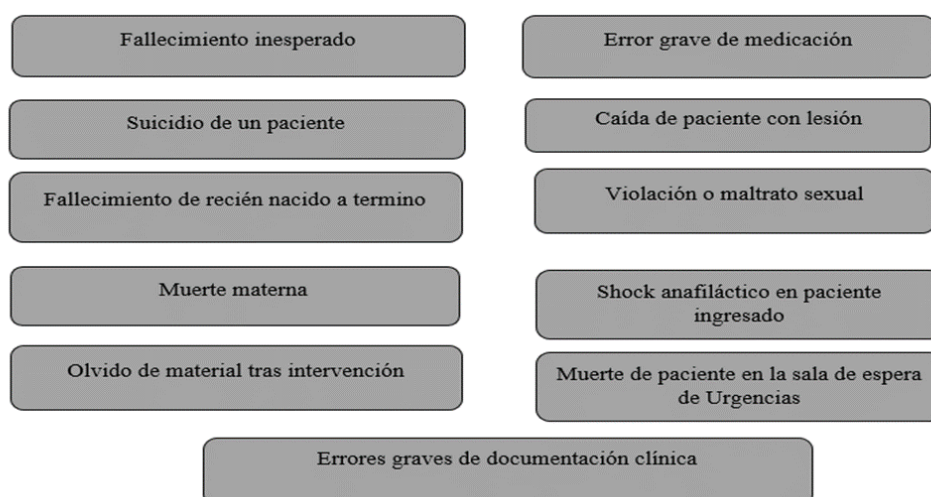


Diagrama 25



Ejemplos de eventos que pueden ser investigados

5.3.2 Recopilación de información

La información necesaria para la investigación sobre el evento centinela debe provenir de la documentación clínica (historial y documentación), protocolo, curso clínico, código de conducta de las personas en la unidad o servicio clínico, el lugar del accidente e incluso el propio paciente y sus familiares. En base a estos últimos, se deberá aplicar entrevistas para la recolección de información. A menudo es necesario recopilar información sobre los equipos (materiales) involucrados en el accidente. Si es posible, el equipo debe permanecer en las mismas condiciones en el momento del accidente, y si no, buscar un dispositivo similar. Las visitas al lugar del accidente son muy útiles. Además, a veces se necesita información adicional, dependiendo de tipo de problema (Cendales, 2019).

5.3.3 Elaboración del mapa de los hechos. Desarrollo de los acontecimientos

Para la presentación de los hechos existe un sinnúmero de herramientas que permite la redacción de los acontecimientos de forma precisa desde el error hasta la producción del evento centinela. Los cuales se aplican para diferentes situaciones, problemas u objetivos específicos (Poveda & Guardiola, 2019).

Algunas de estas herramientas se presentan en la siguiente gráfica:

Diagrama 26

Herramientas
Diagrama de flujo
Línea de tiempo
Espina de pescado
Árbol de fallas
Árbol de omisiones y riesgo administrativo (MORT)

Elaboración propia. Fuente: Poveda & Guardiola. Análisis de causa y raíz (2019)

5.3.3.1 Línea del tiempo

Es la más usada para representar la sucesión de los hechos en base a un periodo de tiempo establecido. La línea de tiempo facilita la comprensión e identificación de las causas subyacentes dentro del análisis causa-raíz. Se elabora con la finalidad de conocer la fecha, hora y actividad realizada (cronología) para identificar en que parte del proceso de atención ocurrió el problema, así también como las personas que intervienen (Rosero et al., 2019).

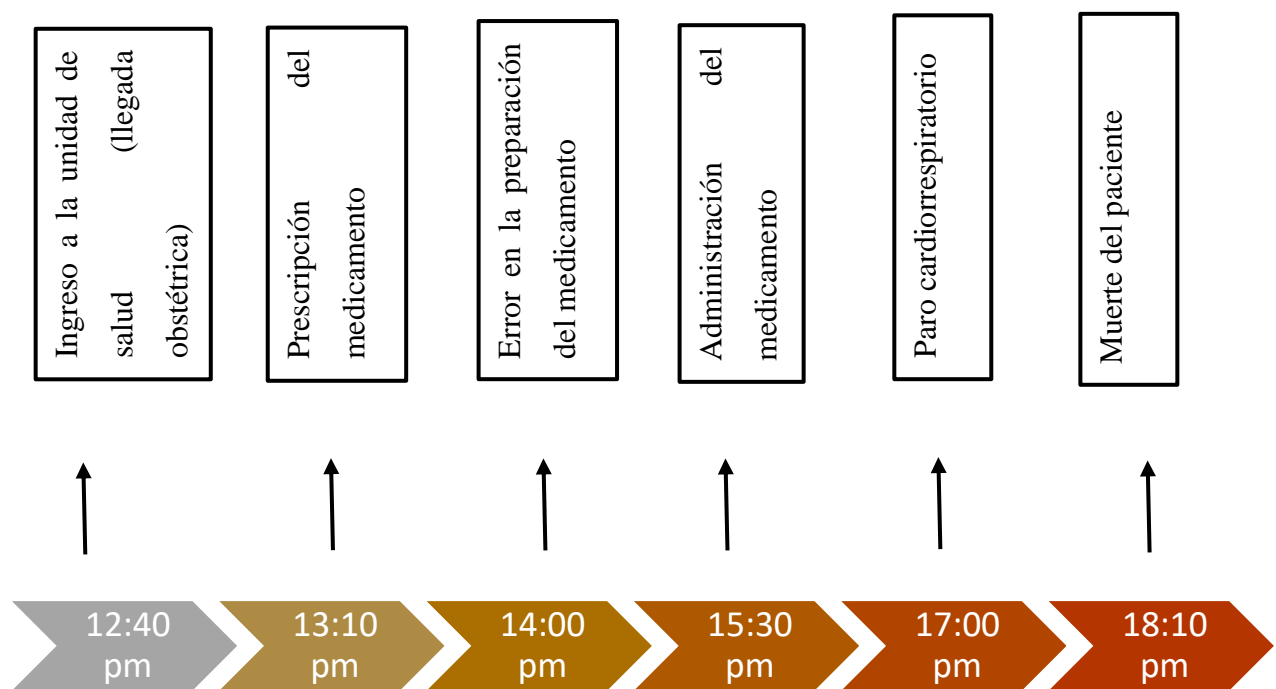


Ilustración 27 Línea de tiempo en proceso de atención al paciente y muerte Fuente: Fondo de las Naciones Unidas

5.3.4 Análisis de la información

Una vez recopilada la información esta deberá ser sometida a un riguroso análisis donde se identificará y se analizará las causas subyacentes (provoca discapacidad o muerte), ya que las seleccionadas serán casos relevantes o causas inmediatas (llamados también: fallos activos, causas próximas, errores próximos, acciones inseguras, error activo, etc.), toda la cantidad de información proviene de documentación variada (Rodríguez & Rodríguez, 2021).

Las causas inmediatas son fáciles de identificarlas, ya que son superficiales y estas esta relacionadas con el profesional (olvidos, incumplimiento, acciones), las cusas profundas se pueden identificar y se pueden prevenir antes que el suceso suceda así provocando la reducción de riesgo (Rodríguez & Rodríguez, 2021).

Causas subyacentes: influye en la producción del incidente, pero no es la causa principal. Una vez solucionado no es seguro que el problema vuelva a ocurrir (Rodríguez & Rodríguez, 2021).

Causa raíz: causa principal que genera el problema, provocando la erradicación del problema o la reducción del daño que pueda ocurrir (Rodríguez & Rodríguez, 2021).

5.3.5 Estudio sobre la existencia de barreras que puedan prevenir los daños

En esta etapa se debe evaluar las barreras existentes en una institución de salud, que puedan prevenir el daño o la ocurrencia de errores (Castillo y Sánchez, 2021).

Los medios de barrera son medios de defensa para para prevenir, detectar y mitigar sus errores y consecuencias.

Los tipos de barreras son los siguientes:

Diagrama 27

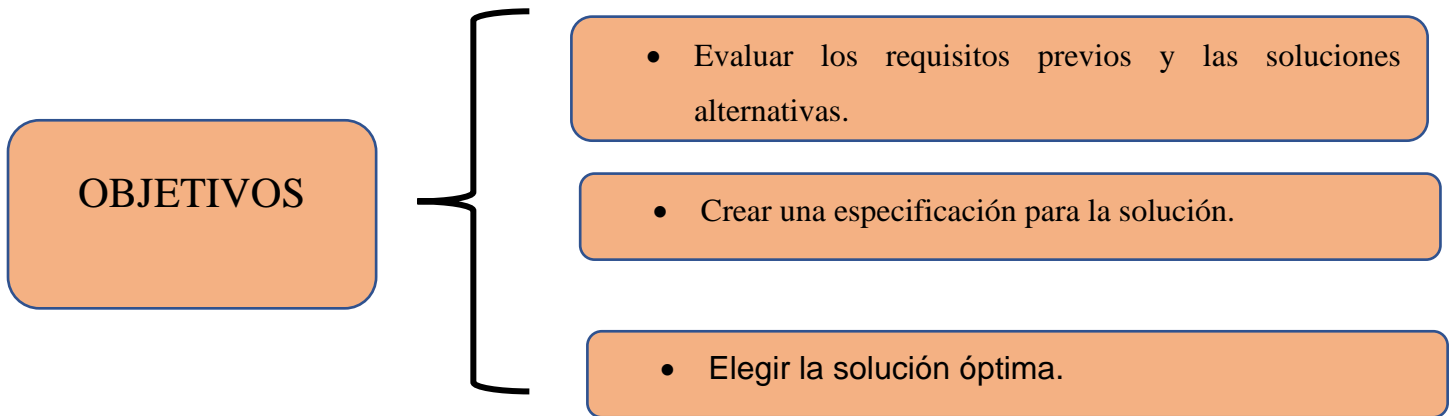


Elaboración Propia. Fuente: Vidal et al. Looking for Modular MapReduce Solutions for Working with BigData

Para esta evaluación se deberá hacer un listado describiendo todas las barreras que tienen la función de prevenir el evento centinela y luego se procederá analizar la eficacia de cada una de ellas durante el incidente (Castillo y Sánchez, 2021).

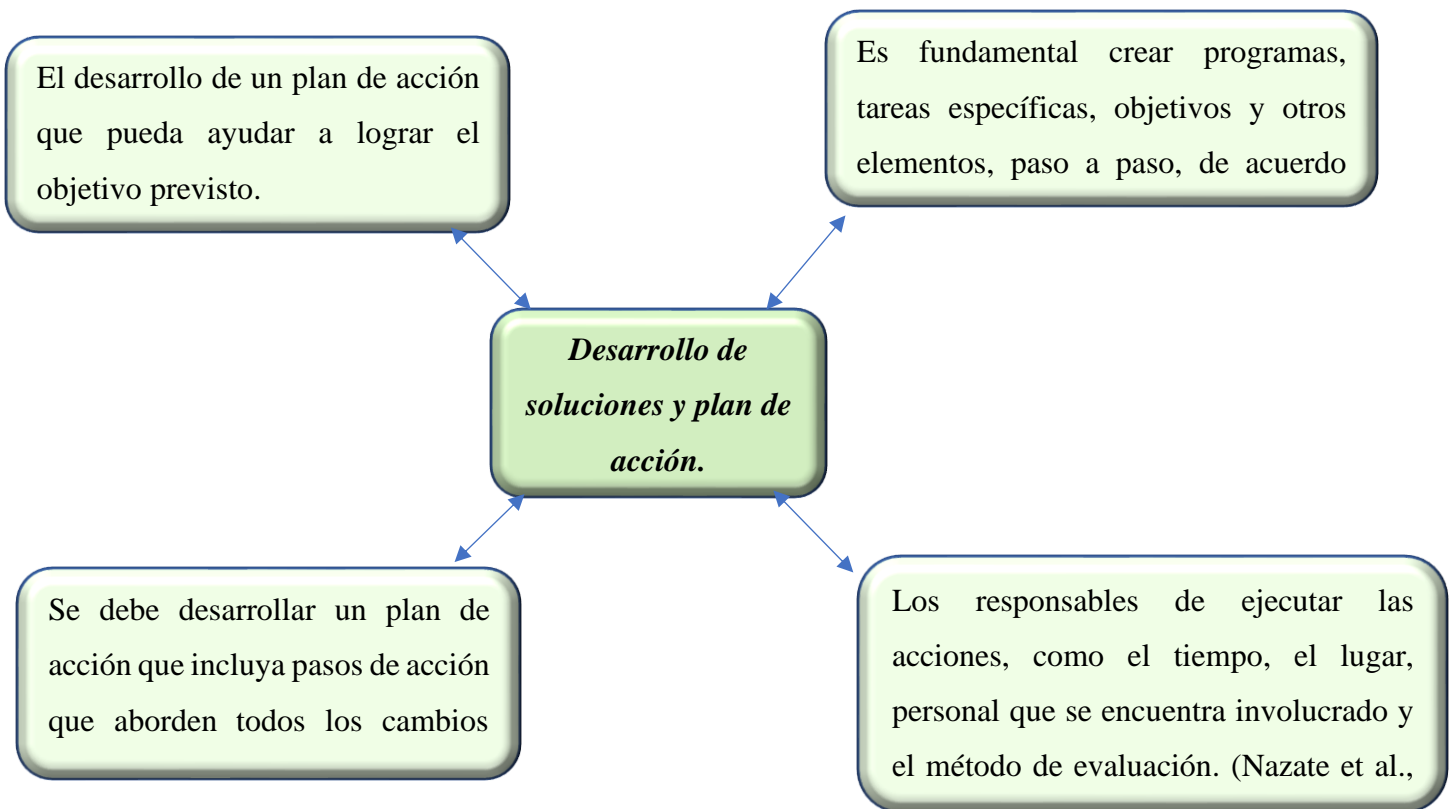
5.3.6 Desarrollo de soluciones y plan de acción

Diagrama 28



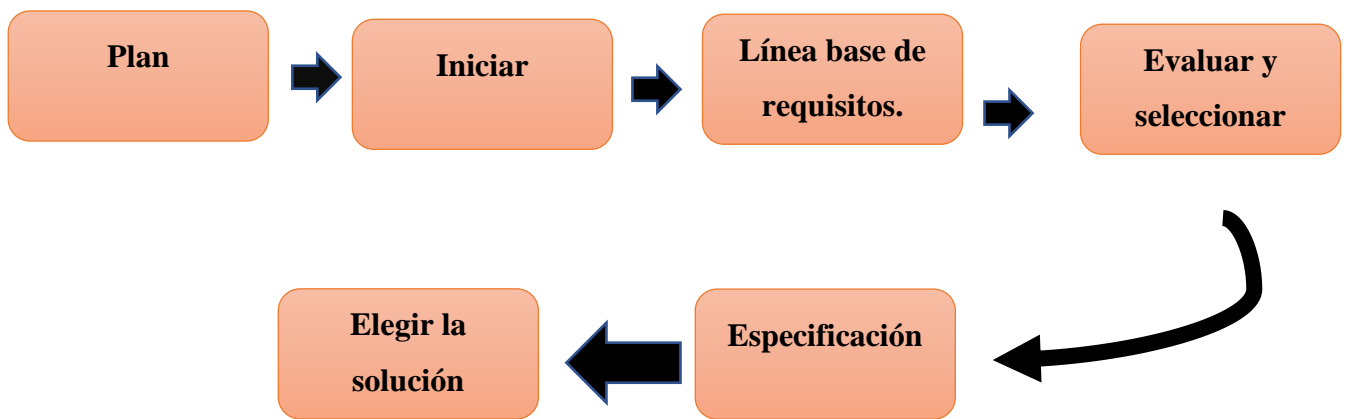
Elaboración propia. . Fuente: modelo propuesto por Castillo Cristhian (2021)

Diagrama 29



Elaboración propia. Fuente: modelo propuesto por Castillo Cristhian (2021)

Diagrama 30



Elaboración propia. Fuente: modelo propuesto por Castillo Cristhian (2021)

El desarrollo de un plan de acción que pueda ayudar a lograr el objetivo previsto. Por lo tanto, es fundamental crear programas, tareas específicas, objetivos y otros elementos, paso a paso, de acuerdo con la metodología elegida. Se debe desarrollar un plan de acción que incluya pasos de acción que aborden todos los cambios propuestos (acciones), los responsables de ejecutar las acciones, el tiempo en el que se realizara las acciones, el lugar, personal que se encuentra involucrado y el método de evaluación (Nazate et al., 2022).

El plan debe ser completo, claro y actualizado. Además, debe incluir información e ideas generadas durante la lluvia de ideas sobre metas y estrategias (Vidal et al., 2018).

5.3.7 Realización del informe final

Finalmente, el ACR finaliza con la redacción de un informe que debe facilitar a las personas implicadas y a los responsables del centro, debe ser sencillo y legible, no debe contener información de identificación de los involucrados en el incidente, y debe resumir el incidente, sus consecuencias, investigación, resultados y recomendaciones con un plan de acción (Roque, et al., 2018).

Diagrama 31

Categoría	Preguntas	Hechos	Causa-raíz	Acciones
Cuestiones sobre el personal	Competencia, dotación, supervisión y tutela del personal. Formación y aprendizaje de los profesionales			
Factores organizativos	Organización explícita del proceso (protocolos, procedimientos, etc.). definición de funciones, tareas, etc.			
Gestión de la información	Disponibilidad de la información necesaria.			
Entorno del trabajo	Adecuación del medio físico.			
Factores incontrolables	Posibilidad de responder ante factores incontrolables (fallo de luz, informática, asistencia con picos de demanda, inundación, etc.).			
Fallo en el equipamiento y materiales	Funciones del equipamiento. Disponibilidad de materiales necesarios			
Fallo en la coordinación y comunicación del equipo	Adecuación de la coordinación entre los profesionales. Comunicación entre los profesionales.			
Factores individuales	Existencia de factores individuales (fatiga, estrés llamativo, etc.).			
Factores del paciente/familia	Adecuación de las actuaciones del paciente o de sus familiares que puedan haber repercutido en el evento			
Actuaciones ante aparición del evento	Planes previos.			

Fuente: Gestión Sanitaria Calidad y Seguridad de los Pacientes (2008)

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, O., Araújo, V., Fernandes, I., Silva, T., Piuvezam, G., & Silva, Z. (2020). Analisis de fallos y efectos en la preparación y dispensación de quimioterapéuticos. *Rev. Enfermería Global*, 58, 68-81. Recuperado en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n58/1695-6141-eg-19-58-68.pdf>
- ACESS. (2016). In *Calidadsalud.gob.ec*. <http://www.calidadsalud.gob.ec/seguridad-del-paciente/>
- Aguilar, R. M., López, A. V., Barranco, I. B., Giménez, L. M., & Zapater, B. L. (2021). Lista de verificación de la seguridad en la cirugía: Funcionamiento y nivel de cumplimiento. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(5 (Mayo 2021)), 172.
- Atienza, M., Barrios, V., Egocheaga, M., Hidalgo, N., & Ramis, C. (2018). El método AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos) aplicado a la anticoagulación en pacientes con fibrilación no valvular. *Rev. Semergen* 13 (86), 2- 11 Recuperado en: <https://www.semergenandalucia.org/docs/noticias/utilidadAMFE%20.pdf>
- Caballero, Á., Fernández, S., Morillo, B., Zaragoza, M., Jaramillo, C., & Del Pozo, R. (2021). Healthcare failure mode and effects analysis and cost minimization analysis of three pharmaceutical services. *Análisis modal de fallos y efectos y análisis de minimización de costes de tres programas de entrega de medicamentos. Farmacia hospitalaria : órgano oficial de expresión científica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria*, 45(2), 66-72. Recuperado en: <https://doi.org/10.7399/fh.11532>
- Canellas, M., Palma, I., Pontífice-Sousa, P., Rabiais, I., Canellas, M., Palma, I., Pontífice-Sousa, P., & Rabiais, I. (2020). Checklist para el transporte intrahospitalario seguro del paciente crítico: A scoping review. *Enfermería Global*, 19(60), 525-572. <https://doi.org/10.6018/eglobal.411831>
- Castillo C. [Cristhian] y Sánchez A. [Aminael]. (2021). Aplicación del design thinking en el desarrollo de soluciones web centradas en el usuario Universidad Técnica Particular de Loja. *Revista Bachelor* 55(3)53:01Z. <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/20.500.11962/28576>
- Castro J. [José] y Cendrales E. [Edwin]. (2019). Casos aplicados del análisis de causa raíz: revisión. *Ciencia e Ingeniería Neogranadina*. 29(1), 95-134. <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rcin/article/view/3197>
- Cendales, E. [Edwin] y Castro, D [David].(2019). Casos aplicados del análisis. *Ciencia e Ingeniería Neogranadina*,29(1),95-134. <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/6293>
- Christiani, J. J., & Rocha, M. T. (2019). Checklist quirúrgico en odontología: Componente clave en la seguridad del paciente. *Rev. Asoc. Odontol. Argent*, 33-37.
- Coltters, C., Güell, M., & Belmar, A. (2020). Gestión del cuidado de enfermería en la persona mayor hospitalizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(1), 65-75. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.11.009>
- Costa, C. C., Dibai, D. B., Silva, E. F. M., Firmo, W. da C. A., Rêgo, A. S., Rabêlo, P. P. C., Araújo, F. de M. M., & Felipe, I. M. A. (2021). Construcción y validación de una lista de verificación para el quirófano como dispositivo de seguridad del paciente. *Cogitare Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.71752>
- Cruz Antolin, A. J., Otin Grasa, J. M., Mir Abellán, R., Miñambres Donaire, A., Grimal Melendo, I., & de la Puente Martorell, M. L. (2018). Patient safety in psychiatric hospitalization - What incidents are reported and

- managed? *Journal of Healthcare Quality Research*, 33(5), 290-297.
<https://doi.org/10.1016/j.jhq.2018.06.004>
- Escobar, I. C., & Morejón, C. de D. S. (2020). ¿Lista de verificación quirúrgica o estándares de seguridad anestésica? *Acta Médica de Cuba*, 21(1), 1-19.
- Espejo, H. de E. E., & Publica, M. de salud. (2018). Comité de Calidad | Hospital Eugenio Espejo.
http://hee.gob.ec/?page_id=313
- Fawke, J., Stave, C., & Yamada, N. (2021). Use of briefing and debriefing in neonatal resuscitation, a scoping review. *Resuscitation Plus*, 5, 100059. <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2020.100059>
- Figueroa, U. Augusto, F & Hernández J. (2021). Seguridad hospitalaria, una visión de seguridad multidimensional. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(1), 169-178.
<https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3490>
- García, M. Macías, M. Viana, T. López, J. Sanz, T & Aranaz J. (2019). Para avanzar en el conocimiento de la seguridad del paciente: a propósito de la biblioteca breve de seguridad del paciente. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201903010. Epub 07 de septiembre de 2020. Recuperado en 24 de junio de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100019&lng=es&tlng=es
- Gonzales, M. 2010. "Experiencia de la unidad funcional de seguridad del paciente - Ppt Descargar." Retrieved July 8, 2022 <https://slideplayer.es/slide/119221/>.
- González Anglada, M. I., Garmendia Fernández, C., & Moreno Núñez, L. (2019a). Una estrategia para la formación en seguridad del paciente durante la residencia: Desde el incidente crítico hasta la simulación. Parte 1. *Educación Médica*, 20(3), 170-178.
<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.02.003>
- González J, Myer R & Pachón W. (2017). La evaluación de los riesgos antrópicos en la seguridad corporativa: del Análisis Modal de Fallos y efectos (AMFE) a un modelo de evaluación integral del riesgo. *Revista Científica General José María Córdova*, Colombia, 15(19), 269-289 Recuperado en:
<https://www.redalyc.org/pdf/4762/476255361012.pdf>
- Guiñón, L., Soler, A., Gisell Díaz, M., Fernández, R. M., Rico, N., Bedini, J. L., Mira, A., & Alvarez, L. (2020). Analytical performance assessment and improvement by means of the Failure mode and effect analysis (FMEA). *Biochemia médica*, 30(2), 020703. Recuperado en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7137999/>
- Halamek, L. P., Cady, R. A. H., & Sterling, M. R. (2019). Using briefing, simulation and debriefing to improve human and system performance. *Seminars in Perinatology*, 43(8), 151178.
<https://doi.org/10.1053/j.semperi.2019.08.007>
- Henar Rebollo Rodrigo. 2010. "Unidades Funcionales de Seguridad de Pacientes- Congreso 2 de Socinorte." Retrieved July 8, 2022 http://www.socinorte.com/informa/attachments/zaragoza/Sesion_IV/Cantabria
- Hospital Vicente Corral Moscoso. (2015). Norma Técnica De Seguridad Del Paciente. Ministerio de Salud Pública (MSP), 1-85. <http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/NORMA-TECNICA-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE-DEFINITIVO-jp.pdf>
- Hurtado, M., Estacio, J., & Fandiño, P. A. (2019). Análisis de riesgos según la metodología FMEA, basado en el sistema de gestión de calidad. 15. Recuperado en:
<https://repository.usc.edu.co/bitstream/handle/20.500.12421/2526/AN%C3%81LISIS%20DE%20RIESGOS%20SEG%C3%9AN%20LA%20METODOLOG%C3%8DA%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kulcsár, E., Csiszér, T., & Abonyi, J. (2020). Pairwise comparison based failure mode and effects analysis (FMEA). *MethodsX*, 7, 101007. Recuperado en: <https://doi.org/10.1016/j.mex.2020.101007>

- Llerena, S. [Saltos], Klijn, P. [Paravic], & Burgos, M. [Moreno] (2022). Visibilización de condiciones de trabajo del personal de salud en Ecuador en tiempos de pandemia. *Revista Eugenio Espejo*, 16(2), 153-161. <https://doi.org/10.37135/ee.04.14.15>
- Maderuelo Fernández, J. A. (2002). Gestión de la calidad total: El modelo EFQM de excelencia. *Medifam*, 12(10), 41-54. Recuperado en 10 de julio de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000004&lng=es&tlng=es.
- Magane E. (2020). Qué es la gestión de incidentes ITIL?. *Service Desk*. Disponible en: <https://www.manageengine.com/latam/service-desk/gestion-de-incidentes-til/guia-definitiva-que-es-la-gestion-de-incidentes-til.html>
- Maldonado Aranda, S., & Maldonado Aranda, S. (2019). Los retos de la seguridad en Michoacán. *Revista mexicana de sociología*, 81(4), 737-763. <https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2019.4.57977>
- Mañes, M., Marzal, M., Jiménez, R., Herranz, A., Fresneda, M., Gonzalez, J., & Sanjurjo, M. (2018). Análisis modal de fallos y efectos para mejorar la calidad en los ensayos clínicos. *Journal of Healthcare Quality Research*, 33(1), 33-47. Recuperado en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134282X18300010>
- Melleiro M. [Marta] y Pena M. [Mileide]. (2017). El método de análisis de causa raíz para investigación de eventos adversos. *Revista de Enfermagem*, 11(12), 115-132. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25092>
- Ministerio de Salud Pública. (2016). Seguridad del Paciente - Usuario Manual. *Seguridad Del Paciente*, 5(2), 10-20. <http://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/10/manual-de-seguridad-del-paciente-usuario-SNS.pdf>
- Ministerio de Salud Pública.(2020). Guía Práctica Clínica – Seguridad del paciente. <https://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/10/manual-de-seguridad-del-paciente-usuario-SNS.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto SENECA: informe técnico 2008. <https://seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/practica-clinica/seneca/>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015-2020). Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Estilo Estugraf, S.L. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
- Mintic T. (2019). Guía para la Gestión y Clasificación de Incidentes de Seguridad de la Información.7-15. Disponible en: https://www.mintic.gov.co/gestionti/615/articles5482_G21_Gestion_Incidentes.pdf
- Nápoles, V., Victoria, A., & Fornaris, M. (2019). Herramientas para identificar los riesgos de diseño de las competencias para las comercializadoras de medicamentos. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 23(3), 300-308. Recuperado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552019000300300&lng=es&tlng=pt
- Nazate Z. [Zuly], Pozo C. [Clara], Castillo. V [Viviana]. y Pérez, K [Kathia]. (2022). Valoración del proceso e identificación de pacientes por estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería. *Revista Conrado*, 18(S2), 537-546. <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/2492>
- Nueva I. (2021). ¿Cuáles son las etapas a seguir en un proceso de gestión de incidentes de trabajo?. *Escuela Europea de Excelencia*. Disponible en: <https://www.nueva-iso-45001.com/quienes-somos/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Seguridad del Paciente. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

- Pardo, A., Claveria, A., García, M. & López, J. (2008). Las Unidades Funcionales Para La Gestion De Riesgos Sanitarios (seguridad del paciente). *Med Clin Monogr. España*. 131(3), 64 – 71.
[https://DOI:10.1016/S0210-5705\(09\)71003-9](https://doi.org/10.1016/S0210-5705(09)71003-9)
- Pereyra Velásquez, W., Romero Hinostraza, C., Farfán Daza, G., Pérez Peralta, P., Corrales Acosta, E., Grández Urbina, J., Montes-Alvis, J., Alva-Díaz, C., Nieto-Gutierrez, W., Baptistussi, M. D., Taype-Rondan, A., & Timaná-Ruiz, R. (2019). Guía de práctica clínica para el tratamiento quirúrgico de pacientes con urolitiasis en el Seguro Social del Perú (EsSalud). *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(4), 528–536.
<https://doi.org/10.15381/anales.v80i4.17255>
- Poveda J. [Jorge] y Guardiola M. [Mireia]. (2019). Análisis de causa y raíz. Técnicas y relación con los sistemas de gestión y las no conformidades, 3C Tecnología Glosas de innovación aplicadas a la pyme, 8(2), 84-97. <http://dx.doi.org/10.17993/3ctecno/2019.v8n2e30.84-97>
- Rayan, A. [Ayman], Hemdan, S. [Sherif] y Shetaia, A. [Ayman]. (2019). Root Cause Analysis of Blunders in Anesthesia. *Anesthesia, Essays and Researches*, 13(2), 193. https://doi.org/10.4103/AER.AER_47_19
- Rodríguez J. [José] y Rodríguez M. [Mario]. (2021). Metodologías validadas para el análisis causal de eventos adversos de trascendencia clínica en la biomedicina. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 40(2), e1068. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002021000300017
- Rojas Lema, S. (2018) Implementación de Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). *Tecnología. Glosas innovación aplicadas a la pyme* , 8 (1) 64–75. Recuperado de: https://www.3ciencias.com/wp-content/uploads/2019/03/ART.-4-TECNO-Ed.-29_Vol.-8_n%C2%BA-1-1.pdf
- Roque R. [Rosalba], Guerra R [Rosa] y Torres R. [Rafael] (2018). Gestión integrada de seguridad del paciente y calidad en servicios de salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(2), 315-324.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000200016&lng=es&tlng=es.
- Roque-González, R. [Rosalba], Guerra-Breña, R. [Rosa] y Torres-Peña, R. [Rafael]. (2018). Gestión integrada de seguridad del paciente y calidad en servicios de salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(2), 315-324. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000200016&lng=es&tlng=es.
- Rosero O. [Omaira], Lasso P. [Paula], Tulcán S. [Sonia] y Jurado, C. [Claudia].(2021). Revisión sistemática: eventos adversos y gestión del talento humano en el contexto hospitalario latinoamericano,23(3),38-45. Recuperado en: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/6293>
- Ruiz L. [Pedro], González R. [Carmen] y Alcalde E. [Juan]. (2017). Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores artículos metodológicos. *Revista española de investigación*,20(2):71-8. Recuperado en:
https://seguretatdelpacients.gencat.cat/web/.content/minisite/seguretatpacients/professionals/documents/recursos/ACR_herramienta_util_prevencion_errores.pdf
- Salud, O. M. (17 de Septiembre de 2020). OMS: Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes. Obtenido de OMS: Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes: <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>
- Sirvent, J.-M., Cordon, C., Cuenca, S., Fuster, C., Lorenzo, C., & Ortiz., P. (2021). Aplicación, comprobación y corrección a partir de un checklist elaborado con algunas de las recomendaciones («hacer y no hacer») de los grupos de trabajo de la SEMICYUC. *Medicina Intensiva*, 45(2), 88–95.
<https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.07.009>

- UNIFEC. (2011). Análisis. Causa-Raíz (ACR). ISBN. Instrumento para la búsqueda e implementación de soluciones para evitar las muertes maternas, fetales y neonatales.
<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/maternoinfantil/files/2012/08/Guia-ACR.pdf>
- Vidal C. [Cristian], Bustamante M. [Miguel], Lapo M. [María] y Núñez M, [María]. (2018). Looking for Modular MapReduce Solutions for Working with BigData: Aspect-Oriented Hadoop. *Información tecnológica*, 29(2), 133-140. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-07642018000200133&script=sci_arttext&lng=en
- Wright J. [Jhon], Lawton R. [Rebecca], O'Hara J. [Jane], Armitage G. [Gerry], Sheard L. [Laura], Marsh C. [Claire], Grange A. [Angela] y McEachan R. [Rosemary]. (2019). Improving patient safety through the involvement of patients: development and evaluation of novel interventions to engage patients in preventing patient safety incidents and protecting them against unintended harm. *Programme Grants for Applied Research*, 4(15), 1-296. <https://doi.org/10.3310/PGFAR04150>
- Xu, Y., Wang, W., Li, Z., Wang, Y., Cai, Y., & Chen, Y. (2021). Effects of healthcare failure mode and effect analysis on the prevention of multi-drug resistant organisms infections in oral and maxillofacial surgery. *American journal of translational research*, 13(4), 3674-3681. Recuperado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8129338/>
- Zhou, N. J., Kamil, R. J., Hillel, A. T., Tan, M., Walsh, J., Russell, J. O., Tunkel, D., Eisele, D., & Akst, L. M. (2021). The Role of Preoperative Briefing and Postoperative Debriefing in Surgical Education. *Journal of Surgical Education*, 78(4), 1182-1188. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.11.001>



1ª ed.

La gestión de enfermería se alza como un pilar fundamental dentro de los sistemas de atención médica modernos, y los estándares de calidad de cuidados ocupan un lugar central en esta ecuación, especialmente cuando se trata de la seguridad del paciente. La labor de los profesionales de enfermería va más allá de los aspectos técnicos y clínicos; implica la implementación de prácticas estandarizadas que garantizan una atención segura, efectiva y centrada en el paciente. Los estándares de calidad de cuidados en enfermería son directrices basadas en la evidencia que definen los procesos y criterios necesarios para proporcionar una atención de excelencia. Estos estándares abarcan diversos aspectos, desde la administración de medicamentos y procedimientos clínicos hasta la comunicación interpersonal y el respeto por la autonomía del paciente. Al seguir estos estándares, se minimizan los riesgos, se optimiza la calidad de la atención y se establece un entorno de confianza entre los profesionales de salud y los pacientes.

La implementación efectiva de estos estándares requiere una coordinación y colaboración constante entre diferentes niveles de atención y profesionales de la salud.

La gestión de enfermería, en este sentido, se convierte en el puente que conecta las directrices con la práctica clínica. La supervisión activa y la retroalimentación constante son esenciales para garantizar que los estándares se sigan de manera consistente y se adapten a las necesidades cambiantes de los pacientes y la evolución de la atención médica.

Este libro se rige como un faro de conocimiento y guía en un viaje que abarca la intersección de la ciencia. Se explora las intrincadas redes que conectan la Cultura de la Seguridad del Paciente con la excelencia en la atención médica. Al adentrarse en cada capítulo, el lector se sumergirá en un océano de conceptos, estrategias y metodologías diseñadas para elevar el estándar de atención y promover el bienestar de aquellos que confían sus vidas en manos de profesionales de la salud.

Los autores, 2023.

