



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico (2015-16)

Trabajo Fin de Grado

**ENFERMERÍA Y SEGURIDAD DE LOS
PACIENTES.**

Revisión bibliográfica.

Alumno/a: Cristina Rosales Rodríguez.

Tutor/a: D^a Julia García Iglesias.
Mayo, 2016

Índice

Resumen	2
Introducción	3
○ Evolución histórica	3
○ Conceptos clave	4
○ Efectos adversos	4
○ Gestión de los efectos adversos	6
○ La OMS y la seguridad del paciente	10
○ Enfermería y seguridad del paciente	13
Objetivos	15
Material y métodos	16
Resultados y discusión	19
Conclusiones	25
Bibliografía	26

Resumen

Introducción: La seguridad del paciente es motivo de preocupación universal y un componente fundamental de la calidad asistencial. Se trata de un tema que siempre ha estado presente en la sociedad y que actualmente se ha tornado como uno de los temas de mayor interés, trascendiendo del ámbito profesional para ser objeto de debate en el ámbito social. La gestión de los eventos adversos conlleva seis pasos, y su gran impacto ha convertido mejorar la seguridad de los pacientes en un objetivo prioritario.

Objetivo: Obtener una visión general enfermera sobre la seguridad del paciente en el ámbito intrahospitalario.

Material y métodos: Revisión bibliográfica. Se ha llevado a cabo una búsqueda de literatura científica sobre el tema en diferentes bases de datos mediante la utilización de DeCS combinados con el operador boelano AND.

Resultados y discusión: Las oportunidades de mejora que se perciben tienen que ver en todos los hospitales con la dotación de personal y el ritmo de trabajo que pueden afectar a la seguridad del paciente, con la notificación interna y discusión de los errores que puedan ocurrir y, sobre todo, con la necesidad de una actitud más proactiva por parte de la gerencia. Los errores de medicación son una de las causas más frecuentes de los acontecimientos adversos ligados a la asistencia sanitaria.

Conclusiones: La reducción de efectos adversos requiere un abordaje organizacional y multidisciplinar, los profesionales de enfermería, dados los tipos de efectos adversos evitables, desempeñan un papel importante en los resultados de salud que se obtienen de la asistencia sanitaria y por tanto están muy implicados en la seguridad del paciente.

Palabras clave: Seguridad del paciente, cultura organizacional, enfermera, efecto adverso.

Introducción

La seguridad del paciente es motivo de preocupación universal y un componente fundamental de la calidad asistencial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la seguridad del paciente como *“la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención sanitaria, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro”*¹. Se trata de un tema que siempre ha estado presente en la sociedad, y actualmente se ha tornado como uno de los temas de mayor interés, trascendiendo del ámbito profesional para ser objeto de debate en el ámbito social².

Evolución histórica

Los primeros indicios de la preocupación por la seguridad de los pacientes se remontan a la Antigua Babilonia. El código Hammurabi (1692 a.C) da una respuesta meramente punitiva al problema: ley 218, “Si un médico hizo una operación grave con el bisturí de bronce y lo ha hecho morir, o bien si lo operó de una catarata en el ojo y destruyó el ojo de este hombre, se cortarán sus manos”³.

En el siglo V a.C los principios hipocráticos dan otra muestra de la conciencia de la posibilidad de que quienes atendían la salud pudiesen cometer errores. El juramento hipocrático o «*primum non nocere*» obliga ante todo al autocontrol, así como a la vigilancia a fin de evitar o paliar los efectos y las secuelas indeseables derivadas de la práctica médica. Sin embargo, no se sabe el alcance de este pensamiento, ya que por el contrario, se encuentra la imagen incuestionable y casi mítica del médico que cura todo lo que es posible curar y que además no se equivoca, pensamiento que perdura hasta el siglo XIX^{4,5}.

Durante la guerra de Crimea (1853-1856), el análisis crítico y documentado de Florence Nightingale hizo evidente que los pacientes pueden ser infectados por quienes les están atendiendo⁴. *“Puede resultar sorprendente que lo primero que haya que pedirle a un hospital es que no cause ningún daño”* Florence Nightingale⁶.

Hoy en día, el interés por mejorar la calidad asistencial se centra en la dimensión de la seguridad de los pacientes. Estos y sus familias quieren sentirse seguros con los tratamientos y cuidados sanitarios recibidos. Los eventos adversos secundarios a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios. A las consecuencias personales en salud de estos pacientes hay que añadir el elevado impacto económico y social de los mismos^{7, 8}.

Para una mejor comprensión del tema, es necesario conocer los siguientes **conceptos relativos a la seguridad del paciente**¹:

- **Error**: acto de equivocación. El hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Son por definición involuntarios. Pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacerlo (error de omisión).
- **Infracción**: desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos.
- **Incidente** (relacionado con la seguridad del paciente): evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente.
 - Circunstancia notificable: situación con gran capacidad de causar daños, pero en la que no se produce ningún incidente.
 - Cuasiincidente: incidente que no alcanza al paciente.
 - Incidente sin daños: aquel en el que un evento alcanza al paciente, pero no le causa ningún daño apreciable.
 - Incidente con daños (**evento adverso**): incidente que causa daño al paciente.
- **Complicación**: Alteración del curso natural de la enfermedad, derivadas de la misma y no provocadas por la actuación médica o de los demás profesionales sanitarios.

Eventos adversos.

“Equivocarse es humano. Ocultar los errores es una estupidez. No aprender de ellos, imperdonable.” L. Donaldson. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente⁹.

El problema de la seguridad de los pacientes en la atención sanitaria no es nuevo.

Sin embargo, la información sobre errores médicos y eventos adversos es muy reciente. Los primeros estudios datan de los años 50, aunque en su momento no atrajeron la atención de forma significativa^{10, 11, 12}.

- En 1955 Barr vio en los errores sanitarios el precio a pagar por los modernos métodos de diagnóstico y terapia, y Moser, en 1956, los llamó “las enfermedades del progreso de la medicina”¹³.
- En 1964 Schimmel llamó la atención acerca del hecho de que un 20% de los pacientes admitidos en un hospital universitario sufrían alguna iatrogenia y que la quinta parte eran casos graves¹³.
- Steel et al en 1981 establecieron la cifra en un 36%, de los que la cuarta parte eran graves¹³.

Tabla 1: Evidencia de los efectos adversos a lo largo de la historia¹⁴.

Estudio	Autor y año de realización	Número de hospitales	Pacientes	Efectos adversos (%)
Estados Unidos	Brennan, 1984	51	30195	3,7%
Estados Unidos	Thomas, 1992	28	14565	2,9%
Australia	Wilson, 1992	28	14179	16,6%
Reino Unido	Vincent, 1999	2	1014	11,7%
Dinamarca	Schioler, 2002	17	1097	9%
Nueva Zelanda	Davis, 1998	13	6579	11,3%
Canadá	Baker, 2002	20	3720	7,5%
Francia	Michel, 2005	71	8754	5,1%
España	Aranaz, 2005	24	5624	8,4%
Holanda	Zegers, 2007	21	8400	-

En 1999 el Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM) publicó el informe *To Err is Human: building a safer health system*. Toma como base dos grandes estudios epidemiológicos, el estudio de práctica médica de Harvard (1984) y el estudio de Colorado/Utah.⁷ Estima, por extrapolaciones basadas en la revisión de historiales médicos, que cada año se producen en EE.UU. un millón de efectos adversos cuyas consecuencias son que entre 44.000 y 98.000 pacientes mueren cada año por errores médicos. Su contenido provocó un gran impacto en la sociedad y en la comunidad médica, marcando un antes y un después en la concienciación sobre el tema^{11, 12}.

El Departamento de Salud del Reino Unido, en su informe del año 2000, *An organization with a memory*, estimó que se producen eventos adversos en cerca del 10% de las hospitalizaciones, es decir 850.000 eventos al año¹⁵.

La mayor parte de la documentación sobre los efectos adversos proviene de estudios hospitalarios porque los riesgos asociados a la atención hospitalaria son mayores, lo que no quiere decir que no existan efectos adversos en los otros niveles de la atención sanitaria¹⁶.

Gestión de los eventos adversos.

Cada punto del proceso del cuidado de los pacientes contiene un cierto grado de riesgo inherente. Sin embargo, esta realidad no tiene que ser la causa de que no se actúe sobre aquellos efectos que puedan ser prevenibles y por tanto evitables¹⁰. El gran impacto de los eventos adversos ha convertido mejorar la seguridad de los pacientes en un objetivo prioritario en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios y ha determinado una búsqueda de soluciones¹¹.

La gestión de los eventos adversos conlleva seis pasos¹⁷.

1. Evaluación de riesgos y prevención.
2. Acciones inmediatas tras un evento adverso.
3. Notificación del evento adverso.
4. Evaluación
5. Revisión y análisis
6. Mejora de la planificación y supervisión.

1. Evaluación de riesgos y prevención:

La meta de que los hospitales ofrezcan servicios de calidad depende de que se adopte y arraigue la seguridad de los pacientes como un valor central de la cultura de dichas organizaciones, lo que requiere un cambio⁴. Pasar a una cultura de seguridad positiva y crear un ambiente abierto, justo e informado en el que notificar y aprender de los errores sea la norma. La OMS define cultura de seguridad como: *“patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir el daño que*

podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención”¹.

Durante mucho tiempo se consideró que la ocurrencia de efectos adversos era debida a fallos humanos. El cambio de cultura supone pasar de un enfoque individual a un enfoque sistémico o de grupo¹⁰.

La teoría que defiende este cambio de enfoque es la de Reason. En 1982, James Reason, profesor de psicología en la universidad de Manchester creó el “Modelo del Queso Suizo” que sintetiza el encadenamiento de errores¹⁰.

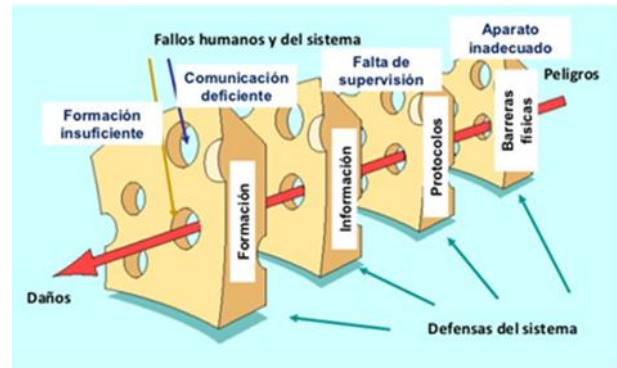


Figura 1: Modelo del queso suizo de Reason

Las barreras del sistema para evitar que se produzca daño se representan como las láminas de queso con agujeros. Estos, corresponden a los errores activos y latentes que existen en cualquier proceso, y que continuamente se están abriendo, cerrando y cambiando de lugar. Solo cuando se alinean se produce daño (evento adverso). Por tanto, se puede decir que muchos de los eventos adversos se deben a situaciones latentes del propio sistema y no a imprudencias del personal¹⁸.

Actualmente el énfasis en el estudio y la prevención de los efectos adversos se pone en los sistemas, en las deficiencias en el diseño y en la organización. El error humano es apenas una parte del problema de los fallos en la seguridad del paciente, aunque es cierto que una actitud más consciente por parte del personal evitaría muchos errores¹⁰.

El cambio de cultura incluye libertad para hablar abiertamente acerca de los aspectos de la seguridad, incluyendo los errores propios, un incremento de la notificación de errores reales y potenciales, la mejora de los sistemas de registro e información, el análisis de los procesos y la implicación de los propios pacientes en el proceso curativo.

2. Identificación de acciones inmediatas tras un evento adverso:

Se debe restablecer un ambiente seguro tan pronto como sea posible, así como asegurar que las necesidades de las personas afectadas por el evento adverso son atendidas. Esto incluye cualquier atención médica necesaria para reducir el impacto perjudicial. La familia y/o cuidadores deben ser atendidos de manera similar. En todo momento se debe mostrar compasión y comprensión.

Un evento adverso no necesariamente rompe la relación de confianza entre el personal sanitario y las personas afectadas. Sin embargo, la manera en la que responda la organización, a menudo, puede hacerlo. La comunicación eficaz con las personas es una parte vital del tratamiento de errores o problemas en la prestación de la atención. Decir “lo siento” y proporcionar una explicación ayuda a hacer frente a las personas cuando algo ha ido mal.

3. Notificación del evento adverso.

Cuando un evento adverso ocurre debe ser notificado a través del sistema correspondiente¹⁷. Los sistemas de registro y notificación de eventos adversos son el punto de arranque de la mejora de cualquier sistema de calidad y de la seguridad de los pacientes¹⁰. Son una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia¹⁵. Permiten la recolección de datos sobre los eventos adversos producidos en el ámbito sanitario para a partir de estos, mejorar la seguridad de los pacientes.

Es importante tener en cuenta que la recopilación de información en sí misma no mejora la seguridad, es el análisis y la respuesta a los informes de notificación los que conducen al cambio y a la mejora¹⁹.

En España, el SINASP es el sistema de notificación y registro de incidentes y eventos adversos desarrollado por el Ministerio de Sanidad como parte de la estrategia en Seguridad de Pacientes para el sistema nacional de salud. Se caracteriza por una notificación voluntaria, sin punibilidad, con confidencialidad de la información, que permite la notificación anónima y la notificación nominativa, además del análisis para el aprendizaje y la implementación de mejoras a nivel local (centro sanitario).

Se notifican incidentes sin daño, eventos adversos e incidentes relacionados con la seguridad que no llegaron al paciente. Notifica cualquier profesional sanitario de una organización que identifique un incidente relacionado con la seguridad del paciente. Este sistema de notificación solo está implantado en 11 comunidades: Galicia, Asturias, Cantabria, Navarra, Aragón, Extremadura, Castilla la Mancha, Murcia, Islas Canarias, Ceuta y Melilla²⁰.

4. Evaluación.

Tras la notificación del evento adverso se deberá evaluar para considerar la respuesta que debe dar la organización. Todos los eventos adversos están sujetos a revisión. El nivel de esta dependerá de la complejidad y del potencial de aprendizaje del evento adverso. La información, las comunicaciones y los resultados deben ser registrados y almacenados, de manera ideal, en el sistema electrónico de notificación de eventos adversos.

5. Revisión y análisis.

Consiste en revisar lo que uno ha hecho de manera sistemática e identificar si se podría haber hecho mejor y cómo. Se trata de determinar qué pasó, cómo y por qué. Es importante crear un ambiente de trabajo basado en la confianza y enfocado al aprendizaje en lugar de a la reprobación.

La revisión y el análisis pueden identificar si algún fallo del sistema contribuyó a la producción del evento adverso, así como buenas prácticas que puedan ser compartidas.

6. Mejora de la planificación y supervisión.

Los planes de mejora deben ser desarrollados por los que tienen la responsabilidad de hacer los cambios acordados y que por tanto tienen el control y la responsabilidad de implementación. La organización debe definir claramente quién es responsable del desarrollo del plan y quiénes deben participar en el proceso. Los planes finales deben ser compartidos con los que notificaron y estaban involucrados en el evento adverso, además de ser revisados y actualizados periódicamente.

La OMS y la seguridad del paciente

Para facilitar el intercambio de experiencias entre los distintos países, coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la OMS, en octubre del 2004 pone en marcha la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente²¹. En mayo de 2007 lanza nueve soluciones para la seguridad del paciente. Las soluciones guardan relación con los siguientes conceptos^{22, 23}.

1. Medicamentos de aspecto o nombre parecido.
2. Identificación de pacientes.
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes.
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.
5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos.
6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.
7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.
8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud.

1. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos.

La confusión en los nombres de los medicamentos es una de las causas más comunes de errores de medicación en todo el mundo. Contribuyen con esta confusión la caligrafía ilegible, el conocimiento incompleto de los nombres de los medicamentos, los productos nuevos en el mercado, los envases o etiquetas similares, el uso clínico similar, las concentraciones similares, las formas de dosificación y la frecuencia de administración.

El National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) define a los errores de medicación como: *"cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado,*

*denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización*¹²⁴.

2. Identificación de pacientes.

La identificación incorrecta de pacientes conlleva errores de medicación, de transfusión, de prueba, procedimientos en la persona incorrecta y alta de bebés que se entregan a familias equivocadas.

La forma habitual de identificación de pacientes es el número de habitación, cama, diagnóstico, características...Basando por tanto la identificación en datos que pueden ser variables y no seguros.

Los datos inequívocos son aquellos que pertenecen a un solo paciente y que no pueden ser compartidos por otros: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y número de historia clínica. Otros datos como el DNI, número de la seguridad social, y número de pasaporte también son inequívocos, pero no todos los pacientes disponen de ellos.

3. Comunicación durante el traspaso de pacientes:

Durante un periodo de atención o episodio de enfermedad, generalmente, los pacientes pueden ser tratados por personal diferente en distintos entornos. A menudo se moverán entre áreas de diagnóstico, tratamiento y atención, y podrán encontrarse con tres turnos de personal por día, suponiendo todo esto un riesgo de seguridad para el paciente en cada intervalo.

La comunicación entre las unidades y los equipos de atención en el momento del traspaso podría no incluir toda la información esencial, o podría interpretarse incorrectamente. Estas brechas pueden provocar interrupciones graves en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado y un daño para el paciente.

4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.

Los procedimientos en sitios incorrectos son poco frecuentes pero no son un evento "raro". Se consideran incidencias evitables y en su mayoría, se deben a una mala comunicación y a información no disponible o incorrecta.

En vista de las constantes denuncias de cirugías en sitios incorrectos, procedimientos equivocados y cirugías a personas equivocadas, la Comisión Conjunta Internacional (JCI), desarrolló el “Protocolo Universal” para la prevención de cirugías en sitios incorrectos.

5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos.

Las soluciones concentradas de electrolitos son especialmente peligrosas, pues en la mayoría de los casos no es posible revertir sus efectos cuando no se administran correctamente. El cloruro de potasio concentrado ha sido identificado como un medicamento de alto riesgo por organizaciones de Australia, Canadá y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

Es fundamental la planificación de la disponibilidad, el acceso, el recetado, la orden, la preparación, la distribución, el etiquetado, la verificación, la administración y el control de estos agentes, de manera que se puedan evitar y eliminar los posibles eventos adversos. La eliminación de las soluciones concentradas de electrolitos (específicamente del cloruro de potasio) de las unidades de atención del paciente, ha tenido un notorio impacto positivo sobre la reducción de muertes y lesiones incapacitantes asociadas con estos agentes.

6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.

Los errores son comunes en el proceso de obtención, receta, entrega, administración y control de medicamentos. Los eventos adversos por causa de medicación son una de las principales fuentes de daños y muerte dentro de los sistemas sanitarios. Un gran porcentaje de los errores de medicación tiene lugar cuando se emiten nuevas órdenes para el paciente, tanto en el momento de la admisión como en el momento del alta. La conciliación de la medicación es un proceso diseñado para prevenir errores de medicación en los puntos de transición del paciente.

7. Evitar errores de conexión de catéteres y tubos.

Los tubos, catéteres y jeringas se utilizan diariamente para la atención sanitaria. El diseño de estos dispositivos permite conectarlos entre sí pudiendo administrar

medicamentos o líquidos a través de una vía incorrecta, teniendo como consecuencia errores de medicación, graves lesiones o la muerte.

8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección.

Una de las mayores preocupaciones a nivel mundial es la propagación del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Virus de las Hepatitis B (VHB) Y C (VHC), debido a la reutilización de dispositivos de inyección. Este problema es mundial y afecta tanto a países desarrollados como en vías de desarrollo.

9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria ocurren en todo el mundo y afectan tanto a países desarrollados como a países en vías de desarrollo. Existe evidencia importante de que la antisepsia de manos disminuye la incidencia de estas infecciones.

La higiene de manos, es por tanto, una acción fundamental para asegurar la seguridad del paciente que debe tener lugar en forma oportuna y efectiva en el proceso de atención.

Enfermería y la seguridad del paciente.

La seguridad del paciente precisa un abordaje organizacional y multidisciplinar. Dada la importancia de recursos humanos de enfermería en los servicios sanitarios, esta desempeña un papel de suma importancia en la seguridad de los pacientes ya que está estrechamente relacionada y en contacto directo con ellos, y que el tipo de eventos adversos evitables que se producen son en gran parte competencia suya²⁵. Por esto, es necesaria una actualización continua del conocimiento, que tenga como base la mejor evidencia científica disponible, que ayude al desarrollo y a brindar servicios de mayor calidad y seguridad.

La enfermería, a nivel internacional, trabaja arduamente por mejorar la calidad de la formación, asistencia, investigación y gestión de enfermería; para lograr así la seguridad del paciente²⁶. Así, en España, en la Unidad de Investigación en Cuidados

de Salud, Investén-isciii, en el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), se encuentra ubicado el centro colaborador español del Instituto Joanna Brigs.

El Instituto Joanna Brigs fue creado en 1996 en Australia. Es una organización comprometida con la práctica de cuidados basados en la evidencia a nivel mundial. Los centros colaboradores de dicho instituto promueven la práctica de cuidados basados en la evidencia a nivel mundial, a través de la búsqueda y valoración de la evidencia científica, la divulgación de la mejor evidencia disponible, su implantación en la práctica clínica y la evaluación del impacto que la utilización de la evidencia tiene sobre la salud. Durante el mes de febrero de 2015 se han celebrado los actos de acreditación de los 8 centros asistenciales españoles candidatos a Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados de la primera cohorte del Programa BPSO España^{27, 28, 29}.

Objetivos

Objetivo general

- Obtener una visión general sobre la seguridad del paciente en el ámbito intrahospitalario.

Objetivos específicos

- Conocer el papel de la enfermera en la cultura de seguridad de los pacientes.
- Conocer factores que intervienen en la seguridad del paciente.

Material y métodos

El diseño empleado es el de una revisión bibliográfica. Para ello se hizo una búsqueda en diversas bases de datos. El periodo de consulta se realizó durante los meses de enero a marzo del 2016 a través de internet.

Se han utilizado los siguientes recursos:

Tabla 2: Recursos utilizados en la búsqueda

Bases de datos	Bibliotecas Online	Buscadores online
Lilacs Ibecs Pubmed – Medline SciELO España y Red SciELO	Biblioteca sanitaria online de Castilla y León Biblioteca Virtual en Salud España	Google académico

Para los enunciados de búsqueda se han traducido palabras naturales a palabras clave con los Descriptores de Salud (DeCS). Los DeCS utilizados son:

Tabla 3: Decs

DeCS
Seguridad del paciente / patient safety.
Personal de enfermería / nursing staff.
Enfermeros / nurses.
Cultura organizacional / organizational culture.
Lista de verificación / checklist.
Higiene de manos / hand hygiene.
Infección hospitalaria / cross infection.
Conciliación de medicamentos / medication reconciliation.

Para unir los términos y así reducir el número de documentos disponibles se usa el operador booleano AND.

Para la selección de estudios se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión:
 - Estudios publicados en el año 2006 y posteriores.
 - Idioma: inglés o español
 - Texto completo gratuito.
 - Artículos que traten sobre el tema a desarrollar a lo largo del trabajo.

- Criterios de exclusión:
 - Estudios realizados en el ámbito de la atención primaria.
 - Idioma distinto del inglés o español.
 - Artículos en los que solo esté disponible el resumen o abstrad.

Tabla 4: Búsquedas realizadas

DeCS	Portal de búsqueda/base de datos		Artículos útiles
Seguridad del paciente	Biblioteca sanitaria online de Castilla y León		1
Seguridad del paciente AND personal de enfermería	Biblioteca sanitaria online de Castilla y León		2
Seguridad del paciente AND cultura organizacional	Biblioteca sanitaria online de Castilla y León		1
Patient safety AND nursing staff	Pubmed		2
Surgical checklist AND patient safety	Pubmed		1
Organizational culture AND patient safety	Pubmed		2
Seguridad del paciente AND higiene de manos AND infección hospitalaria	Google académico		2
Conciliación de medicamentos	SciELO		1
Seguridad del paciente AND personal de enfermería	BVS	Lilacs	1
		lbecs	1
Seguridad del paciente AND cultura organizacional	BVS	lbecs	1

La revisión bibliográfica se completó con una búsqueda secundaria de las referencias bibliográficas de los estudios identificados en la estrategia de búsqueda inicial y se consultaron planes estratégicos sobre seguridad de diferentes comunidades autónomas, y la página web de la OMS junto con documentos de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

Resultados y discusión

Los estudios revisados son principalmente descriptivos, observacionales y de corte transversal; según la clasificación de los niveles de evidencia y recomendación no representan un alto nivel de evidencia.

Enfermería y la cultura de seguridad del paciente

El desarrollo de una cultura de seguridad es un elemento fundamental para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención. Teniendo en cuenta que influye en los procesos de atención y sus resultados, su medición y retroalimentación son necesarias para promover eficazmente una cultura de seguridad³⁰.

La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, en un estudio de investigación realizado en 2009 sobre el análisis de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, con una muestra de 24 hospitales proporcionalmente estratificada por tamaño, obtiene como resultados que en positivo destacan las dimensiones “trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios” y “acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que promueven la seguridad”. Y como debilidades “dotación de personal”, “trabajo en equipo entre unidades/servicios”, “percepción de seguridad” y “apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente”. En general, las oportunidades de mejora tienen que ver en todos los hospitales con la dotación de personal y el ritmo de trabajo y sobre todo en los hospitales grandes y medianos, con la necesidad de una actitud más proactiva por parte de la gerencia, y la necesidad de mejorar la coordinación entre unidades y servicios³¹.

En los estudios realizados en el año 2010 *Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel*³², y en el año 2012 *Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería*³³, con el objetivo de identificar las áreas de fortaleza y las de oportunidades de mejora en relación a la cultura de seguridad del paciente, se obtienen los mismos resultados que en el estudio mencionado anteriormente.

“Trabajo en equipo dentro del servicio/unidad” fue la dimensión mejor valorada, y las peor valoradas fueron “dotación de personal” y “apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente”. Estos estudios siguen la misma metodología, estudio descriptivo transversal, y utilizan el mismo cuestionario, Hospital Survey on Patient Safety Culture en la versión española.

Pozo Muñoz F. sigue la misma metodología y obtiene los mismos resultados que los anteriores, en su estudio *Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria* realizado en el año 2012-2013, y además, destaca como dimensiones a mejorar “notificación de eventos adversos” y “respuesta no punitiva a los errores”³⁴.

Los artículos descritos anteriormente, concluyen que para mejorar la cultura de seguridad y por lo tanto la seguridad del paciente, es recomendable promover programas de sensibilización y formación de los profesionales, una gestión eficiente y racional de los recursos humanos, implementar medidas dirigidas a una cultura organizacional no punitiva que fomente la notificación de eventos adversos, y el apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente^{31, 32, 33, 34}.

Factores que intervienen en la seguridad del paciente

Siendo los siguientes estudios: *La seguridad del paciente, la satisfacción y la calidad de la atención hospitalaria: estudios transversales con enfermeras y pacientes en 12 países de Europa y los Estados Unidos*³⁵ y de carácter más descriptivo y enfoque cualitativo, *Evaluando los factores intervinientes en la seguridad del paciente*³⁶, en suma, de alta participación, 61168 enfermeras y 131318 pacientes en el primero entre las dos regiones que abarca y 70 enfermeras en el segundo, se da en ambos, una serie de reflexiones similares que convergen en una conclusión que se podría considerar “común”. Dicha conclusión valora en esencia la mejora sencilla de ciertas condiciones de trabajo como preludio a una calidad superior y satisfacción mayor en pacientes y personal, condiciones como la reducción del ratio de pacientes por enfermera. Así mismo, se aborda en ambos estudios un análisis de factores influyentes en la seguridad del paciente, relacionados con el personal de enfermería,

de entre los cuales destacan la dotación de personal, su formación y capacitación, el trabajo en equipo, la turnicidad y la falta de estabilidad y la mala práctica.

La revisión bibliográfica *¿Existe relación entre dotación de personal de enfermería, eventos adversos y mortalidad?* establece que la combinación de personal (profesional y técnico) es un factor predictor significativo en los resultados que afectan a la salud y la calidad de los pacientes, como: independencia funcional, dolor, sociabilidad y satisfacción con los cuidados. Los equipos con mayor proporción de enfermeras versus técnicos de enfermería se asocian a una mejor salud, mejor satisfacción usuaria y menores tasas de errores de medicación e infecciones de heridas. Así como que existe una asociación entre personal de enfermería con un alto nivel de formación y mejores resultados para los pacientes y menores eventos adversos, incluyendo mortalidad³⁷.

Los siguientes estudios descriptivos transversales: *El impacto de las horas de trabajo de enfermería en la cultura de seguridad del paciente: estudio transversal con una encuesta nacional, incluyendo Japón, Estados Unidos y Taiwán utilizando la encuesta hospitalaria sobre la cultura de seguridad del paciente*³⁸, y *La duración de los turnos de enfermería y las horas extraordinarias de trabajo en 12 países europeos: la asociación con la calidad percibida de la atención y seguridad del paciente*³⁹ concluyen con que los turnos de enfermería largos pueden incurrir en un riesgo adicional para la calidad. El grado de seguridad del paciente se deteriora y el número de eventos adversos notificados aumenta.

Algunos de los aspectos relevantes para la OMS y sus posibles soluciones

Los medicamentos constituyen el recurso terapéutico más utilizado en los países desarrollados. En consecuencia, no es de extrañar que los errores de medicación sean una de las causas más frecuentes de los acontecimientos adversos ligados a la asistencia sanitaria. En EE.UU. el primer informe del Instituto de Medicina señaló que los errores por medicamentos eran los errores asistenciales más prevalentes. En España, el estudio ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización) corroboró este hecho al mostrar que los medicamentos eran la causa del 37,4% de los efectos adversos detectados en pacientes hospitalizados⁴⁰.

Según el estudio realizado por De Bortoloi Cassioni y colaboradores, que sigue una metodología cuantitativa y descriptiva de corte transversal con una muestra de 6169 dosis de medicamentos administradas. Se observó que los errores relacionados al horario correspondieron al 53,8% y los de dosis equivocada al 26,4%, seguidos por medicamentos no autorizados (9,8%), vía equivocada (8,5%) y paciente equivocado (1,5%)⁴¹.

En un estudio descriptivo observacional realizado en el Hospital Universitario Fundación Santafé de Bogotá, con el objetivo de identificar las distracciones que tiene el profesional de enfermería mientras realiza el proceso de administración de medicamentos obtuvo los siguientes resultados: sobre el total de observaciones realizadas (192) se presentaron 3413 distracciones; en promedio, 18 distracciones en cada proceso observado. Las distracciones con mayor frecuencia fueron: otros miembros del personal y estudiantes (34.9%), conversaciones (32%), llamadas telefónicas y médico (10,5%). El estudio concluye que se deben generar planes de mejoramiento, con estrategias y prácticas seguras, en torno a las distracciones más frecuentes que tuvo el personal de enfermería durante el proceso de administración de medicamentos⁴².

José Antonio Mármol-Rodríguez en el estudio *Estudio clínico de conciliación de la medicación al ingreso hospitalario en pacientes de las áreas de medicina interna y cirugía*⁴³ concluye que la farmacoterapia de los pacientes crónicos ingresados es compleja. Existe un número considerable de discrepancias no justificadas asociadas a errores graves al ingreso hospitalario. Los protocolos de conciliación deben ser revisados para alcanzar en la práctica una reducción de los errores de medicación y el farmacéutico debe tomar un papel activo en ellos. Según el estudio *Abordaje interdisciplinar de la conciliación de la medicación crónica al ingreso en un hospital*⁴⁴, mediante el abordaje interdisciplinario del proceso de conciliación de la medicación crónica se han detectado y neutralizado muchos errores de medicación, se han resuelto las discrepancias, neutralizando omisiones, interacciones, duplicidades y se han eliminado los fármacos de bajo valor intrínseco farmacológico, registrándose en la historia clínica informatizada el listado de medicamentos conciliados.

Aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad de la atención puede provocar daños considerables. La OMS ha emprendido el reto mundial por la seguridad del paciente “La cirugía segura salva vidas” que tiene como objetivo mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo y reducir sus muertes y complicaciones. Así, se elaboró la “Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía” (checklist quirúrgico)⁴⁵.

Rodrigo Rincon, I et al, en el estudio Los efectos de las listas de comprobación quirúrgicas en la morbilidad y mortalidad: un estudio previo y posterior a la intervención, concluyó que la tasa de eventos adversos tras la implementación del uso del checklist quirúrgico no disminuyó significativamente entre los dos periodos a estudio, sin embargo, la tasa de eventos adversos infecciosos y la de eventos adversos globales en pacientes con admisiones no electivas tuvieron reducciones estadísticamente significativas electivas. El número de eventos adversos por 100 pacientes fue de 31,5% al inicio del estudio y de 26,5% tras la implementación de la lista de verificación. La tasa de eventos adversos disminuyó de un 13,9% a un 9,6% y el mayor descenso se obtuvo en la proporción de pacientes con admisiones no electivas que sufrieron eventos adversos, de un 60,4% a un 37,0%. El estudio, además, indica que se necesita más investigación para determinar cómo y en qué pacientes las listas de verificación quirúrgica (surgical checklist) pueden funcionar con éxito⁴⁶.

Una de las líneas estratégicas de la OMS para la seguridad del paciente es la mejora en la adhesión a la higiene de manos, para lo que se establecen campañas a nivel nacional e internacional. Desde la OMS se han elaborado una serie de líneas a trabajar en el futuro para la mejora del cumplimiento de la higiene de manos; como conocer el peligro de las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS), educación continua por parte del personal médico, de enfermería y otros estamentos de los centros que participen en el programa, la importancia de los envases monodosis, la educación del paciente, lavabos o sólo dispensadores de solución hidroalcohólica⁴⁷.

El Ministerio de Sanidad y Consumo de España está financiando proyectos específicos para promover la higiene de manos en los centros sanitarios del sistema

nacional de salud. Estos proyectos tienen como objetivo facilitar la disponibilidad y el uso de solución hidroalcohólica en dichos centros, así como promover acciones de formación y sensibilización de profesionales y pacientes.

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria constituyen un importante problema de salud pública mundial. Su incidencia es un indicador de la calidad asistencial prestada. La higiene de manos y el uso correcto de guantes son las principales medidas para prevenirlas y evitar la diseminación de microorganismos multiresistentes⁴⁸. El estudio EPINE (Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España) 2011, tiene por objetivo ayudar a los hospitales a determinar la prevalencia de las IAAS en su centro. Según este estudio donde se estudió el período 1990–2010, el nº de infecciones nosocomiales descendió de 9,7 % a 7,75 %⁴⁹.

Conclusiones

- La seguridad del paciente constituye una prioridad en la gestión de calidad del cuidado que se proporciona. Por ello es importante reflexionar sobre la dimensión que tiene el problema de los eventos adversos, para evitar su ocurrencia y mejorar en las acciones que garanticen una práctica segura analizando los riesgos y notificando los incidentes. Así como implementar el conocimiento y la sensibilización entre los profesionales.
- La mejora de ciertas condiciones de trabajo como la reducción de los turnos, la creación de un ambiente de trabajo agradable y la disminución de los ratios de pacientes por enfermera, se percibe con un incremento de la seguridad del paciente y de la calidad de los cuidados.
- Las medidas propuestas por la OMS hasta el momento (higiene de manos y checklist quirúrgico) han resultado ser efectivas, pero es necesario seguir investigando acerca de la eficacia, efectividad y sostenibilidad de las medidas de prevención de los efectos adversos, implicando a los profesionales, los pacientes y las gerencias de los centros sanitarios.
- Alcanzar una cultura de seguridad requiere la intervención en áreas como la dotación de personal, el apoyo por parte de la gerencia y la creación de un ambiente no punitivo.

Bibliografía.

1. Organización Mundial de la Salud. Más que palabras. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente versión 1.1; 2009.
2. Área de Seguridad del Paciente y Calidad Percibida. Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2009-2012 [Internet]. Castilla-La Mancha: SESCOAM Servicio de Salud Castilla-La Mancha; 2009 [citado 27 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.chospab.es/calidad/archivos/Documentos/PlanSeguridadSESCAM20092012.pdf>
3. Sampedro A, Barbón JJ. Los ojos en el código Hammurabi. Arch Soc Esp Oftalmol [Internet]. 2009 [citado 27 Nov 2015]; 84: [aprox. 2p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/aseo/v84n4/historica.pdf>
4. Ruelas Barajas E, Sarabia González O, Tovar Vera W. Seguridad del paciente hospitalizado. México D.F: Editorial Médica Panamericana S.A de C.V; 2007.
5. Arrizabalaga Clemente P. Primum non nocere. Una reflexión sobre la aplicación del juramento hipocrático en la organización de las empresas sanitarias. Med Clin [Internet]. 2007 [citado 27 Nov 2015]; 128(5): [aprox. 2p.]. Disponible en: https://www.comb.cat/cat/actualitat/noticies/sta/primum_non_nocere.pdf
6. López Valencia DM, Ríos Villegas SM, Vélez Escobar L. Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención [Internet]. Medellín: Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”; 2008 [citado 30 Nov 2015]. Disponible en: <http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/433/1/SeguridadPacientePrestacionServicios.pdf>
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Internet]. Madrid. [citado 30 Nov 2015]. Seguridad del Paciente [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/presentacion/>

8. Ministerio de Sanidad y Consumo. [Internet]. Madrid. [citado 6 Dic 2015]. Excelencia clínica [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec03.htm>
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. [Internet]. Madrid. [citado 6 Dic 2015]. Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MSC-CD1/contenidos/unidad10.html>
10. García-Barber M. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente [Internet]. Barcelona: Organización Mundial de la Salud; [citado 15 Ene 2016]. Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo14.pdf>
11. Muiño Míguez A, Jiménez Muñoz AB, Pinilla Llorente B, Durán García ME, Cabrera Aguilar FJ, Rodríguez Pérez MP. Seguridad del paciente. An Med Interna [Internet]. 2007 [citado 10 Feb 2016]; 24: [aprox. 4p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n12/revision.pdf>
12. “Evolución de la Seguridad del paciente el contexto mundial y su perspectiva en México” [Internet]. México. [citado 24 Ene 2016]. Disponible en: <https://amcg.org.mx/images/docs/pacientes/herramientas/Seguridad.pdf>
13. Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J, Ruiz López P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Informe Febrero 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. NIPO 351-06-009-2.
14. Aranaz-Andrés JM, Limón Ramírez R, Aibar Remón C, Miralles Bueno JJ, Vitaller Burillo J, Terol García E, et al. Luces y sombras en la seguridad del paciente: estudio y desarrollo de estrategias. Gac Sanit [Internet]. 2008 [citado 16 Ene 2016]; 22 (Supl 1): [aprox. 6p.]. Disponible en: <http://ac.els-cdn.com/S021391110876093X/1-s2.0-S021391110876093X->

main.pdf?_tid=a3f07f8e-12e0-11e6-97b3-00000aacb361&acdnat=1462466851_d0ec81419eae8d75512843ebbf0b28c2

15. Bañeres J, Cavero E, López L, Orrego C, Suñol R. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
16. Ortega Vargas MC, Suárez Vázquez MG, Jiménez y Villegas MC, Añorve Gallardo A, Cruz Corchado M, Cruz Ayala A, Quintero Barrios MM, Solís Pérez MT, Zarate Grajales RA. Manual de evaluación de la calidad del servicio en enfermería. 2ª ed. México D.F: Editorial Médica Panamericana, S.A de C.V; 2009.
17. NHS Scotland. Learning from adverse events through reporting an review. A national framework for Scotland [Internet]. Edinburgh: NHS Scotland; 2015 [citado 1 Feb 2016]. Disponible en: http://www.healthcareimprovementscotland.org/our_work/governance_and_assurance/management_of_adverse_events/national_framework.aspx
18. Bandrés Moya F, Delgado Bueno S. Biomedicina y derecho Tomo VI. Madrid: Imgraf Impresores, S.L.; 2009.
19. Villafarina Barroso A, Rodríguez Pérez B, Ortiz Rodríguez O. Seguridad del paciente con el uso del medicamento: evidencias y estrategia. 1ª ed. Laboratorio de las prácticas innovadoras en Polimedición y Salud; 2015.
20. Avedis Donabedian Instituto Universitario UAB. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). [citado 16 Ene 2016]. Disponible en: http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/VI_Conferencia/03valla_ejo.pdf

21. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [citado 20 Nov 2015]. Seguridad del paciente [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>
22. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Washington/Ginebra: Organización de la Salud; 2007 [actualizado 27 May 2007; citado 20 Nov 2015]. Centro de prensa. La OMS lanza “Nueve soluciones para la seguridad del paciente” a fin de salvar vidas y evitar daños; [aprox 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>
23. The Joint Comission, Joint Comission International. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 [citado 10 Ene 2016]. Disponible en: <http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/PatientSolutionsSpanish.pdf>
24. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos [Internet]. Salamanca: Hospital Universitario de Salamanca; [citado 10 Ene 2016]. Sistema de Notificación y Aprendizaje de Errores de Medicación ¿Qué es un error de medicación?; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/estaticos/view/19>
25. Pérez Beltrán A, Frías Gil S, López Ruíz M, Villaño Ansótegui MA, Fernández González R, Moreno Larrea A. La medición de la cultura de seguridad del paciente. Una revisión bibliográfica. Revista Rol de Enfermería [Internet]. 2013 [citado 2 Feb 2016]; 36(9): [aprox 6p.]. Disponible en: <https://medes.com/publication/83875>
26. León Román CA. La seguridad del paciente. Una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2006 [citado el 2 Feb 2016]; 22(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192006000300007&script=sci_abstract

27. Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Brigs [Internet]. Madrid: Evidencia en cuidados; [citado 20 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.evidenciaencuidados.es/es/?start=12>
28. Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Brigs. JBI COnNECT+ [Internet]. Madrid; 2012 [citado 20 Abr 2016]. Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/evidenciaencuidados/evidencia/pen_JBI/Diptico_JBI_COnNECT_2012.pdf
29. Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Brigs [Internet]. Madrid: Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Brigs; 2015 [citado 20 Abr 2016]. Acreditación de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO España) [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.evidenciaencuidados.es/es/index.php/101-acreditacion-de-centros-comprometidos-con-la-excelencia-en-cuidados-bpso-espana>
30. Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Sydney M. Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. Ann Intern Med [Internet]. 2013 [citado 19 May 2016]; 158 (102): [aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4710092/pdf/nihms737798.pdf>
31. Saturno PJ, Da Silva Gama ZA, De Oliveira-Sousa SL, Fonseca YA, De Souza-Oliveira AC. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Med Clin Monog [Internet]. 2008 [citado 5 Feb 2016]; 131 (3): [18-25]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13132768&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=2&ty=139&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v131nSupl.3a13132768pdf001.pdf

32. Skadova S, Velasco Rodríguez MJ, Fernández Sierra MA. Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel. Rev Calid Asist [Internet]. 2011 [citado 19 May 2016]; 26(1): [aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-opinion-los-profesionales-sanitarios-sobre-90000801>
33. Castañeda-Hidalgo H, Garza Hernández R, González Salinas JF, Pineda Zúñiga M, Acevedo Porras G, Aguilera Pérez A. Percepción de la cultura de seguridad de los pacientes por personal de enfermería. Ciencia y enfermería [Internet]. 2013 [citado 19 May 2016]; XIX(2): [aprox. 11p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532013000200008&script=sci_arttext
34. Pozo Muñoz F, Padilla Marín V. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. Rev Calid Asist [Internet]. 2013 [citado 19 May 2016]; 28(6): [aprox. 7p.]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90258984&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=256&ty=54&accion=L&origen=zona_delectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=256v28n06a90258984pdf001.pdf
35. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Douglas M, Busse R, Mckee M. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. BMJ [Internet]. 2012 [citado 5 Feb 2016]; 344: [1-14]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/bmj/344/bmj.e1717.full.pdf>
36. Meneses Oliveira R, Tigre de Arruda Leitao IM, Lima Aguiar L, De Souza Oliveira AC, Mateus Gazos D, Sales de Silva LM et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2015 [citado 6 Feb 2016]; 49 (1): [aprox. 10p.]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/0080-6234-reeusp-49-01-0104.pdf>

37. Barrios Araya S, Catoni MI, Valenzuela V, Fernández F. ¿Existe relación entre dotación de personal de enfermería, eventos adversos y mortalidad?. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2012 Jul-Sept [citado 19 May 2016]; 15(3): [aprox. 6p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842012000300002
38. Yinghui Wu, Shigeru Fujita, Kanako Seto, Shinya Ito, Kunichika Matsumoto, Chiu-Chin Huang and Tomonori Hasegawa. The impact of nurse working hours on patient safety culture: a cross-national survey including Japan, the United States and Chinese Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2013, [citado 19 may 2016]; 13 (394). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24099314>
39. Griffiths P, Dall'Ora C, Simon M, Ball J, Lindqvist R, Rafferty AM et al. Nurses' Shift Length and Overtime Working in 12 European Countries: The Association With Perceived Quality of Care and Patient Safety. *Medical Care* [Internet]. 2014; 11 (52); Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25226543>
40. Otero MJ, Domínguez-Gil A. Actividades dirigidas a la prevención de errores de medicación en centros sanitarios de Castilla y León. Salamanca: Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Hospital Universitario de Salamanca; 2009.
41. De Bortoli Cassiani S, Silvia Monzani AA, Bauer de Camargo Silva AE, Trevisani Fakh F, Perufo Optitz S, Cardoso Alux Teixeira T. Identificación y análisis de los errores de medicación en seis hospitales brasileños. *Ciencia y enfermería* [Internet]. 2010 [citado 6 Feb 2016]; XVI (6): [aprox. 10p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_10.pdf
42. Yamile Ramos D, Soto Lesmes VI. Identificar distracciones en el proceso de administración de medicamentos garantiza una práctica segura. *Av. Enferm* [Internet]. 2014 [citado 15 Feb 2016]; XXXII (1): [aprox. 8p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a05.pdf>

43. Mármol-Rodríguez JA, Rodríguez-Casal MP. Estudio clínico de conciliación de la medicación al ingreso hospitalario en pacientes de las áreas de medicina interna y cirugía. *Ars Pharm* [Internet]. 2015 [citado 15 Feb 2016]; 56 (3): [aprox. 5p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ars/v56n3/original1.pdf>
44. Paez Vives F, Recha Sanchoa R, Altadill Amposta A, Montaña Radua RM, Anadón Chortó N, Castells Salvado M. Abordaje interdisciplinar de la conciliación de la medicación crónica al ingreso en un hospital. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2010 [citado 12 Abr 2016]; 25(5): [aprox. 15p.]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pid=articulo=13155593&pid_usuario=0&pcontactid=&pid=revista=256&ty=50&accion=L&origen=zona_delectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=256v25n05a13155593pdf001.pdf
45. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. La cirugía segura salva vidas [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 [citado 15 Feb 2016]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf
46. Rodrigo-Rincon I, Martín-Vizcaino MP, Tirapu-León B, Zabalza-Lopez P, Zaballos-Barcala N, Villalgorido-Ortín P et al. The effects of surgical checklists on morbidity and mortality: a pre- and post-intervention study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* [Internet]. 2015 [citado 20 Feb 2016]; 59: [aprox. 9p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4312956/pdf/aas0059-0205.pdf>
47. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria (borrador avanzado): Resumen [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006 [citado 25 Mar 2016]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf

48. Lupión C, López-Cortés LE, Rodríguez-Baño J. Medidas de prevención de la transmisión de microorganismos entre pacientes hospitalizados. Higiene de manos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet]. 2014 [citado 12 Abr 2016]; 32 (9): [aprox. 6p.]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90359100&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=28&ty=135&accion=L&origen=zona_delectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=28v32n09a90359100pdf001.pdf
49. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España 2011. [Internet]. 2011 [citado 12 Abr 2016]. [aprox. 65p.]. Disponible en: <http://hws.vhebron.net/epine/Descargas/EPINE%202011%20ESPA%C3%91A%20Resumen.pdf>