

República Dominicana



Universidad Iberoamericana

UNIBE

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Medicina

Proyecto para optar por el título de Especialista en

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL MÉDICO
RESPECTO A LAS METAS INTERNACIONALES PARA SEGURIDAD DEL
PACIENTE EN EL HOSPITAL GENERAL PLAZA DE LA SALUD, JUNIO 2022.**

Sustentante:

Dra. Gaudy Polanco Escoto

19-1103

Asesor Metodológico:

Dra. Violeta González Pantaleón

Asesora de Contenido:

Dra. Yanelly Mesa

Junio, 2022

Los conceptos
expuestos en la presente
investigación son de la
exclusiva responsabilidad de
los sustentantes de la

INDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I.....	9
1.1. Planteamiento del problema.....	10
1.1.1.- Pregunta de investigación.....	12
1.2. Objetivos.....	13
1.2.1. Objetivos General	13
1.2.2. Objetivos específicos	13
1.4. Justificación	14
CAPÍTULO 2	15
MARCO TEORICO	16
2.1. Referencias	16
2.2. Marco Conceptual.....	17
2.2.1. Seguridad del paciente en la asistencia sanitaria.....	17
2.2.1.1. Definición de seguridad del paciente.....	17
2.2.1.2 Cultura de seguridad del paciente	18
2.2.1.3 Incidentes de seguridad del paciente	22
2.2.2. Joint Commission International (JCI)	24

2.2.2.1. Características de la acreditación JCI-FADA	26
2.2.2.2. Programas internacionales de acreditación disponibles funciones clave del modelo de acreditación	27
2.2.2.3. Programa de certificación de atención a patologías JCI-FADA.....	28
2.2.3. Metas internacionales para la seguridad del paciente y políticas del Hospital General Plaza de la Salud (HGPS)	29
2.2.3.1. Identificación correcta de los pacientes	30
2.2.3.2. Comunicación Efectiva	32
2.2.3.3. Seguridad medicamento de alto riesgo	35
2.2.3.4. Garantizar cirugía y lugar seguros al paciente	38
2.2.3.4.1. Objetivo	38
2.2.3.4.2. Alcance	38
2.2.3.4.3. Riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención.....	40
2.2.3.4.4. Riesgo de daño al paciente por caída.....	41
2.2.4. Conocimientos, actitudes y habilidades de los profesionales de la salud en relación con la seguridad del paciente	43
2.2.4.1. Conocimiento de los profesionales	43
2.2.4.2. Actitudes de los profesionales de la salud.....	45
2.2.4.3. Habilidades de los profesionales de la salud	48
2.3. Contextualización	51

CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLOGICO	54
3.1. Contexto	55
3.2. Tipo de estudio.....	55
3.3. Variables y Operacionalización	55
3.4 Población	56
3.5. Muestra	56
3.6. Métodos de recolección	57
3.7. Plan de Análisis	57
3.8. Principios éticos.....	58
CAPÍTULO IV	59
4.1. Presentación de los resultados.....	60
CAPÍTULO V.....	64
5.1. Discusión	66
5.2. Conclusión.....	68
CAPÍTULO VI. Recomendaciones.....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
Anexos.....	79
Tablas.....	85
Consentimiento informado.....	96
Instrumento de recolección de datos	97

RESUMEN

Con el propósito de determinar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a las metas internacionales para seguridad del paciente en el Hospital General Plaza de la Salud, junio, 2022. Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo tipo encuesta transversal, encontrándose lo siguientes hallazgos: Respecto a los resultados obtenidos, se evidenció que de los 306 médicos encuestados, un 58.82% presentaron alto nivel de conocimiento siendo este el porcentaje más alto, una actitud excelente en un 73.86% de los casos y en el caso de la práctica se muestra un desempeño regular con un 50.50% de los casos. Al comparar los grupos etarios tuvimos edades que oscilaron entre 20 y 60 años, siendo el mayor grupo de edad para los médicos de 30-39 años con un 41.18%. El sexo predominante en la investigación fue el femenino con un porcentaje del 77%. Al analizar los resultados nos damos cuenta que si hay una buena base de información sobre las metas internacionales, para seguridad del paciente y buena actitud, es al momento de poner en práctica estos conocimientos donde está el déficit. Sin embargo, no en todas las áreas, no con todas las metas, pasa lo mismo, y las que nose cumplen es de manera parcial. Recordando que en medicina una buena actitud no sustituye una buena práctica y alto conocimiento, deben ser complementarias uno de otro.

Palabras clave: conocimientos, actitudes, práctica, metas internacionales seguridad, médicos.

ABSTRACT

With the purpose of determining the knowledge, attitudes and practices of the medical personnel regarding the international goals for patient safety in the Plaza de la Salud General Hospital, June, 2022. An observational, descriptive cross-sectional survey type study was carried out, finding the following findings: Regarding the results obtained, it was evidenced that of the 306 doctors surveyed, 58.82% presented a high level of knowledge, this being the highest percentage, an excellent attitude in 73.86% of the cases and in the case of In practice, a regular performance is shown with 50.50% of the cases. When comparing the age groups, we had ages that ranged between 20 and 60 years, with the largest age group for doctors being 30-39 years with 41.18%. The predominant sex in the research was female with a percentage of 77%. When analyzing the results, we realize that if there is a good base of information on international goals, for patient safety and a good attitude, it is at the time of putting this knowledge into practice where the deficit lies. However, not in all areas, not with all goals, the same thing happens, and those that are not met is partially. Remembering that in medicine a good attitude does not replace good practice and high knowledge, they must be complementary to each other.

Keywords: knowledge, attitudes, practice, international security mints, doctors.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente se puede definir como la prevención de las lesiones del paciente o los eventos adversos que podrían ocurrir durante la prestación de atención médica.⁽¹⁾

La seguridad del paciente es una disciplina del cuidado de la salud que se produce con la creciente dificultad en los sistemas de atención de la salud y el aumento de los daños al paciente en las instituciones de salud. El propósito fue evitar y disminuir los riesgos, errores y daños que ocurren a los pacientes durante la prestación de atención médica.⁽²⁾

Para poder llevar a cabo esto, son utilizadas como herramientas las Metas Internacionales. Estas tienen como propósito establecer los lineamientos que permitan unificar las actividades del personal que participa en la atención médica, creando una metodología operativa en la cual sea posible reducir al máximo los riesgos para el paciente. Promover mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente y en consecuencia disminuir los eventos adversos.

Durante las últimas dos décadas, la atención de la comunidad de salud pública se ha centrado cada vez más en los determinantes sociales de la salud (SDH), los factores aparte de la atención médica que pueden verse influenciados por las políticas sociales y dar forma a la salud de manera poderosa.⁽³⁾

Con este estudio de investigación se revisan los conocimientos acumulados que destacan la importancia del cumplimiento de metas en general, ya que implican aspectos socioeconómicos, en la configuración de la salud, y las posibles vías y mecanismos biológicos que pueden explicar sus efectos. Además, mencionamos los desafíos para avanzar en este conocimiento y cómo se pueden superar.

Es por ello por lo que la siguiente investigación busca arrojar luz sobre las capacidades tales como conocimiento, actitudes y prácticas del personal de salud para brindar un servicio de mejor calidad a los usuarios.⁽⁴⁾

CAPÍTULO I.

1.1. Planteamiento del problema.

Los enfoques sobre gerencia de calidad dirigida a la atención al paciente significa corresponder a las expectativas de los usuarios, razón por la cual, el hecho de no brindar una atención con calidad, trae consigo problemas para los usuarios, ya que se van a sentir insatisfechos con la atención recibida y esto puede traer consecuencias en su estado de salud, generando tratamientos y hospitalizaciones más prolongados y por ende mayor inconformidad, relacionándose esta última con la imagen de la institución de salud. La seguridad del paciente se percibe como un problema esencial en aumento en el campo de la atención médica, y el aumento en el número de incidentes de seguridad del paciente genera un desafío para la gestión hospitalaria.⁽⁴⁾

Es un problema mundial en el que se ven afectados tanto los países económicamente desarrollados como los económicamente en desarrollo. Según el informe de la OMS (2019), la incidencia de eventos adversos tales como medidas de bioseguridad, retraso en atención, altas inadecuadas y errores en el seguimiento de procedimientos, debido a una atención insegura es una de las 10 principales causas de mortalidad y discapacidad a nivel mundial. En los países económicamente de bajos y medianos ingresos, alrededor de 134 millones de eventos adversos ocurren en los hospitales debido a una atención insegura, lo que provoca 2,6 millones de muertes cada año. Hasta 4 de cada 10 pacientes sufren daños en la atención médica primaria y ambulatoria a nivel mundial, de los cuales alrededor del 80 % del daño es evitable.⁽⁷⁾

Los errores médicos y los eventos adversos son un peligro crítico para los pacientes en todo el mundo. La evidencia mostró que aproximadamente 98.000 personas mueren al año a causa de los

errores médicos que ocurren en los hospitales, una cantidad mayor que las muertes por accidentes tránsito, lesiones en el lugar de trabajo o cáncer de mama. Además, la carga financiera de la tragedia humana y el error médico aumenta fácilmente los problemas comunitarios y generalizados.⁽⁶⁾ Es entendible que a medida avanza la tecnología médica, se hace cada vez más complejo el proceso asistencial y se pueden dar situaciones que se produzcan errores.

Por supuesto, puede estar en riesgo tanto en el hospital como en la práctica general. Aunque se han informado incidentes graves de seguridad del paciente, las investigaciones cuantitativas con una muestra grande de pacientes en la práctica general son raras.⁽⁷⁻⁸⁾

1.2.- Pregunta de investigación

1. ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a las metas internacionales para seguridad del paciente en el Hospital General Plaza de la Salud, junio, 2022?
2. ¿Cuál es el nivel de aplicación y cumplimiento de las metas internacionales del Hospital General de la Plaza de la Salud?
3. ¿Cuáles son las estrategias de mayor aceptación en los servicios de atención al paciente en el Hospital General Plaza de la Salud?
4. ¿Cuáles son las medidas que puedan mejorar la atención y la seguridad de los pacientes?
5. ¿Cuál es el nivel de conocimientos del personal médico sobre las metas internacionales que rigen al Hospital General Plaza de la Salud?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivos General

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a las metas internacionales para seguridad del paciente en el Hospital General Plaza de la Salud, junio, 2022.

1.3.2. Objetivos específicos:

1. Identificar el nivel de aplicación y cumplimiento de las políticas de seguridad del paciente y metas internacionales que rigen el Hospital General de la Plaza de la Salud.
2. Determinar las estrategias de mayor aceptación en los servicios de atención al paciente en el Hospital General Plaza de la Salud.
3. Identificar cuáles son las medidas que puedan mejorar la atención y la seguridad de los pacientes.
4. Determinar el nivel de conocimientos del personal médico sobre las metas internacionales que rigen al Hospital General Plaza de la Salud.

1.4. Justificación

La carga del daño durante la prestación de servicios de atención médica y sus costos asociados está aumentando a nivel mundial. Obtener evidencia sobre el nivel de conocimiento, actitud, práctica y factores asociados a la seguridad del paciente entre las enfermeras es importante y significativo para emprender las estrategias esenciales requeridas para mejorar la carga del daño, los costos de sus problemas relacionados y mejorar la calidad de la atención médica⁹. Sin embargo, los estudios que aborden el conocimiento, la actitud, la práctica y los factores asociados a la seguridad del paciente en el personal de salud, son limitados. Incluso en República Dominicana, los estudios no son suficientes sobre este tema crítico.

Por lo tanto, el propósito del presente estudio es determinar el conocimiento, la actitud, la práctica y los factores asociados a la seguridad del paciente en el personal médico⁷. El resultado del presente estudio sensibilizaría a los hospitales, médicos, implementadores de políticas locales, gobierno, partes interesadas e investigadores que deseen realizar el estudio sobre este tema para gestionar y controlar la carga crítica de incidentes de daño o error durante la prestación de servicios de atención médica, que crece alarmantemente en todo el mundo.

CAPÍTULO 2.

MARCO TEORICO

2.1. Referencias

Rodríguez y Segura, en 2020, llevaron a cabo un estudio con el propósito de determinar el Nivel de conocimiento, percepción y práctica sobre las metas internacionales de seguridad del paciente en estudiantes del internado de la Universidad Iberoamericana, Santo Domingo, República Dominicana, durante el período marzo-abril 2020. Se realizó un estudio de tipoobservacional, descriptivo, transversal, con recolección de datos de conformación prospectiva. Solo un 7 por ciento de los estudiantes cuenta con un buen conocimiento sobre las medidas internacionales, mientras que el 43 por ciento tiene una percepción positiva y un 42 por ciento maneja una práctica adecuada.

Al comparar los grupos etarios con el conocimiento denotamos que, a mayor edad, mayor es el conocimiento al respecto, siendo el grupo de "30 años o más" el de mayor conocimiento, con un 20 por ciento, esto también sucede con la percepción donde el 80 por ciento de este mismo grupo etario mantiene una percepción positiva, pero en la práctica el grupo de "26-29 años" es el que predomina con un 47.83 por ciento. El sexo que mostró mayor conocimiento (11.11%), percepción positiva (46.67%) y práctica adecuada (44.44%) ha sido el masculino. Por otro lado, los de nacionalidad extranjera son quienes muestran mayor conocimiento (6.76%), percepción positiva (48.94%) y práctica adecuada (46.81%). Con relación al semestre con mayor nivel de conocimiento está el 15to semestre, mientras que el de percepción positiva es el 16to semestre, así como el de mayor nivel práctico (65.22%). Este estudio logra mostrar que existe una deficiencia significativa en cuanto al conocimiento de las metas internacionales del manejo del paciente, donde a pesar del poco conocimiento poco más del 40% de los estudiantes muestra destrezas prácticas adecuadas y una percepción positiva en el entorno.⁽⁹⁾

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Seguridad del paciente en la asistencia sanitaria

2.2.1.1. Definición de seguridad del paciente

La OMS proporciona una definición ampliamente utilizada de seguridad del paciente, en la que la seguridad del paciente se define como la ausencia de daño prevenible para un paciente durante el proceso de atención médica (OMS, 2009). Vincent (1993) definió la seguridad del paciente como "la evitación, prevención y mejora de resultados adversos o lesiones derivadas del proceso de atención de la salud". Sutker (2008) opina que: 'La seguridad del paciente puede definirse como la ausencia de lesiones accidentales derivadas de los procesos de atención de la salud. Además de las amenazas esperadas a la seguridad que se relacionan con la enfermedad del paciente, surgen amenazas inesperadas de factores profesionales, organizacionales y del sistema⁽¹⁰⁾.

El Ministerio de Atención de la Salud de Lituania considera que la seguridad del paciente se compone de estructuras y procesos de atención de la salud, cuya implementación reduce los eventos adversos resultantes del impacto del sistema de atención de la salud. El Instituto de Medicina definió la seguridad del paciente como 'ausencia de lesiones accidentales; garantizar la seguridad del paciente implica el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad de errores y maximicen la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran⁽¹¹⁾.

Sin embargo, según Emanuel et al. (2008), las definiciones de seguridad del paciente existentes parecían variar, y una de las preguntas que plantean los autores es si la seguridad del paciente es una forma de hacer las cosas, una disciplina o un atributo. Estudiaron las definiciones existentes y sugirieron su propia definición de seguridad del paciente: 'La seguridad del paciente

es una disciplina en el sector de la atención de la salud que aplica métodos de la ciencia de la seguridad hacia el objetivo de lograr un sistema confiable de prestación de atención de la salud. La seguridad del paciente también es un atributo de los sistemas de salud; minimiza la incidencia y el impacto y, maximiza la recuperación de los eventos adversos'. Esta definición de seguridad del paciente, por tanto, define tanto una forma de hacer las cosas como una disciplina emergente⁽¹²⁾.

Con base en esta literatura previa, las definiciones de seguridad del paciente podrían resumirse como las acciones seguras basadas en la evidencia de los profesionales de la salud en un sistema de atención de la salud confiable (por ejemplo, una institución o unidad), y la prevención de daños prevenibles al paciente durante el proceso de atención de la salud. prestación del servicio de atención. La seguridad del paciente ha sido un tema importante durante más de diez años, pero es importante que los investigadores y los profesionales de la salud entiendan qué definición de seguridad del paciente utilizan en sus estudios o en la práctica clínica. En este estudio, la seguridad del paciente se interpreta como la ausencia de incidentes de seguridad del paciente durante los servicios de atención médica.

2.2.1.2 Cultura de seguridad del paciente

La definición más utilizada de una cultura de seguridad por los investigadores es que es "el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de la gestión de salud y seguridad de una organización".⁽¹⁴⁾ El clima de seguridad refleja las actitudes del proveedor hacia la seguridad del paciente.⁽¹⁵⁾ Se generó un metaanálisis de la cultura de seguridad para encontrar un marco conceptual de cultura de seguridad y también se desarrolló una tipología vinculada que identificó siete subculturas de cultura de seguridad del paciente:

- A) Liderazgo
- B) Trabajo en equipo
- C) Basado en evidencia
- D) Comunicación
- E) Aprendizaje
- F) Justo
- G) Centrado en el paciente¹⁶.

Si se piensa más ampliamente en los conceptos de cultura y clima, existen numerosas definiciones (por ejemplo, de cultura y clima organizacional) en la literatura. Algunos estudios informan que estos conceptos son diferentes, mientras que otros los ven más o menos superpuestos.⁽¹⁷⁾

Si se ve por separado, la cultura organizacional refleja la forma en que se hacen las cosas en las organizaciones, y el clima organizacional refleja la forma en que los miembros de las organizaciones perciben y experimentan su entorno de trabajo⁽¹⁷⁾. La literatura previa a menudo es confusa debido a la superposición y las diferentes definiciones. Además, algunos autores parecen usar terminología y redacción diferentes en textos sobre temas similares, lo que se suma aún más a la Confusión. La mayoría de los trabajos utilizan términos de clima de seguridad o cultura de seguridad en sus estudios sobre seguridad del paciente. Sin embargo, los términos 'cultura' y 'clima' a menudo se usan indistintamente.⁽¹⁸⁾

La Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) (2015) ha realizado encuestas sobre la cultura de seguridad del paciente desde 2004, y sus esfuerzos continuos buscan medirlos niveles de conocimiento y cultura de seguridad del paciente. AHRQ creó la Encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente (HSPSC) para apoyar la mejora de la cultura

de seguridad del paciente en los hospitales. Dicha encuesta, también se ha utilizado en varios estudios (Thomas et al., 2013; Turunen et al., 2013; Perneger et al., 2014; Wang et al., 2014; Khater et al., 2015; Saleh et al., 2015; Vlayen et al., 2015), y mide doce dimensiones de la cultura de seguridad del paciente: trabajo en equipo dentro de las unidades, expectativas y acciones del supervisor/gerente que promueven la seguridad del paciente, aprendizaje organizacional: mejora continua, apoyo de la gestión para la seguridad del paciente, percepciones generales del paciente.

Seguridad, retroalimentación y comunicación sobre errores, apertura de la comunicación, frecuencia de eventos informados, trabajo en equipo entre unidades, dotación de personal, trasposos y transiciones, y respuesta no punitiva a los errores. El otro instrumento más utilizado por los investigadores es el Cuestionario de Actitudes de Seguridad, utilizado para medir la cultura de seguridad del paciente, por ejemplo, Devriendt et al. (2012), y para medir las actitudes relacionadas con la seguridad.⁽¹⁷⁾

Las dimensiones de cultura de seguridad del paciente más utilizadas fueron sugeridas por Sexton et al. (2006) y han sido utilizados por varios investigadores (por ejemplo, Sexton et al., 2006; Wisniewski et al., 2007; Garrouste-Orgeas et al., 2012; Schwendimann et al., 2013). Comprende seis dimensiones: clima de trabajo en equipo, satisfacción laboral, percepciones de la gerencia, clima de seguridad, condiciones de trabajo y reconocimiento del estrés. Ginsburg et al. (2014) también utilizaron seis dimensiones del clima de seguridad del paciente (PSC) en su estudio: apoyo del liderazgo organizacional para la seguridad; Seguimiento de incidentes; Liderazgo de supervisión para la seguridad; unidad de cultura de aprendizaje; Habilidad de la comunicación abierta I: Entorno libre de juicios; Habilidad de la comunicación abierta II: Repercusiones laborales del error.

Otros autores han descrito un mayor número de dimensiones de la cultura de seguridad del paciente. Liu et al. utilizaron doce dimensiones de la cultura de seguridad del paciente. (2014) y Bagnasco et al. (2011) en sus estudios, que comprende: frecuencia de notificación de eventos, percepciones generales de la seguridad del paciente, expectativas del gerente y acciones que promueven la seguridad del paciente, aprendizaje organizacional, trabajo en equipo dentro de las unidades, apertura de la comunicación, retroalimentación y comunicación sobre errores, dotación de personal, respuesta no punitiva al error, apoyo a la gestión para la seguridad del paciente, trabajo en equipo entre unidades, trasposos y transiciones. Nueve dimensiones de la cultura de seguridad del paciente se presentaron en un estudio de Simons et al. (2015): Prioridad y responsabilidad con la seguridad del paciente, Registrar, evaluar y aprender de los incidentes, Recursos relacionados con la seguridad del paciente, Comunicación sobre seguridad, Trabajo en equipo, Gestión de personal y cuestiones de seguridad, Personal calificado y seguridad del paciente, cumplimiento y retroalimentación, y mejora continua.

La cultura de seguridad del paciente varía según el país, el hospital, la unidad o la profesión, pero sobre todo varía entre los niveles de áreas clínicas, como los departamentos hospitalarios. Algunos autores (ej. Sexton et al., 2006; Schwendimann et al., 2013; Ginsburg et al., 2014) han determinado que existen diferencias entre unidades clínicas (ej. unidad médica, unidad quirúrgica, unidad de cuidados intensivos (UCI)). En estudios previos (por ejemplo, Wisniewski et al., 2007; Schwendimann et al., 2013; Bondevik et al., 2014), los profesionales de la salud generalmente evaluaron su cultura de seguridad del paciente como positiva, pero las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente como el reconocimiento del estrés, las percepciones de gestión de la unidad y clima de seguridad fueron las dimensiones más bajas evaluadas.

La cultura de seguridad del paciente no solo es de interés para los investigadores, sino que también es un tema importante para los administradores de hospitales que pueden utilizar datos valiosos de la investigación para mejorar una dimensión específica de la cultura de seguridad del paciente, clima de seguridad, reconocimiento del estrés, clima de trabajo en equipo, etc. en su hospital. Sin embargo, existe la sensación de que en los hospitales no existe una cultura de seguridad del paciente no punitivo, y los profesionales de la salud aún sienten que existe una cultura de la culpa en sus hospitales. ⁽¹⁾

2.2.1.3 Incidentes de seguridad del paciente

La Agencia Nacional de Seguridad del Paciente en el Reino Unido (2011) sugirió que: 'Un incidente de seguridad del paciente es cualquier incidente no intencionado o inesperado que podría haber causado o causó daño a uno o más pacientes que reciben atención del NHS'. Como se mencionó anteriormente, la OMS describe la seguridad del paciente como la ausencia de daños prevenibles a un paciente durante el proceso de atención médica. Problemas en la práctica clínica, productos, procedimientos o sistemas pueden dar lugar a eventos adversos. Diversos autores han definido los eventos adversos como una lesión o complicación no intencionada que provoca incapacidad en el momento del alta, muerte o estancia hospitalaria prolongada, y eso es causado por la gestión del cuidado de la salud más que por el proceso patológico subyacente del paciente.

(13)

La Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (Canadian Patient Safety Institute, 2011) define un incidente de seguridad del paciente como "un evento o circunstancia que podría haber resultado o resultó en un daño innecesario a un paciente". Además, el ICPS sugirió tres términos adicionales que se pueden aplicar a un incidente de seguridad del paciente: incidente dañino, incidente sin daño y cuasi accidente. La idea principal de la ICPS es que un

paciente no necesariamente tiene que sufrir daños, sino que es el daño potencial de un paciente el que se debe considerar como un incidente de seguridad del paciente. Los incidentes dañinos y no dañinos son aquellos incidentes de seguridad del paciente que llegan al paciente, mientras que un cuasi accidente no llega al paciente.

Es inevitable y comprensible que todos los humanos cometan errores, pero es polémico si es perdonable cuando se relaciona con la salud de los pacientes. A nivel mundial tenemos un problema de error humano, pero es algo que podría explicarse de dos maneras diferentes. Reason (2000) sugirió dividir el error humano en un enfoque de persona y un enfoque de sistema. El enfoque de persona se describe como actos o errores inseguros y violaciones de procedimiento por parte de los profesionales de la salud (p. ej., médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, etc.) Contrariamente a esto, el enfoque de sistema se describe como los procesos organizacionales y el ambiente de trabajo que pueden conducir a prácticas inseguras, errores o eventos adversos, y dentro de este contexto no es importante quién causó un error, sino cómo y por qué falló el sistema de seguridad del paciente en la organización. El mismo autor sugirió anteriormente que un error se puede definir como las circunstancias en las que las acciones planificadas no logran los resultados deseados. ⁽²⁾

Con base en los resultados de un estudio de Khater (2015), se encontró que los incidentes de seguridad del paciente más comunes informados en las salas de medicina interna estaban relacionados con medicamentos e infusiones, transfusiones, agentes de contraste o marcadores, flujo o manejo de información, invasivos, tratamiento, violencia, accidente, otro tratamiento o seguimiento. ⁽³⁾

En otros estudios, las úlceras por presión y los incidentes relacionados con medicamentos fueron los incidentes de seguridad del paciente más notificados. ⁽⁴⁾

En el estudio de Peneger et al., (2014) se encontró que las causas más comunes de incidentes de seguridad del paciente informados sobre deficiencias en el manejo de paros cardíacos donde el paciente fallecía eran errores de comunicación relacionados con el número de emergencia del paro cardíaco, falta de personal que atendía el arresto, los déficits de equipo y una mala aplicación de conocimientos y habilidades. ⁽⁵⁾ Los sistemas de reporte son importantes para conocer la cadena casual y las consecuencias de los incidentes de seguridad del paciente. Por lo tanto, esto requiere de mayores desarrollos conceptuales y técnicos para conducir el reporte también al aprendizaje efectivo. ⁽¹⁹⁾

Muchos autores afirman que la mayoría de los errores médicos son prevenibles, y normalmente bastaría con que la salud los profesionales de la atención seguirían pautas o procedimientos estándar. Por ejemplo, un error médico común pero prevenible en la práctica clínica es la mala administración de medicamentos, como administrar el medicamento equivocado, la dosis equivocada, tratar al paciente equivocado, administrar el medicamento en el momento equivocado, usar la vía de administración incorrecta. ⁽²⁰⁾

2.2.2. Joint Commission International (JCI)

La Acreditación de centros asistenciales es el reconocimiento de que un centro cumple niveles óptimos de calidad, a partir de la evaluación externa e independiente de todo el centro, tomando como referencia unos estándares derivados del consenso científico y técnico, públicamente difundidos y, por lo tanto, conocidos previamente por las organizaciones.

La Joint Commission es hoy la organización con más experiencia en acreditación de todo el mundo. Lleva más de 50 años dedicada a la mejora de la calidad y la seguridad de las organizaciones sanitarias y sociosanitarias. En la actualidad acredita cerca de 20.000 organizaciones a nivel mundial que solicitan la acreditación de forma voluntaria. La información

y la experiencia obtenidas al evaluar estas organizaciones se utiliza a su vez para actualizar los estándares periódicamente, adecuándolos así a los cambios de los servicios sanitarios.

En 1996 nace la Joint Commission International (JCI), una división de la Joint Commission que tiene la finalidad de mejorar la calidad de la atención en la comunidad internacional, facilitando servicios de acreditación en todo el mundo. Para asegurar la aplicabilidad internacional de los estándares, éstos se consensúan por un grupo de expertos y líderes de opinión de los cinco continentes y se realizan pruebas piloto en Europa, Latinoamérica y Oriente Medio. ⁽⁶⁾

La Fundación para la Acreditación y Desarrollo Asistencial (FADA) es un partner de la Joint Commission International y lleva a cabo la acreditación de centros sanitarios y sociales mediante este sistema en España. De entre los modelos existentes, la FADA apostó por el sistema de acreditación de la Joint Commission por ser un modelo que promueve la mejora de las organizaciones, tiene una destacada aceptación internacional y ha demostrado gran rigurosidad técnica, tanto en la elaboración de los estándares como en el proceso de evaluación de las organizaciones. Además, al ser un modelo específicamente sanitario y sociosanitario, define de forma precisa en qué consiste la atención óptima al cliente en estos sectores y qué procesos de atención debe implantar la organización para garantizarla.

En nuestro país ya se han acreditado mediante el sistema JCI-FADA hospitales, centros de atención primaria, centros de especialidades y residencias sociosanitarias, tanto del sector público como del sector privado.

La FADA está trabajando para introducir también en España en el próximo año el sistema de certificación de atención a patologías específicas de la Joint Commission. ⁽³⁰⁾

2.2.2.1. Características de la acreditación JCI-FADA

- El proceso de acreditación se ajusta a las características legales, religiosas y culturales de cada país.
- Además de los estándares de acreditación, que alcanzan al conjunto de la organización, incluye la evaluación de objetivos relacionados con la seguridad del paciente, que se actualizan periódicamente.
- Se puede compaginar e integrar con otros sistemas internos o externos de gestión de calidad (Acreditaciones autonómicas, ISO, EFQM).
- El modelo de Acreditación de la JCI está basado en funciones clave de todas las áreas relevantes de la organización. En cada área se identifican los procesos clave y se establecen estándares de buena práctica, que constituirán la base de la acreditación.

Los estándares, además, se adaptan a las características concretas de cada tipología de servicios, por lo que existen distintos programas de acreditación. En España en la actualidad existen los siguientes programas de acreditación JCI-FADA:

Sector sanitario: Los distintos programas de acreditación establecen sistemas de evaluación que incorporan las áreas clave de atención interdisciplinaria centrada en el paciente y los aspectos básicos de la gestión y organización de los centros. Tienen la función de ayudar a las organizaciones que proporcionan hospitalización o atención ambulatoria a reforzar sus iniciativas en seguridad del paciente, mejorar la gestión y reducción del riesgo y aumentar la confianza de la comunidad mediante su compromiso con la calidad y la atención centrada en el paciente. ⁽³⁰⁾

Los programas existentes de acreditación del sector sanitario son:

- Acreditación de hospitales:

- Acreditación de centros de atención ambulatoria de especialidades.
- Acreditación de centros de atención primaria
- Sector sociosanitario y social:

Se centra en la integración de cuidados y servicios entre los distintos centros de atención y a lo largo de las distintas fases del proceso de soporte a la persona, desde el punto de vista social y sanitario. A las funciones básicas de la JCI se añaden estándares específicos sobre cuidados y soportes, gestión del dolor y cuidados dentro del contexto familiar y espiritual de la propia persona y sobre la atención al final de la vida.⁽³⁰⁾

Este programa se puede aplicar a una gran variedad de centros con modelos de atención sanitarios y sociales, por ejemplo:

- Atención domiciliaria.
- Centros de media y larga estancia.
- Residencias asistidas.
- Centros de rehabilitación y centros de cuidados paliativos.

2.2.2.2. Programas internacionales de acreditación disponibles funciones clave del modelo de acreditación:

Estándares centrados en el paciente:

- Accesibilidad y continuidad de la atención.
- Derechos de la persona y de su familia.
- Evaluación de la persona.
- Atención y soporte a la persona.
- Educación de la persona y de su familia.

Estándares centrados en la organización:

- Gestión y mejora de la calidad.
- Prevención y control de la infección.
- Órganos de gobierno, liderazgo y decisión.
- Gestión y seguridad de las instalaciones.
- Formación y cualificación del personal.
- Gestión de la información.⁽³⁰⁾

Recientemente la JCI ha establecido un nuevo programa de certificación de atención a patologías específicas. Esta certificación aborda programas, que son los componentes principales de las organizaciones. Es importante diferenciar la certificación de la acreditación de la JCI: mientras que la certificación se ofrece para programas de atención a patologías específicas, la acreditación supone una evaluación global y completa de la organización que únicamente se puede aplicar a la organización en su conjunto.⁽³⁰⁾

Cualquier dispositivo asistencial que proporcione asistencia a alguna de las patologías cubiertas por la JCI y esté comprometido a mejorar la calidad de su atención y de sus servicios puede solicitar la certificación JCI, independientemente de si la organización en su conjunto está acreditada o no. Los estándares de certificación de patologías abordan la atención prestada a la persona en un amplio rango de dispositivos asistenciales, incluyendo hospitales, programas o servicios de atención a patologías específicas, centros de atención primaria, servicios de atención ambulatoria, etc. Los estándares están organizados en cinco funciones consideradas básicas para la provisión de una atención segura y de alta calidad en cualquiera de estos dispositivos.

El alcance de la evaluación de una organización para la certificación de la JCI incluye todas las funciones del manual de certificación con sus correspondientes estándares, y su aplicación en la organización y en todos los dispositivos de atención al paciente que corresponda. La JCI

selecciona los estándares que son aplicables a cada organización basándose en el alcance de los servicios prestados por dicha organización.

La certificación de atención a patologías de la JCI se basa en la evaluación del cumplimiento de estándares y criterios basados en el consenso, el uso efectivo de guías clínicas y el enfoque de la organización respecto a la evaluación y las actividades de mejora.

La FADA está trabajando para introducir en España los programas de certificación de patologías de atención al ictus y de los programas de atención a la diabetes. Además de estos programas, que estarán disponibles en una primera fase, progresivamente se irán introduciendo nuevos programas de certificación. Consultar con la FADA la existencia de otros programas de certificación de patologías.⁽¹²⁾

2.2.3. Metas internacionales para la seguridad del paciente y políticas del Hospital General Plaza de la Salud (HGPS)

Estas se estructuran en 6 objetivos prioritarios:



El propósito de las Metas Internacionales es establecer los lineamientos que permitan unificar las actividades del personal que participa en la atención médica, creando una metodología operativa en la cual sea posible reducir al máximo los riesgos para el paciente.

Promover mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente y en consecuencia disminuir los eventos adversos.

2.2.3.1. Identificación correcta de los pacientes

1. Objetivo

Asegurar la precisión en la identificación correcta de los pacientes para disminuir los errores que conllevan a eventos adversos.

2. Alcance

Médicos, Enfermeras, Personal Técnico (laboratorio, imágenes), auxiliar de transporte. Admisión. Facturación, seguridad y cocina.

Este procedimiento sustituye cualquier otro realizado que le sea contrario. ⁽³²⁾

3. Políticas del Procedimiento

1. Todo paciente que ingrese a hospitalización, emergencias y procedimientos ambulatorios que amerite canalización, sedación o medios de contraste le será colocado un brazalete color blanco para su identificación.

2. Para identificar correctamente a los pacientes se utilizarán los siguientes parámetros:

- Nombre y apellidos.
- Fecha de nacimiento.

3. El proceso de identificación se realizará de manera visual con el brazalete y verbal con el paciente y/o familiar.

4. Los recién nacidos serán identificados con el nombre de la madre y el sexo del neonato.

5. Los pacientes que sean recibidos con alteración de la conciencia, sin acompañantes y sin documentos de identidad serán identificados con un número de registro y se confirmará con los datos del expediente clínico.

6. Los brazaletes incluirán la siguiente información específica y estandarizada para todos los pacientes:

Nombres y apellidos del paciente Fecha de nacimiento Fecha de ingreso Sexo

Número de registro Número de pro-factura

7. El brazalete se colocará preferentemente en la muñeca del brazo dominante del paciente. En niños menores de diez años el sitio de elección será el tobillo.

8. El personal de salud de atención directa realizará la verificación de la identidad del paciente en los siguientes momentos:

- a) Cuando el paciente es admitido al Hospital.
- b) Cada vez que el paciente es trasladado a otra área.
- c) Antes de proporcionarle alimentos y otros cuidados.
- d) Antes de la sedación.
- e) Antes de entrar el paciente al quirófano.
- f) Antes de proporcionarle tratamientos y procedimientos
- g) Antes de administrarle medicamentos, sangre o hemoderivados
- h) Antes de extraerle sangre u otras muestras para análisis clínicos.

9. Todo personal que detecte la ausencia de brazalete de identificación en un paciente, comunicará el hecho a la enfermera.

2.2.3.2. Comunicación Efectiva

Objetivo General: Evitar errores relacionados con la información vital del paciente, asegurando que la continuidad de la atención no se vea afectada, a través de la comunicación adecuada de órdenes verbales, resultados críticos y traspaso de información de pacientes entre el personal de salud

Alcance: Médicos, enfermeras, técnicos (laboratorios e imágenes).

Este procedimiento sustituye cualquier otro realizado que sea contrario a este.

3. Políticas del Procedimiento

1. La comunicación entre el personal de salud deberá ser clara, adecuada y confidencial.
2. Toda comunicación telefónica, entre el personal de salud, sea una indicación médica, informe de estudio, procedimiento o un resultado de laboratorio deberá responder a la siguiente modalidad.
 - Identificación de los interlocutores
 - Registro y lectura con confirmación y repetición de los datos
3. Las órdenes verbales serán aceptadas cuando sea necesario tomar una decisión inmediata para el paciente y la comunicación escrita no sea factible, y cumplirá con la siguiente modalidad
 - Confirmación y repetición de los datos
 - Registro de los datos en el expediente clínico
 - Actualización por el médico en el expediente clínico antes de 24 horas

4. La notificación de los resultados críticos de pruebas diagnósticas podrá ser realizada vía verbal o telefónica, deberá informarse de manera inmediata y cumpliendo la modalidad establecida.

5. La notificación de los resultados críticos será permitida entre el personal médico y de enfermería a cargo del paciente.

6. Los departamentos diagnósticos determinarán cuales resultados son considerados críticos y se reportarán de inmediato por el personal capacitado asignado.⁽³¹⁾

7. La orden de transferencia de pacientes verbal y/o telefónica deberá cumplir con la siguiente modalidad:

- a. Identificación de los interlocutores
- b. Información vital del paciente
- c. Antecedentes
- d. Condiciones de ingreso
- e. Estado actual
- f. Tratamiento
- g. Necesidades inmediatas

Responsables

Deberá ser registrada en el expediente clínico y seguirá la misma modalidad cuando el traslado sea presencial.

4. Descripción del procedimiento:

Pasos o Actividades

• Comunicación telefónica:

1. Se identifica con la persona con quien se está comunicando

2. Emite orden verbal y/o solicita resultado

3. Confirma que el receptor (enfermera o médico residente) entendió el mensaje

Medico

4. Registra en expediente clínico el resultado de la conversación en un periodo no mayor de 24 horas

• Comunicación telefónica:

1. Se identifica con el interlocutor

2. Emite y/o recibe información

3. Confirma información

4. Cumple orden recibida

5. Registra información en el expediente clínico

Comunicación verbal:

1. Recibe orden

2. Confirma la orden recibida

3. Cumple orden recibida

4. Registra información en el expediente clínico

Pasos o Actividades

Técnicos (laboratorio e imagen)

1.- Se identifica con el interlocutor

2. Notifica resultados críticos al personal a cargo del paciente

3. Confirma que el receptor entendió la información

2.2.3.3. Seguridad medicamento de alto riesgo

1. Objetivo General: Evitar eventos adversos provocados por el uso erróneo de medicamentos de alto riesgo y electrolitos concentrados, si ocurre hacer visible el error y minimizar las consecuencias.

2. Alcance: Comité de farmacia y terapéuticas, gerencia de almacén e inventarios, farmacéuticos, médicos, enfermeras y técnicos de imágenes.

Este procedimiento sustituye cualquier otro realizado que sea contrario a este.

3. Políticas del procedimiento:

1. Serán considerados medicamentos de alto riesgo para el hospital:

a. Aquellos que pueden causar daños graves o mortales cuando se produce un error en el curso de su manejo

b. Los involucrados en un alto porcentaje de errores y/o eventos de vigilancia

c. Y aquellos cuyos nombres, envolturas y etiquetados, tienen apariencia y nombres similares

2. Los medicamentos de alto riesgo estarán identificados y comunicados a todos los profesionales que seleccionan, almacenan, prescriben, dispensan y administran.

3. La lista de medicamentos de alto riesgo utilizada en el HGPS será la correspondiente a la organización mundial de la salud, la inclusión de nuevos medicamentos a dicha lista será responsabilidad del comité de farmacia, y estará basada en los datos del hospital relacionados con:

a. El uso de medicamentos,

b. Eventos adversos,

c. Incidentes de seguridad sin daño información relevante.

4. Serán considerados medicamentos de alto riesgo:

a. Electrolitos concentrados

b. Citotóxicos

c. Medicamentos radioactivos

d. Insulina

e. Anticoagulantes

f. Anestésicos

5. Los medicamentos de alto riesgo estarán identificados con etiquetas de color rojo, los anestésicos serán etiquetados con colores diferentes

6. Los medicamentos de alto riesgo serán almacenados bajo llave, el lugar para almacenamiento deberá ser etiquetado con el mismo color utilizado para el medicamento almacenado.

7. Los electrolitos concentrados estarán disponibles en las áreas de atención directa a pacientes, solo en carros de paro y en vitrinas resguardado con llave, con el debido etiquetado.

8. Los electrolitos concentrados y los bloqueantes neuromusculares solo estarán disponibles en Unidad de Cuidados Intensivos, Emergencia y Quirófano, con el debido etiquetado y resguardado.

9. El comité de farmacia establecerá las dosis máximas permitidas de los medicamentos de alto riesgo a utilizarse en el hospital, así como también las concentraciones de las soluciones para infusión y el tiempo de administración, la cual estará estandarizada para adultos y pacientes pediátricos.

10. Los medicamentos de alto riesgo solo serán prescritos por el médico.
11. Los bloqueantes neuromusculares solo serán prescritos por médicos anestesiólogos, intensivistas y Emergenciólogo.
12. La dispensación de medicamentos de alto riesgo deberá ser validada por el farmacéutico, excepto en condiciones de emergencia: en caso de que no se encuentre el farmacéutico y exista la necesidad de dispensación del medicamento, la misma se realizara y será notificada al día siguiente.
13. En todos los medicamentos de alto riesgo se deberá hacer la doble verificación, visual y verbal por dos personas diferentes, durante todo el proceso de preparación, dispensación y administración.
14. Durante la administración de medicamentos de alto riesgo, el personal de enfermería deberá realizar la doble verificación y validar que la indicación médica sea correcta, corroborando nombre y fecha de nacimiento del paciente, el medicamento, concentración, dosis, vía de administración, hora y fecha de caducidad, y lo registra en el expediente clínico.
15. Todos los electrolitos concentrados serán diluidos de acuerdo con su biodisponibilidad y serán administrados en bombas de infusión.
16. Durante la administración de los medicamentos de alto riesgo, el personal de enfermería vigilara signos de alarma tales como flebitis, mareos, dificultad respiratoria, taquicardia entre otros.
17. Toda reacción o evento adverso identificado durante la administración de medicamentos de alto riesgo, deberá ser notificado al médico, al farmacéutico, la unidad de farmacovigilancia y

a la unidad de gestión de riesgo, y deberá registrarse en el expediente clínico por el médico y la enfermera.

18. Los pacientes a los que se les prescribe medicamentos de alto riesgo al momento de su egreso, deberán ser educados al respecto y en un lenguaje entendible para ellos. ³²

2.2.3.4. Garantizar cirugía y lugar seguros al paciente

2.2.3.4.1. Objetivo

Evitar los eventos adversos ocasionados por la comunicación inadecuada entre los miembros del equipo quirúrgico, implementando un adecuado proceso de identificación correcta, marcado del sitio quirúrgico, lista de verificación y pausa prequirúrgica. ⁽³²⁾

2.2.3.4.2. Alcance

Anestesiólogo, Médico Cirujano, Enfermeras, Auxiliar de transporte. Este procedimiento sustituye cualquier otro realizado que sea contrario a este.

3. Políticas del Procedimiento

1. Se considerarán cirugías y procedimientos invasivos en el hospital, todos aquellos que investigan o tratan enfermedades mediante corte, extracción, alteración o inserción de dispositivos con fines diagnósticos o terapéuticos.

2. En todas las áreas del hospital donde se realice cirugía y procedimiento invasivo, se deberá cumplir con:

- Marcado del sitio quirúrgico
- Proceso de verificación preoperatoria
- Pausa pre quirúrgica inmediatamente antes del comienzo de la cirugía y/o procedimiento invasivo

3. Todo paciente que sea llevado a quirófano para realizarle procedimiento quirúrgico que involucre lateralidad. Estructuras múltiples (dedos de la mano y de los pies) y niveles múltiples (columna vertebral), se le realizara el marcado del sitio quirúrgico con las iniciales del médico responsable.

4. El marcado del sitio quirúrgico se deberá realizar con el paciente despierto y consciente, si es posible, y deberá ser visible luego que el paciente se prepare y se cubra.

5. El hospital utilizará el listado de verificación de cirugía segura, aprobado por la organización mundial de la salud. ⁽³²⁾

6. El personal de enfermería antes de cada cirugía y/o procedimiento invasivo, realizará la verificación de:

- a. Lugar, procedimiento y paciente correcto
- b. Documentación, imágenes y estudios relevantes disponibles
- c. Consentimiento informado debidamente llenado y firmado
- d. Identificación del sitio quirúrgico,
- e. Equipos médicos y/o implantes especiales disponibles y funcionando

7. El proceso de verificación se realizará en el área preoperatoria, nunca en la pausa prequirúrgica y podrá realizarse más de una vez. ⁽³²⁾

8. La pausa prequirúrgica se realizará inmediatamente antes de comenzar la cirugía y/o el procedimiento invasivo, con todos los miembros del equipo presente, y será realizada en el área del procedimiento.

9. La pausa prequirúrgica será realizada por el médico anesthesiólogo e incluirá:

- a. Nombre del paciente

- b. Género
- c. Antecedentes personales
- d. Procedimiento quirúrgico a realizar
- e. Presentación del equipo quirúrgico
- f. Técnica anestésica a realizar
- g. Valoración de riesgo

2.2.3.4.3. Riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención

1. Objetivo

Disminuir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria mediante las prácticas correctas de lavado e higiene de manos.

2. Alcance

Todo personal de Salud.

Este procedimiento sustituye cualquier otro realizado que sea contrario a este.

3. Políticas del Procedimiento

1. El hospital adoptará y aplicará las guías de higiene de manos de la Organización Mundial de la Salud para todo el personal (Ver anexo).

2. El personal de salud de atención directa al paciente, seguirá las guías de lavado de manos en los siguientes momentos:

- Antes del contacto con el paciente.
- Antes de realizar una tarea limpia o aséptica.
- Después de exposición a fluidos corporales.

- Después del contacto con el paciente.
- Después del contacto con el entorno del paciente.

3. El personal de nuevo ingreso al hospital, será instruido sobre las guías para la higiene de manos.⁽³²⁾

4. El hospital dispondrá de los insumos necesarios para el lavado y desinfección de manos, en las diferentes áreas de atención para:

- Colaboradores
- Pacientes
- Familiares
- Visitantes

5. El hospital establecerá un proceso de evaluación y monitoreo del cumplimiento del correcto lavado de manos en toda la institución.

2.2.3.4.4. Riesgo de daño al paciente por caída

1. Objetivo.

Reducir y prevenir el riesgo de daño al paciente causado por caídas.

2. Alcance:

Médicos, enfermeras, auxiliar de transporte y técnicos de atención sanitaria.

3. Políticas del Procedimiento:

1. Todo paciente admitido al hospital por emergencia, hospitalización y para procedimientos ambulatorios, se les realizara la evaluación inicial para riesgo de caída utilizando la escala de Evaluación del Riesgo de Caídas de J. H. Downton para adolescentes y adultos y MACDEMS para pacientes pediátricos (hasta los 12 años).⁽³²⁾

2. La reevaluación de riesgo de caída se realizará:

- Cada 24 horas.
- Después de una caída.
- Después de un procedimiento.
- Al momento del traslado a otra unidad.
- Si hay un cambio en la condición clínica que puede aumentar el riesgo de caídas.

3. Los pacientes con riesgo de caída moderado y alto, serán identificados con los siguientes colores:

a. Amarillo- Riesgo moderado

b. Rojo-Riesgo alto

4. Las medidas de prevención y contención de caídas se realizarán en todos los pacientes con riesgo moderado y alto.

5. En cada cambio de turno la enfermera deberá conocer el nivel de riesgo de caída del paciente.

6. El transporte de pacientes adultos y/o pediátricos se realizará tomando las medidas de prevención según riesgo identificado, los recién nacidos serán transportados exclusivamente en cuneros.

8. Toda caída de paciente se considerará de Notificación Obligatoria a la unidad de gestión de riesgo (Gerencia de calidad).

2.2.4. Forma de evaluar el conocimiento en profesionales de la salud en relación con la seguridad de paciente

2.2.4.1. Conocimiento de los profesionales

La seguridad del paciente se ha identificado como un área de prioridad mundial en la que existen brechas sustanciales de conocimiento y donde un mayor conocimiento contribuiría significativamente a mejorar la seguridad del paciente y reducir el daño. Se considera imperativo establecer una distinción clara entre los errores que resultan de una concepción errónea de la realidad y los errores que resultan de una falta total de conocimiento.⁽³²⁾

Varios estudios han reportado una falta de conocimiento. Por ejemplo, Ndosi & Newell (2008) encontraron que el conocimiento farmacológico de las enfermeras era bastante pobre y aunque algunas enfermeras mostraban altos niveles de conocimiento farmacológico, la mayoría tenía un conocimiento inadecuado.

En el mismo estudio, el conocimiento de los mecanismos de acción de los fármacos y de las interacciones farmacológicas era escaso. Alshammari et al. (2015) encontraron resultados similares que mostraban que tanto los médicos como las enfermeras tenían un escaso conocimiento en farmacovigilancia. Así, la importancia del conocimiento farmacológico eficaz para las enfermeras es importante por varias razones.

Las enfermeras son el mayor grupo de profesionales de la salud que administran principalmente medicamentos. En un hospital típico, se pueden administrar diariamente miles de dosis de medicamentos, sin embargo, los regímenes terapéuticos cambian constantemente, las compañías farmacéuticas lanzan medicamentos nuevos con nombres similares y los cambios en la demografía de los pacientes implican una población de pacientes cada vez más envejecida con comorbilidades que requieren más de un tratamiento médico.

Por lo tanto, una actualización constante del conocimiento en esta área es claramente importante.

Los profesionales de la salud deben mejorar su conocimiento sobre la cultura de seguridad del paciente y también mejorar la calidad de su práctica clínica.⁷ Por ejemplo, en entornos de cuidados intensivos (como en otras áreas específicas de la práctica clínica) es importante garantizar una alta calidad de la atención y la seguridad del paciente, y este objetivo está fuertemente relacionado con el conocimiento de un profesional de la salud individual.

Los resultados de Durani et al. mostraron que los médicos jóvenes autoevaluaron su conocimiento sobre los conceptos de seguridad del paciente como alto, pero más de dos tercios de los encuestados tenían una comprensión baja de las organizaciones de alta confiabilidad y los conceptos de fallas activas y condiciones latentes.⁽²²⁾

La solución a cómo se puede mejorar el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre la seguridad del paciente podría estar en los cursos de formación. Por ejemplo, los resultados de Ahmed et al, mostraron que los cursos de un día sobre la teoría de la seguridad del paciente, el análisis de la causa raíz y la facilitación de grupos pequeños mejoraron significativamente el conocimiento de los médicos superiores sobre la seguridad del paciente después del curso y este conocimiento se mantuvo en un intervalo de 8 meses.

En ese orden Alshammari y colaboradores también sugieren un programa de formación práctica relacionado con la seguridad del paciente para mejorar la farmacovigilancia y una cultura de seguridad de los medicamentos. Sin embargo, los cursos de capacitación no son una solución independiente y el conocimiento del estado actual del paciente y las intervenciones que recibe también es un elemento clave para mejorar la seguridad.

Los comportamientos profesionales de modelado de pares y las creencias de un individuo sobre el valor de esos comportamientos para mejorar la seguridad del paciente son predictores importantes del comportamiento de seguridad del paciente de los trabajadores de la salud. ⁽⁸⁾ Estos hallazgos pueden ayudar a explicar las limitaciones de los enfoques educativos actuales basados en el conocimiento para la reforma de la seguridad del paciente.

El uso de modelos de comportamiento al diseñar futuras iniciativas de mejora de la seguridad del paciente puede resultar más eficaz para impulsar el cambio de comportamiento necesario para mejorar la seguridad del paciente. Se ha informado que una forma de mejorar la seguridad del paciente es The Global Trigger Tool (GTT), que ayuda a los profesionales de la salud a desarrollar, por ejemplo, la documentación para mejorar la seguridad del paciente.

Además, grandes rondas, conferencias sobre morbilidad y mortalidad, revistas profesionales y reuniones destacarían a expertos en reducción de errores, procesos de atención médica y mejoras en el diseño de sistemas. Sin embargo, los hospitales y las clínicas necesitan líderes que puedan guiar y liderar la implementación de prácticas basadas en evidencia en seguridad del paciente y reducción de errores, y así comenzar a generar el siguiente nivel de conocimiento.

2.2.4.2. Actitudes de los profesionales de la salud

El diccionario de Cambridge define actitud como un sentimiento u opinión sobre algo o alguien, o una forma de comportarse. Las actitudes de los proveedores de atención médica sobre los factores organizacionales, como el clima y la moral de seguridad, los factores del entorno laboral, como los niveles de personal y el apoyo gerencial, los factores del equipo, como el trabajo en equipo y la supervisión, y los factores del personal, como el exceso de confianza y la seguridad en sí mismo, son componentes de la seguridad de una organización de cultura.

Uno de los instrumentos más utilizados por los investigadores es el Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), utilizado por algunos autores para medir la cultura de seguridad del paciente y también para medir las actitudes relacionadas con la seguridad en relación con el clima de trabajo en equipo, la satisfacción laboral, las percepciones de gestión, clima de seguridad, condiciones de trabajo y reconocimiento del estrés. El clima de trabajo en equipo puede describirse como percepciones sobre la calidad de la colaboración. La satisfacción laboral refleja los sentimientos positivos hacia el trabajo.

Las percepciones de la gerencia involucran temas como la aprobación de la acción gerencial. El clima de seguridad refleja las percepciones de un compromiso organizacional fuerte y proactivo con la seguridad. Las condiciones de trabajo ofrecen percepciones sobre las dimensiones cualitativas y de apoyo del ambiente de trabajo, y el reconocimiento del estrés confirma cómo la actividad diaria de los trabajadores se ve influenciada por los estresores.

Se han realizado muchos estudios en varios entornos de atención médica utilizando el instrumento SAQ y se valora por sus buenas propiedades psicométricas en diferentes países.

En una encuesta de Modak et al. (2007) al medir las actitudes de seguridad, menos de la mitad de todos los grupos de proveedores de atención médica obtuvieron puntajes positivos de reconocimiento del estrés (los puntajes positivos indican un mayor reconocimiento de los efectos del estrés). Casi la mitad de las enfermeras (45%) del estudio obtuvieron puntajes de reconocimiento de estrés significativamente más altos que los asistentes médicos (20%).

Menos de la mitad (39%) de los médicos tenían actitudes positivas hacia un clima de seguridad, y solo el 47% de los médicos y el 45% de las enfermeras estaban satisfechos con su trabajo. En general, los profesionales de la salud estudiados (médicos, enfermeras, asistentes

médicos) tenían percepciones relativamente similares, pero bajas, de sus condiciones de trabajo, y estas percepciones eran más bajas en comparación con los gerentes.

Todos los profesionales de la salud tenían puntuaciones similares y favorables en el clima de trabajo en equipo, y al comparar los grupos de profesionales de la salud, los asistentes médicos tenían las puntuaciones más bajas, mientras que los gerentes tenían las puntuaciones más altas en clima de trabajo en equipo. La comprensión de las percepciones y expectativas de los enfermeros con respecto a los eventos adversos es esencial para la implementación de estrategias adecuadas para gestionar el cuidado de enfermería. En ese sentido, las creencias y valores de las enfermeras registradas como parte de la cultura organizacional son aspectos importantes para considerar.

Los investigadores han investigado las actitudes de los profesionales de la salud con respecto a la seguridad del paciente y, en general, encontraron que las actitudes de seguridad eran positivas, aunque algunas áreas de la actitud de seguridad se autoevaluaron como más bajas, como satisfacción laboral, clima de trabajo en equipo, apertura de comunicación y transferencias y transiciones de hospitales.

Se ha encontrado que las actitudes son más positivas después de la capacitación y, de manera similar a las mejoras en el conocimiento reportadas por Ahmed et al, el mismo estudio mostró que después de un curso de capacitación de un día sobre seguridad del paciente, las actitudes de seguridad de los médicos superiores habían disminuido significativamente. Mejoraron después del curso y se sostuvieron en base a sus propias evaluaciones.

2.2.4.3. Habilidades de los profesionales de la salud

Las habilidades de los profesionales de la salud a menudo están vinculadas a una alta calidad de la atención y la seguridad del paciente. Más comúnmente, estas son las 'habilidades no técnicas' definidas como las habilidades cognitivas e interpersonales vinculadas a la prestación de atención segura e incluyen comunicación, trabajo en equipo, conciencia de la situación, toma de decisiones y resolución de problemas. ⁽⁹⁾ Las habilidades no técnicas a menudo se denominan indistintamente con el término "factores humanos.

Sin embargo, falta investigación sobre las habilidades de seguridad del paciente de los profesionales de la salud y, según la literatura previa, se encontró que se necesita más investigación para saber cómo la educación en habilidades no técnicas puede mejorar la seguridad del paciente.

Los autores han destacado la importancia de las habilidades de las enfermeras en su práctica clínica, especialmente en entornos de cuidados intensivos, y el principal objetivo de las enfermeras es garantizar una enfermería segura y de alta calidad. El Código de Ética para Enfermeras (Consejo Internacional de Enfermeras 2006) determina que todos los profesionales de enfermería deben ser responsables de la implementación de prácticas seguras en el cuidado del paciente. Las herramientas más utilizadas por las enfermeras para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención se centran en la resolución de problemas y las habilidades de desarrollo de la práctica.

Para garantizar la seguridad del paciente, el Consejo de Enfermería y Obstetricia (NMC) del Reino Unido exige que las enfermeras sean responsables de sus acciones y omisiones y que utilicen habilidades que están fuertemente vinculadas a la competencia de las enfermeras. Un ejemplo es la aritmética, que es una habilidad importante utilizada en las actividades diarias relacionadas con la seguridad de los medicamentos. Al administrar cualquier medicamento, las enfermeras deben

tomar una decisión profesional y aplicar sus habilidades de seguridad en la situación existente y actuar en el mejor interés del paciente.

Se puede afirmar que las enfermeras tenían pocas habilidades numéricas, ya que los resultados del estudio mostraron que tanto los estudiantes de enfermería (55-92%) como las enfermeras registradas (45%, 89%) reprobó las respectivas pruebas de aritmética y cálculo de drogas. Las enfermeras eran significativamente más hábiles que los estudiantes para realizar cálculos numéricos básicos y cálculos para sólidos, líquidos orales e inyecciones, y los estudiantes de enfermería y las enfermeras registradas eran significativamente más hábiles para realizar cálculos para sólidos, líquidos orales e inyecciones, en lugar de cálculos de porcentajes de medicamentos, y velocidades de goteo e infusión.

Como el grupo ocupacional más grande en el sistema de atención médica, las enfermeras tienen un papel importante en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente mediante el uso de sus habilidades de seguridad para identificar problemas de seguridad e implementar soluciones para mejorar la atención de los pacientes, el tratamiento y su entorno de atención médica.

Para mejorar la seguridad de los medicamentos, las enfermeras deben desarrollar sus habilidades informáticas y de documentación, y Lavin et al. han sugerido que esto podría lograrse mejor a través de la educación continua. Además de los resultados de Ahmed et al., (2013) que mostraron los beneficios en el desarrollo de conocimientos y actitudes después de un curso de formación de un día sobre seguridad del paciente, Gordon (2013) declaró que después de un curso de medio día o completo sobre seguridad del paciente, los médicos mejoraron sus habilidades no técnicas y fueron más capaces de reconocer las fuentes de error humano. A este respecto, parece que incluso los cursos breves de formación pueden resultar beneficiosos.

2.3. Contextualización

Reseña Sector

El Distrito Nacional está ubicado en la región Ozama de la República Dominicana. La limita al norte con Santo Domingo Norte, al Este con Santo Domingo Este, al sur el Mar Caribe y al oeste con Santo Domingo Oeste. Tiene una extensión territorial de 91.25km² y está dividido en 70 barrios. La población para el año 2010 comprendía de 965,040 habitantes. De estos 504,137 son mujeres.

Reseña institucional

El Hospital General de la Plaza de la Salud se empezó a construir a mediados del año 1995. Tanto las edificaciones, sus instalaciones y equipos adquiridos, fueron financiados con fondos del Estado Dominicano. A mediados del año 1996, los tres edificios que conforman el Hospital estaban terminados en su obra civil y gran parte de sus instalaciones y equipos se encontraban en vías de ser habilitados.

Previo a su inauguración oficial de la obra, el 10 de agosto de 1996, el Poder ejecutivo emitió dos decretos: el primero, creando el patronato para la administración del centro de Diagnostico, Medicina Avanzada y Telemedicina (CEDIMAT), y el segundo, para regir el Hospital General de la Plaza de la Salud. Ambos patronatos están compuestos por miembros ex officio del sector oficial, profesionales de la medicina, educadores, empresarios y religiosos.

El personal médico ha sido conformado por especialistas, sub-especialistas y médicos generales o internos, agrupados en Departamentos: Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología Obstetricia, Gastroenterología y Endoscopia, Pediatría, enseñanza e investigación, Medicina Familiar y Comunitaria, Otorrinolaringología y Traumatología y Ortopedia. Los Servicios Especiales son: Diagnósticos por Imágenes, Anatomía Patológica, geriatría, Medicina Física y

Rehabilitación, Odontología, laboratorio y Banco de sangre, Cardiología, Hematología Oncológica, Oftalmología, patología mamaria, Emergencias, Atención Primaria, enfermería, farmacia, alimentación y trabajo social.

El Hospital ha sido concebido como una institución médico-asistencial del más alto nivel científico que se pueda ofrecer en el país. Las inversiones que se han hecho en su construcción y equipamiento, y la presencia de un cuerpo de médicos especialistas capacitados, la mayoría de ellos entrenados en importantes centros médicos de América y Europa, avalan la calidad de la atención a los pacientes y lo definen como un centro de referencia nacional con proyección internacional.

Como Hospital Docente Universitario cuenta con el Aval Académico de la Universidad Iberoamericana (UNIBE), para el desarrollo de programas de formación de médicos especialista, cursos y jornadas de actualización del personal de salud, rotaciones externas de numerosos programas de formación y especialización de otras instituciones del sector y los programas de pre internado e internado de importantes universidades del país: UNIBE, INTEC, UNPHU, UASD, PUCMMA y Católica de Santo Domingo.

Los Programas de Residencias Médicas que ofrece el Hospital General de la Plaza de la salud son:

- Medicina Familiar y Comunitaria.
- Medicina de Emergencia y Desastres.
- Medicina de Rehabilitación.
- Imágenes Diagnósticas.
- Sub- Especialidad en Medicina Crítica Pediátrica.

- Sub- Especialidad en Medicina Crítica y Terapia Intensiva.
- Medicina Interna
- Otorrinolaringología
- Neurocirugía

CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLOGICO

3.1. Contexto

Este estudio tiene como propósito determinar cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a las metas internacionales para seguridad del paciente en el Hospital General Plaza de la Salud, junio, 2022.

3.2. Tipo de estudio

Observacional, descriptivo tipo encuesta transversal.

3.3. Variables y Operacionalización

Variable	Tipo y Subtipo	Definición	Indicador
Nivel de Conocimiento	Cualitativa continua	Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas	Alto: 85-100% Medio: 70-84% Bajo: menos de 70%
Actitud	Cualitativa continua	Predisposición aprendida a responder de un modo consistente o un objeto social	Excelente: 90-100% Buena: 75-89% Regular: 60-74% Mala: Debajo de 60%
Practica	Cualitativa continua	Habilidad o experiencia que se consigue o adquiere con la realización continuada de una actividad	Buen desempeño: 85-100% Desempeño regular: 70-84% Mal desempeño: Menor de 70%

Edad	Cuantitativa continua	Periodo que va desde el nacimiento hasta el momento del diagnóstico	20-30 años 31-40 años 41-50 años 51-60 años >60 años
Sexo	Cualitativa continua	Características morfológicas que distinguen al varón de la mujer.	Masculino Femenino

3.4 Población

Está constituida 1,481 médicos con conocimientos, actitud y práctica respecto a las metas internacionales para seguridad del paciente en el Hospital General Plaza de la Salud, junio, 2022.

3.5. Muestra

Está constituida por 306 personas pertenecientes al personal médico, entre los cuales se fueron encuestados médicos de consulta, de planta y residentes.

La muestra a seleccionar para este estudio se calculará a partir de la siguiente fórmula:

$$n = Z^2 * N * p * q / e^2 (N - 1) + Z^2 * p * q$$

Contamos con una población de 400 pacientes que fueron atendidas durante el mes de Junio en la consulta de Diabetología del Hospital General Plaza de la Salud, con un nivel del confianza de 95%, un margen de error de 5%, con una probabilidad de un 50%.

N= 1,481

Z= 1.96 (95%)

e= 0.05 (5%)

p= 0.5 (50%)

q= 0.5 (50%)

Z (K)	1.645	1.681	1.71	1.96	2.06	2.101	2.575
Nivel de Confianza	90%	92%	94%	95%	96%	98%	99%

$$n = Z^2 * N * p * q / e^2 (N - 1) + Z^2 * p * q$$
$$n = 599.76 / 1.96$$
$$n = 306$$

El muestreo fué probabilístico simple considerando los criterios de inclusión y exclusión.

3.6. Métodos de recolección

Después de la aprobación del tema en la Oficina de Tesis, se procedió a la revisión bibliográfica y a la elaboración del planteamiento, objetivos y marco teórico. Luego se llevó la solicitud del estudio a la dirección del Hospital, después de aprobada el permiso para la realización de la investigación se procedió a la limitación del área de estudio. Más tarde se realizará una identificación del personal de salud. La recolección de los datos se realiza mediante el uso de cuestionario el cual consta de preguntas validadas por estudios internacionales, y que a la vez mide los conocimientos, actitudes y prácticas en referencia a las normas internacionales de seguridad. El nivel de conocimiento fue evaluado por un cuestionario vía electrónica y la actitud y la práctica fueron evaluados de manera presencial.

3.7. Plan de Análisis.

Una vez obtenidos los datos, la operación de tabulación será procesada electrónicamente mediante el programa de computadora digital Epi-info 7.1.2, así como para la realización de cuadros y gráficos con las variables de conocimientos, actitud y práctica del personal de salud respecto a las metas internacionales para seguridad del paciente en el Hospital General Plaza de la Salud, junio, 2022. También se usó el programa de computadora Microsoft Word 2010 para la realización del informe de datos.

3.8. Principios éticos.

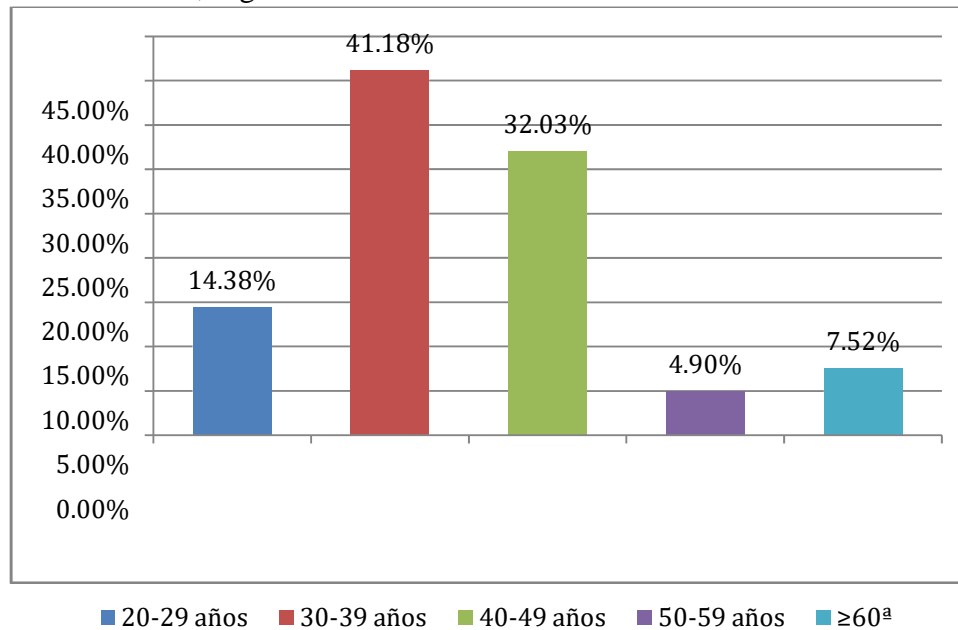
Se mantuvo la confidencialidad de los datos de los pacientes por tratarse de un estudio que se realizó en humanos. La información que se registro fue para uso exclusivamente científico y/o académico y no se obtuvieron propósitos diferentes a estos.

- Confidencialidad.
- No maleficencia.
- Justicia.

Capítulo IV.

4.1. Presentación de los resultados

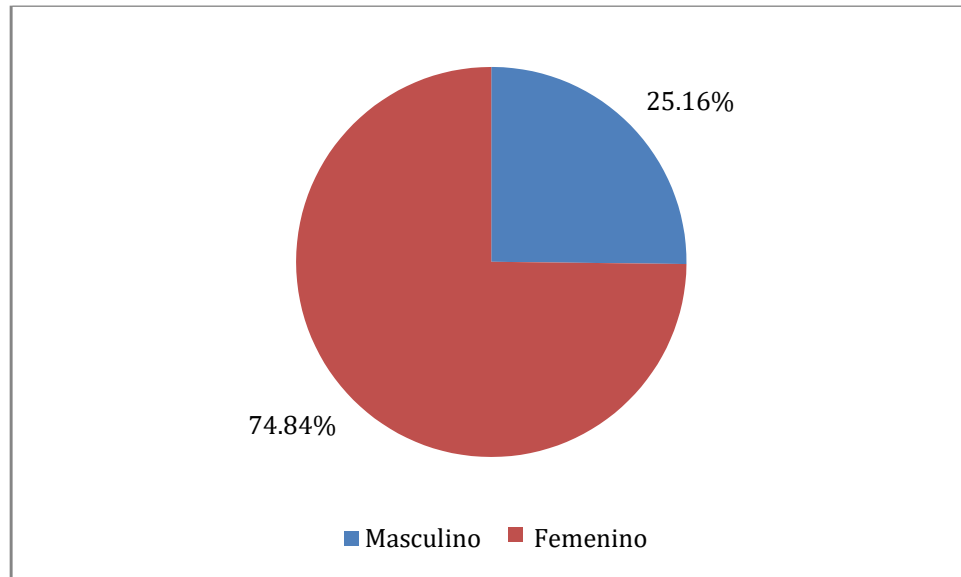
Gráfico 1. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a las metas internacionales del HGPS, según: Edad



Fuente: tabla anterior y ver anexos

De un total de 306 participantes, tuvimos edades que oscilaron entre 20 y 60 años, siendo mayor el grupo de edad para los de 30-39 años en un 41.18% seguido por los de 40a 49 años con 32.03%.

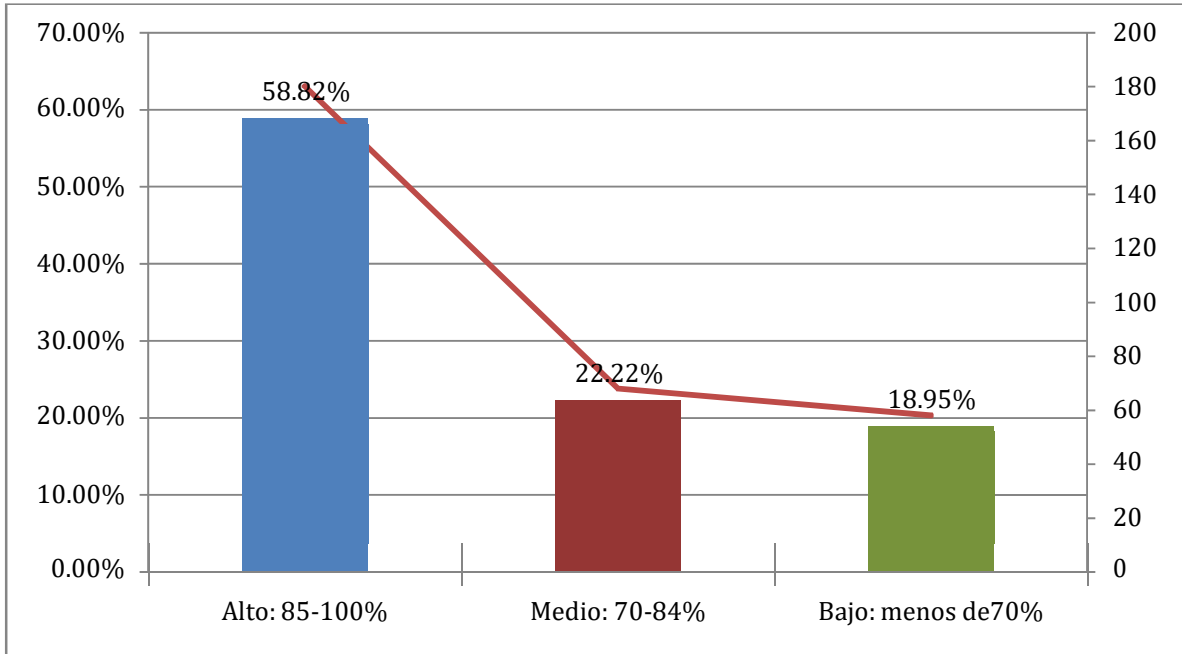
Gráfico 2. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a las metas internacionales en el HGPS, según: sexo



Fuente: tabla anterior y ver anexos

El 74.84% de los participantes fueron del sexo femenino.

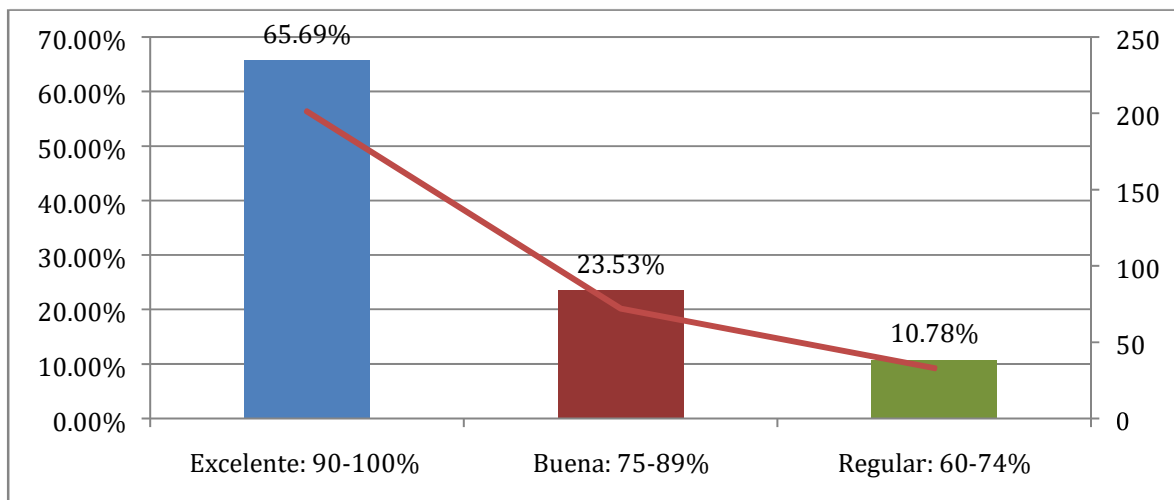
Gráfico 3. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a las metas internacionales en el HGPS, según: Conocimientos.



Fuente: tabla anterior y ver anexos

El Nivel de conocimiento, fue Alto: 85-100% en 180 casos 58.82%; Medio: 70-84% en 68 casos 22.22%; Bajo: menos de 70% en 58 casos 18.95%.

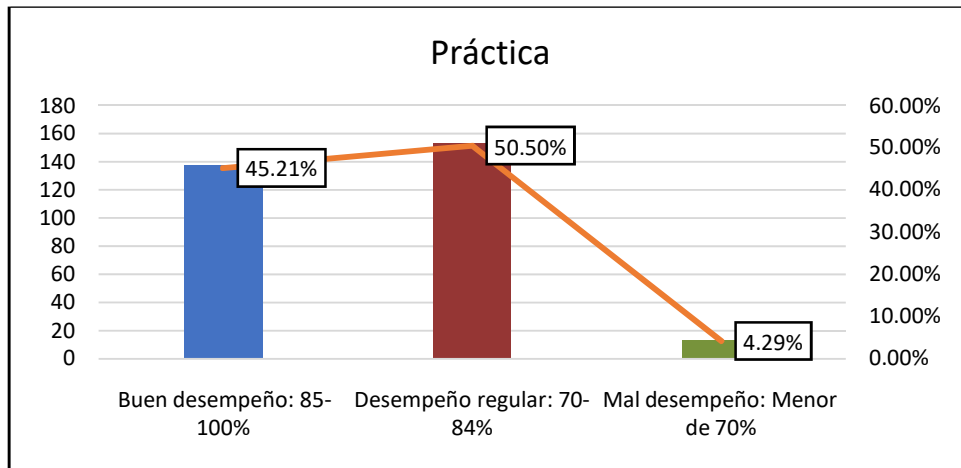
Gráfico 4. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a las metas internacionales en el HGPS, según: Práctica



Fuente: tabla anterior y ver anexos

La actitud, fue Excelente: 90-100% en 226 casos 73.86%; Buena: 75-89% en 47 casos 15.36%; y Regular: 60-74% en 33 casos 10.78%.

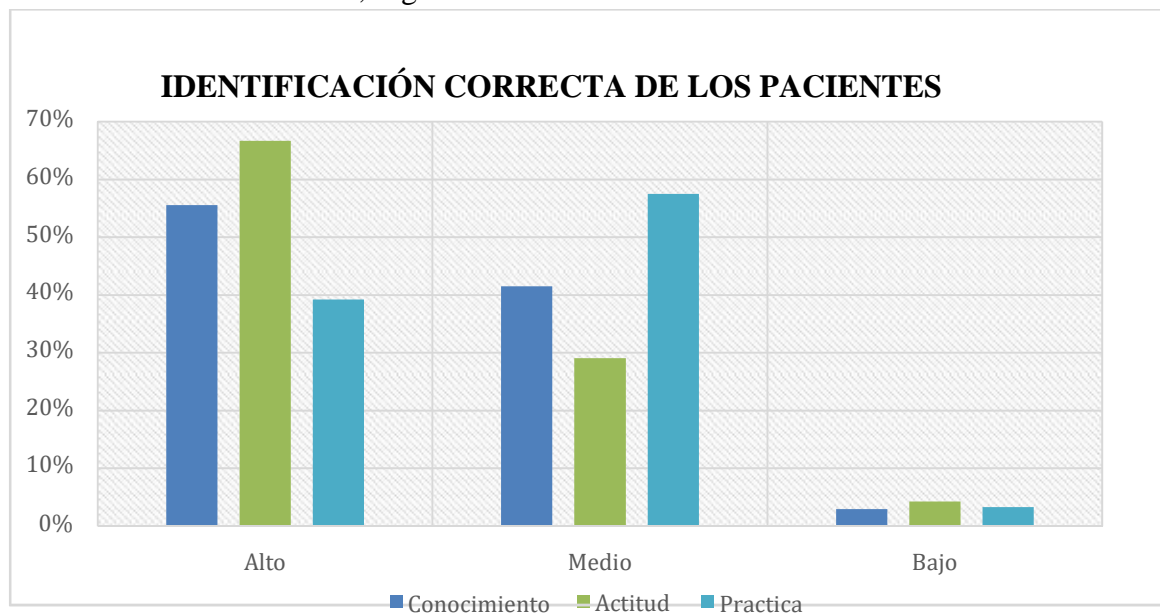
Gráfico 5. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a las metas internacionales en el HGPS, según: Práctica



Fuente: tabla anterior y ver anexos

La práctica, mostró que un buen desempeño: 85-100% hubo en 137 casos 45.21%; un desempeño regular: 70-84% en 153 casos 50.50% y un mal desempeño: Menor de 70% en 13 casos 4.29%.

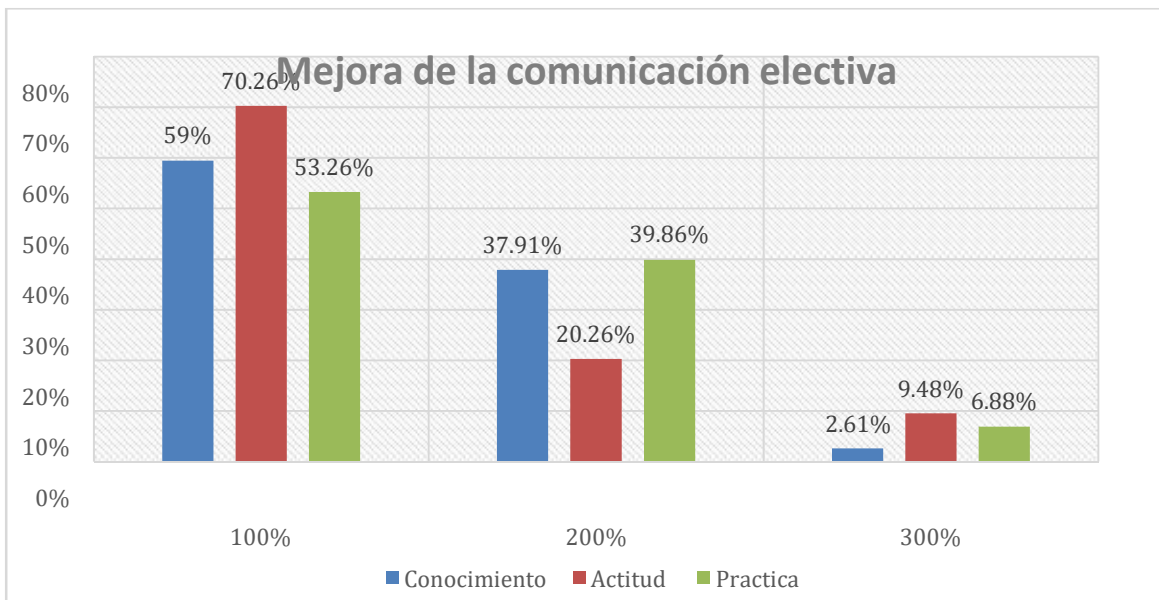
Gráfico 6. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a las metas internacionales en el HGPS, según: Meta 1



Fuente: tabla anterior y ver anexos

Se evidenció que el personal médico encuestado respecto a la meta 1 presentan un alto nivel de conocimiento con un 55.55%, seguido de un nivel medio con 41.50% y un nivel bajo de 2.94%. En la actitud un nivel excelente con un 66.66%, seguido de un nivel bueno con 29.09% y un nivel regular de 4.24%. En cuanto a la práctica presentan un desempeño regular con 57.51% siendo el porcentaje más alto, seguido por un buen desempeño de con un 39.21%, y un mal desempeño con 3.27%.

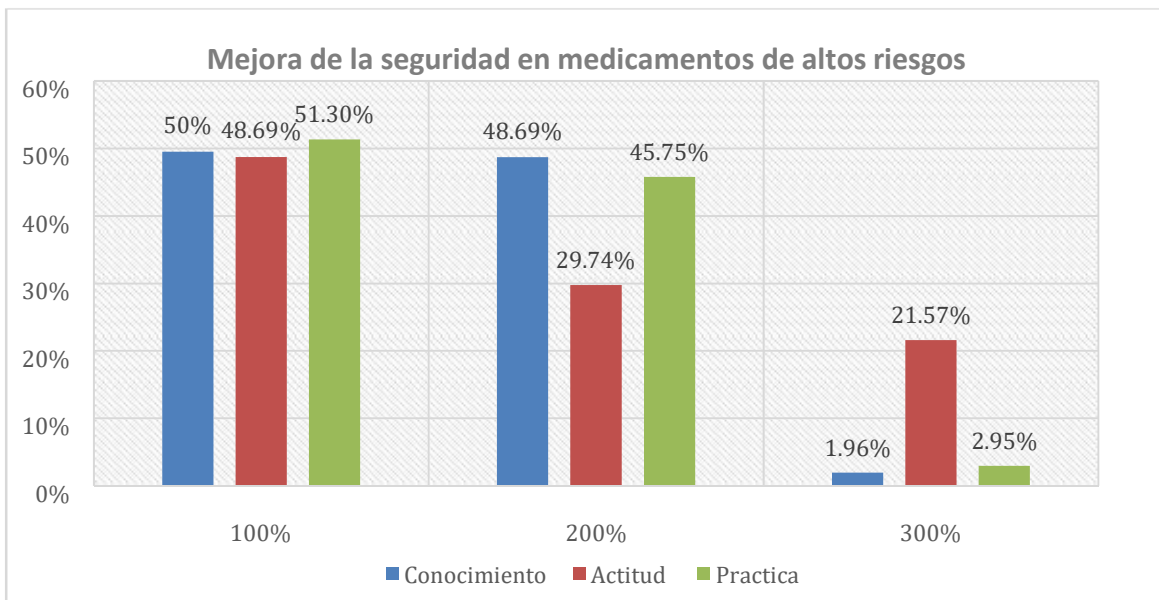
Gráfico 7. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a las metas internacionales en el HGPS, según: Meta 2



Fuente: tabla anterior y ver anexos

Se evidencio que el personal médico encuestado respecto a la meta 2 presentan un alto nivel de conocimiento con un 59.47%, seguido de un nivel medio con 37.91% y un nivel bajo de 2.61%. En la actitud un nivel excelente con un 70.26%, seguido de un nivel bueno con 20.26% y un nivel regular de 9.47%. En cuanto a la práctica presentan un buen desempeño con un 53.26%, seguido por un desempeño regular con un 39.86% y mal desempeño en un 6.87%.

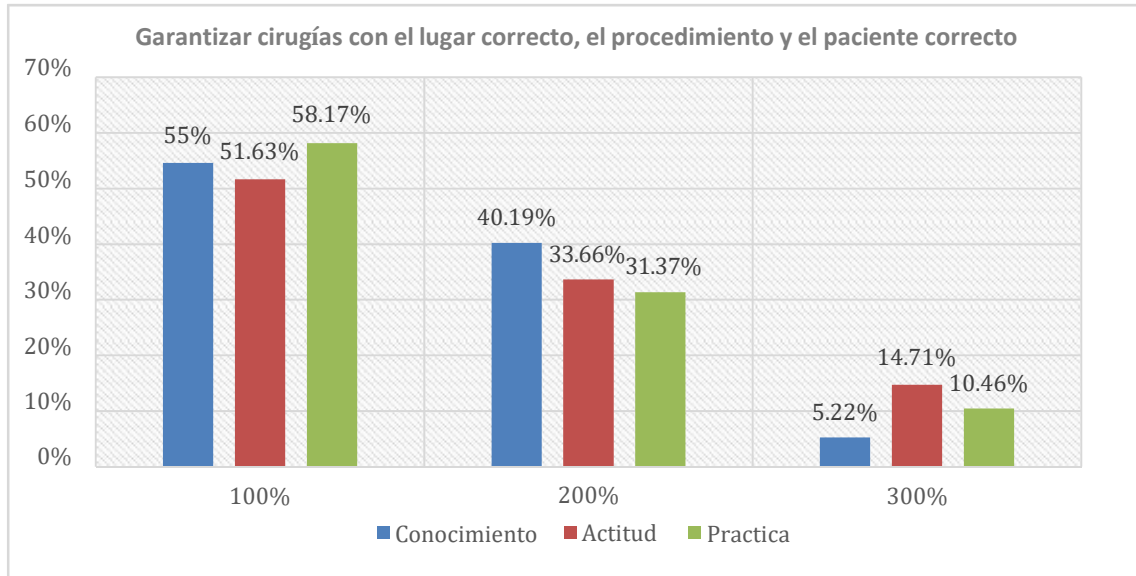
Gráfico 8. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a las metas internacionales en el HGPS, según: Meta 3.



Fuente: tabla anterior y ver anexos

Se evidencio que el personal médico encuestado respecto a la meta 3, presentan un nivel alto de conocimiento con un 49.34%, seguido de un nivel medio con 48.69% y un nivel bajo de 1.96%. En la actitud un nivel excelente con un 48.69%, seguido de un nivel bueno con 29.74% y un nivel regular de 21.56%. En cuanto a la práctica presentan un buen desempeño con un 51.30%, seguido por un desempeño regular con un 45.75% y mal desempeño en un 2.94%.

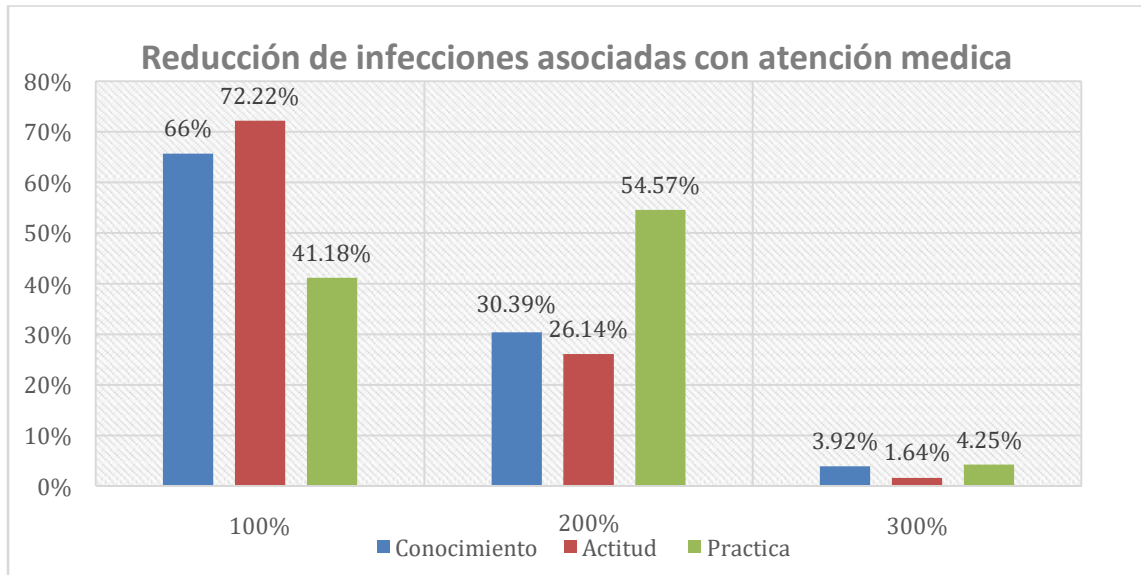
Gráfico 9. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a las metas internacionales en el HGPS, según: Meta 4.



Fuente: tabla anterior y ver anexos

Se evidencio que el personal médico encuestado respecto a la meta 4, presentan un nivel alto de conocimiento con un 54.58%, seguido de un nivel medio con 40.19% y un nivel bajo de 5.22%. En la actitud un nivel excelente con un 51.63%, seguido de un nivel bueno con 33.66% y un nivel regular de 14.70%. En cuanto a la práctica presentan un buen desempeño con un 58.17%, seguido por un desempeño regular con un 31.37% y mal desempeño en un 10.45%.

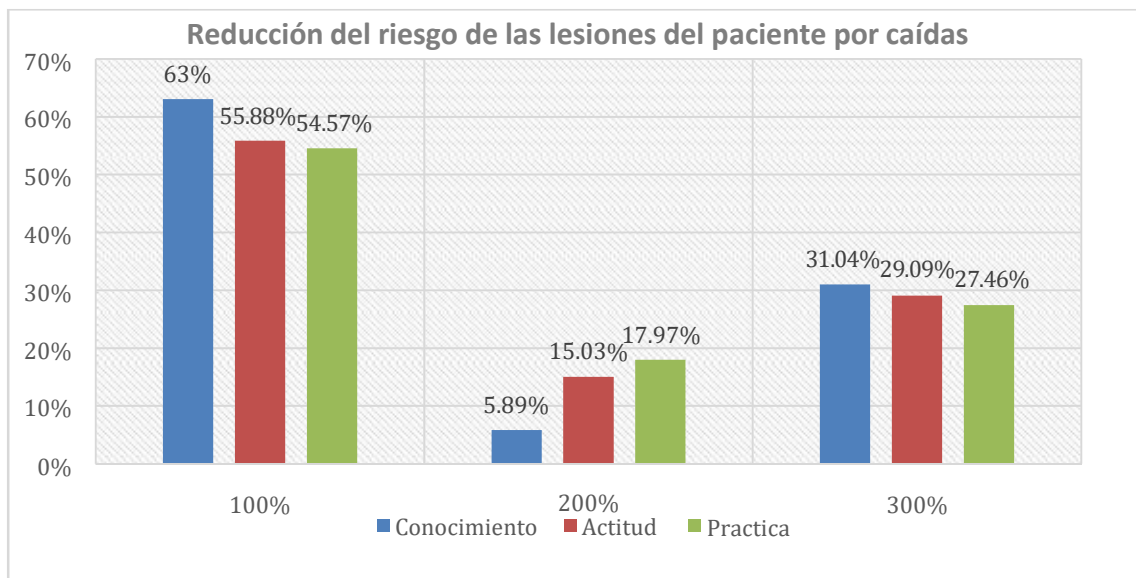
Gráfico 10. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a las metas internacionales en el HGPS, según: Meta 5.



Fuente: tabla anterior y ver anexos

Se evidencio que el personal médico encuestado respecto a la meta 5 presentan un alto nivel de conocimiento con un 65.68%, seguido de un nivel medio con 30.39% y un nivel bajo de 3.92%. En la actitud un nivel excelente con un 72.22%, seguido de un nivel bueno con 26.14% y un nivel regular de 1.63 %. En cuanto a la práctica presentan un desempeño regular con 54.57% siendo el porcentaje más alto, seguido por un buen desempeño de con un 41.18%, y un mal desempeño con 4.24%.

Gráfico 11. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a las metas internacionales en el HGPS, según: Meta 6.



Fuente: tabla anterior y ver anexos

Se evidencio que el personal médico encuestado respecto a la meta 6, presentan un nivel alto de conocimiento con un 63.07%, seguido de un nivel bajo con 31.04% y un nivel medio de 5.89%. En la actitud un nivel excelente con un 55.88%, seguido de un nivel regular con 29.08% y un nivel bueno de 15.03%. En cuanto a la práctica presentan un buen desempeño con un 54.57%, seguido por un mal desempeño con un 27.45% y desempeño regular en un 17.97%.

Capítulo V.

5.1. Discusión

El hecho de no brindar una atención con calidad, trae consigo problemas para los usuarios, ya que se van a sentir insatisfechos con la atención recibida, y a la vez consecuencias en su estado de salud, generando tratamientos y hospitalizaciones más prolongados y costosos, por ende hay mayor inconformidad, relacionándose ésta última con la imagen de la institución de salud.

Respecto a los resultados obtenidos, se evidenció que de los 306 médicos encuestados, un 58.82% presentaron alto nivel de conocimiento siendo este el porcentaje más alto, una actitud excelente en un 73.86% de los casos y en el caso de la práctica se muestra un desempeño regular con un 50.50% de los casos.

Este hallazgo difiere del estudio realizado por Rodríguez y Segura, en 2020, quienes llevaron a cabo un estudio con el propósito de determinar el Nivel de conocimiento, percepción y práctica sobre las metas internacionales de seguridad del paciente en estudiantes del internado de la Universidad Iberoamericana, Santo Domingo, República Dominicana, durante el período marzo-abril 2020, estos reportaron que predominó una calificación de un 43% de los encuestados tiene una percepción positiva, un 7% de los estudiantes cuenta con un buen conocimiento sobre las metas internacionales, mientras que un 42 % maneja una práctica adecuada.⁹

Al comparar los grupos etarios tuvimos edades que oscilaron entre 20 y 60 años, siendo el mayor grupo de edad para los médicos de 30-39 años con un 41.18% y no observándose asociación estadísticamente entre esta variables y el nivel de conocimiento.

En cuanto a las variables sociodemográficas, los resultados fueron los siguientes: El sexo predominante en la investigación fue el femenino con un porcentaje del 77%.

Se evidenció que los médicos en su mayoría al llevar a cabo la práctica sobre una de las políticas de la primera meta (identificación correcta del paciente), esta no se realiza de manera correcta, ya que solo se verifica el nombre del paciente de manera verbal pero no se confirma con el brazalete como lo establece esta política.

En ese mismo tenor se observó que el personal médico al realizar la práctica de lavado de manos correspondientes a una de las políticas de la meta 5 (reducir el riesgo de infecciones asociadas con la tensión médica), solo cumple con el lavado de manos después de prestar atención médica al paciente y no antes y después, como lo establece esta política.

Al analizar los resultados nos damos cuenta que si hay una buena base de información sobre las metas internacionales, para seguridad del paciente y buena actitud, es al momento de poner en práctica estos conocimientos donde está el déficit. Sin embargo, no en todas las áreas, no con todas las metas, pasa lo mismo, y las que no se cumplen es de manera parcial.

5.2. Conclusión

En atención a los resultados encontrados, nuestros hallazgos brindan información sobre el alto nivel de conocimiento del personal médico respecto a las metas internacionales para seguridad del paciente en el Hospital General Plaza de la Salud. Siendo estos niveles más bajos al momento de valorar la práctica, ya que esos conocimientos no se aplican de manera correcta en mayoría de los casos.

Discutimos las implicaciones de estos hallazgos combinados con la importancia de una buena práctica y una actitud adecuada.

Recordando que en medicina una buena actitud no sustituye una buena práctica y alto conocimiento, deben ser complementarias uno de otro.

Capítulo VI.

Recomendaciones

Implementar intervenciones educativas para llegar a los trabajadores sanitarios de acceso rápido y actualizado

Fortalecer la calidad general de la información continua al personal de salud y a los pacientes

Aplicar estudios de investigación con pre y post intervención para evaluar las debilidades e implementar estrategias para fortalecer.

Formular políticas de salud en la vanguardia de la respuesta rápida con supervisión permanente

Fortalecer la cultura de calidad y seguridad de la atención, a través de un sistema de reporte de los incidentes con el fin de minimizar el riesgo de ocurrencia de eventos adversos.

Definir un sistema de consecuencia (No punitivo, pero sí de conlleve sensibilización sobre su importancia) para el personal sanitario que incumpla con las metas internacionales

Establecer un sistema de recompensa (Motivación) a estos prestadores de servicios que se adhieran al cumplimiento de esos lineamientos

Implementar de manera nacional departamentos de gestión de la calidad, que supervisen sus procesos tomando en cuenta estos lineamientos internacionales para afianzar la seguridad de los usuarios, a cada nivel: administrativo, servicios generales y clínicos.

Hacer evaluaciones académicas periódicas al personal médico.

Fortalecer la supervisión del cumplimiento de dichas metas a nivel de personal médico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Liu C, Liu W, Wang Y, Zhang Z, Wang P. (2014) Patient safety culture in China: a case study in an outpatient setting in Beijing. *BMJ Quality & Safety*, 23: 556— 564.
2. Reason J. (2000) Human error: models and management. *BMJ* 18; 320(7237): 768770.
3. Khater, WA, Akhu-Zaheya, LM, AL-Mahasneh, SI, Khater, R. (2015) Nurses' perceptions of patient safety culture in Jordanian hospitals. *International Nursing Review*, 62: 82-91.
4. Thomas AN, Taylor RJ. (2014) An analysis of patient safety incidents associated with medications reported from critical care units in the North West of England between 2009 and 2012. *Anaesthesia*, 69: 735-745.
5. Perneger TV, Staines A, Kundig F. (2014) Internal consistency, factor structure and construct validity of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *BMJ Quality and Safety*, 23: 389-397.
6. The Joint Commission. Preventing copy-and-paste errors in EHRs. *Quick Safety*. 2015 Feb;10:1–2. Accessed Nov 15, 2016. https://www.jointcommission.org/assets/1/23/Quick_Safety_Issue_10.pdf.
7. Hilarión P, Suñol R, Bañeres J, 2015, Sistema de acreditación Joint Commission International (JCI) – FADA, Instituto Universitario Avedis Donabedian.
8. Bagnasco A, Tibaldi L, Chirone P, Chiaranda C, Panzone MS, Tangolo D, Aleo G, Lazzarino L, & Sasso L. (2011) Patient safety culture: an Italian experience. *Journal of Clinical Nursing*, 20: 1188-1195.

9. Wakefield JG, McLaws ML, Whitby M, Patton L. (2010) Patient safety culture: factors that influence clinician involvement in patient safety behaviours. *Quality & Safety in Health Care*, 19: 585-591.
10. White N. (2012) Understanding the role of non-technical skills in patient safety. *Nursing Standard*, 26 (26): 43-48.
11. Asem N, Sabry HA, Elfar E. Patient safety: knowledge, influence, and attitude among physicians: an exploratory study. *J Egypt Public Health Assoc.* 2019; 94:22. <https://doi.org/10.1186/s42506-019-0022-9> PMID: 32813209
12. Panattieri ND, Dackiewicz N, Arpf L, Godio C, Andion E, Negrette C, et al. [Patient safety and the inter-national goals: Consensus document]. *Arch Argent Pediatr.* 2019; 117:S277- 309.
13. Yamalik N, Perea Perez B. Patient safety and dentistry: what do we need to know? Fundamentals of patient safety, the safety culture and implementation of patient safety measures in dental practice. *Int DentJ.* 2012; 62:189-96. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2012.00119.x> PMID: 23017000
14. WHO Patient Safety. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>. (2019):
15. Brasaite I, Kaunonen M, Martinkenas A, Suominen T. Health care professionals' attitudes regarding patient safety: cross-sectional survey. *BMC Res Notes.* 2016; 9:177. <https://doi.org/10.1186/s13104-016-1977-7> PMID: 26992376

16. Schwappach D, Conen D. Patient safety—who cares? *Swiss Med Wkly*. 2012. <https://doi.org/10.4414/smw.2012.13634> PMID: 22802216
17. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>. Accessed 11 Feb 2021.
18. Gaal S, Verstappen W, Wolters R, Lankveld H, van Weel C, Wensing M. Prevalence and consequences of patient safety incidents in general practice in the Netherlands: a retrospective medical record review study. *Implement Sci*. 2011; 6:37. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-37> PMID: 21470418
19. Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM, Markowitz AJ. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 2001;: i-x, 1-668. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11510252/>. PMID: 11510252
20. WHO (2019): Patient Safety. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
21. Rodríguez, C.; Segura, L. Nivel de conocimiento, percepción y práctica sobre las metas internacionales de seguridad del paciente en estudiantes del internado de la Universidad Iberoamericana, Santo Domingo, República Dominicana, durante el período marzo-abril 2020. Santo Domingo: Universidad Iberoamericana (UNIBE). Recuperado de: <http://repositorio.unibe.edu.do/jspui/handle/123456789/190>.
22. Sutker WL. (2008) The physician's role in patient safety: What's in it for me? *Proceedings (Baylor University Medical Center)*, 21(1): 9—14.

23. World medical Association (WMA). (2013) Declaration of Helsinki — Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1760318> Accessed 14 October 2015
24. Emanuel L, Berwick D, Conway J, Combes J, Hatlie M, Leape L, Reason J, Schyve P, Vincent C, Walton M. (2008) What Exactly Is Patient Safety? In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, (editors). *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* (Vol. 1: Assessment). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.
25. Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Bruel C, Max A, Lau N, Misset B. (2012) Overview of medical errors and adverse events. *Annals of Intensive Care*, 2: 2,1–9.
26. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, DrPH4, Lackan NA. (2010) What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2): 156-165.
27. Parmelli, E, Flodgren G, Beyer F, Baillie N, Schaafsma ME, Eccles MP (2011) The effectiveness of strategies to change organizational culture to improve healthcare performance. *Implementation Science*, 6: 33.
28. Ginsburg LR, Tregunno D, Norton PG, Mitchell JI, Howley H. (2014) 'Not another safety culture survey': using the Canadian patient safety climate survey (Can- PSCS) to measure provider perceptions of PSC across health settings. *BMJ Quality and Safety*, 23: 162-170.
29. Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Ali W, Scott A, Schug S. (2002) Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *The New Zealand medical journal*, 115 (1167): U271.

30. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, Etchells E, Ghali WA, Hebert P, Majumdar SR, O'Beirne M, Palacios-Derflingher L, Reid RJ, Sheps S, Tamblyn R. (2004) The Canadian Adverse Events Study: the incidence of
31. Khater, WA, Akhu-Zaheya, LM, AL-Mahasneh, SI, Khater, R. (2015) Nurses' perceptions of patient safety culture in Jordanian hospitals. *International Nursing Review*, 62: 82-91.
32. Thomas AN, Taylor RJ. (2014) An analysis of patient safety incidents associated with medications reported from critical care units in the North West of England between 2009 and 2012. *Anaesthesia*, 69: 735-745.
33. Larizgoitia I, Bouesseau MC, Kelley E. (2013) WHO Efforts to Promote Reporting of Adverse Events and Global Learning. *Journal of Public Health Research*, 2(3): e29.
34. Reinertsen JL. (2000) Let's talk about error. Leaders should take responsibility for mistakes *BMJ*, 18; 320: 730.
35. World Health Organization. *Patient Safety Research: Better Knowledge for Safer Care*. 2009, WHO, Geneva.
36. Oguisso T, Schmidt MJ (2010) *The Practice of Nursing: an ethical-legal approach*. Rio de Janeiro, Brazil: Guanabara Koogan.
37. Ndosu ME, Newell R. (2008) Nurses' knowledge of pharmacology behind drugs they commonly administer. *Journal of Clinical Nursing*, 18: 570-580.
38. Baid H, Hargreaves J. (2015) Quality and safety: reflection on the implications for critical care nursing education. *British Association of Critical Care Nurses*, 20(4): 174-182.

39. Durani P, Dias J, Singh HP, Taub N. (2013) Junior doctors and patient safety: evaluating knowledge, attitudes and perception of safety climate. *BMJ Quality & Safety*, 22: 65-71.
40. Ahmed M, Arora S, Baker P, Hayden J, Vincent C, Sevdalis N. (2013) Building capacity and capability for patient safety education: a train-the-trainers programme for senior doctors. *BMJ Quality & Safety*, 22(8): 618-625
41. Alshammari TM, Alamri KK, Ghawa YA, Alohali NF, Abualkol SA, Aljadhey HS. (2015) Knowledge and attitude of health-care professionals in hospitals towards pharmacovigilance in Saudi Arabia. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 37(6): 1104-1110.
42. Kivekas E, Kinnunen UM, Haatainen K, Kalviainen R, Saranto K. (2015) Trigger Development for the Improvement of Neurological Patient Care. *Studies in Health Technology and Informatics*, 216: 1116.
43. Cambridge Dictionaries Online. (2015). Meaning of "attitude" in the English Dictionary. Retrieved from:<http://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/attitude> Accessed 23 December 2015.
44. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, Roberts PR, Thomas EJ. (2006) The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Service Research*, 6: 44.
45. Devriendt E, Van den Heede K, Coussement J, Dejaeger E, Surmont K, Heylen D, Schwendimann R, Sexton B, Wellens NIH, Boonen S, Milisen K. (2012) Content validity and internal consistency of the Dutch translation of the Safety Attitudes Questionnaire: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 49 (3): 327-337.

46. Martin SK, Etchegaray JM, Simmons D, Belt VT, Clark K. (2005) Development and implementation of the University of Texas close call reporting system. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, et al., (editors). *Advances in patient safety: from research to implementation: Vol. 2. Concepts and methodology, measurement and taxonomies.* Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. pp. 149-60. AHRQ Publication No. 05-0021-2.
47. Schwendimann R, Zimmermann N, Kung K, Ausserhofer D, Sexton B. (2013) Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study. *BMJ Quality & Safety*, 22(1): 32-41.
48. Zimmermann N, Kung K, Sereika SM, Engberg S, Sexton B, Schwendimann R. (2013) Assessing the safety attitudes questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals - a validation study. *BMC Health Service Research*, 13: 347.
49. Modak I, Sexton JB, Lux TR, Helmreich RL, Thomas EJ. (2007) Measuring safety culture in the ambulatory setting: The safety attitudes questionnaire-ambulatory version. *Journal of General Internal Medicine*, 22(1): 1-5.
50. De Freitas GF, Hoga LA, Fernandes Mde F, Gonzalez JS, Ruiz MC, Bonini BB. (2011) Brazilian registered nurses' perceptions and attitudes towards adverse events in nursing care: a phenomenological study. *Journal of Nursing Management*, 19: 331-338.
51. Abdi Z, Delgoshai B, Ravaghi H, Abbasi M, Heyrani A. (2015) The culture of patient safety in an Iranian intensive care unit. *Journal of Nursing Management*, 23(3): 333-345.

52. Baartman LKJ, de Bruijn E. (2011) Integrating knowledge, skills and attitudes: Conceptualising learning processes towards vocational competence. *Educational Research Review*, 6: 125-134.
53. Gordon M, Darbyshire D, Baker P. (2012) Non-technical skills training to enhance patient safety: a systematic review. *Medical Education*, 46: 1042—1054.
54. Milligan F, Dennis S. (2005) Building a safety culture. *Nursing Standard*, 20(11): 48–52.
55. McMullan M, Jones R, Lea S. (2010) Patient safety: numerical skills and drug calculation abilities of nursing students and Registered Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66: 891-899.
56. Machalaba CC, Salerno RH, Barton Behraves C, Benigno S, Berthe FCJ, Chungong S, Duale S, Echalar R, Karesh WB, Ormel HJ, Pelican K, Rahman M, Rasmuson M, Scribner S, Stratton J, Suryantoro L, Wannous C. Institutionalizing One Health: From Assessment to Action. *Health Secur.* 2018 Fall;16(S1):S37-S43. doi: 10.1089/hs.2018.0064. PMID:30480500.

Anexos

Consentimiento informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la **Dra. Gaudy Polanco Escoto**, residente de tercer año del Hospital General Plaza de la Salud. El objetivo principal de este estudio es. Determinar los Conocimientos, actitud y práctica del personal médico respecto a las metas internacionales para seguridad del paciente en el Hospital General Plaza de la Salud Junio 2022

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. Lo recopilado en las encuestas tendrá carácter de confidencialidad y solo será utilizado para ser publicado con fines académicos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las encuestas se destruirán o eliminarán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la **Dra. Gaudy Polanco Escoto**. He sido informado (a) sobre el objetivo del estudio.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una encuesta, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la investigadora al teléfono 809-293-2327 y al Hospital General Plaza de la Salud

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la investigadora a los teléfonos antes mencionados.

Firma: _____ **Iniciales:**

Fecha

Instrumento de recolección de datos

CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA DEL PERSONAL MÉDICO RESPECTO A LAS METAS INTERNACIONALES PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL GENERAL PLAZA DE LA SALUD, JUNIO 2022.

Conocimiento	Conocimientos adecuados: 10 o más ítems correctos
Alto: 85-100%	Conocimientos Medio 8 o más ítems correctos
Medio: 70-84%	Bajo 6 o menos ítems correctos
Bajo: menos de 70%	

Conocimiento sobre metas internacionales (cuestionario virtual)

A través del presente documento les solicito participar en la Investigación relacionada con el conocimiento sobre las metas Internacionales, habiendo sido informado(a) del propósito de esta, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que la Información que se vierte en el instrumento será única y exclusivamente para fines de la investigación en mención, siendo la información obtenida tratada con la máxima confidencialidad. Usted está en todo su derecho de no aceptar participar en este estudio, sin embargo, sería importante que participe para que sea parte de los participantes de este y con sus respuestas aporte a dar recomendaciones para que se den respuestas a estas necesidades que emanaran de este estudio. Para más información pregunte a la investigadora: Dra. Gaudy Polanco. ¿acepta participar en la encuesta?

O Sí

O No

1. ¿Cuáles son los indicadores más importantes para identificar un paciente correctamente?

|| A. Nombre, Apellido y fecha de nacimiento. || B. Brazaletes y nombre. || C. Nombre y fecha.

2. ¿La manera de colocar correctamente el brazalete en el paciente es en la muñeca del brazo dominante en adultos, en los niños menores de 10 años en el tobillo?

F

V

3. ¿A el paciente se le debe verificar la identidad antes de proporcionarle alimentos, admitirlo al hospital y antes de la sedación?

F

v

4. ¿Las ordenes verbales y telefónicas se pueden recibir cuándo?

| | A. la comunicación escrita no es posible y es un caso de urgencia

| I B. cuando es necesario tomar una decisión inmediata para el paciente

| | C. A y B son correctas

| | Opción 4

5. Para aceptar ordenes verbales se debe cumplir 1 de los siguientes requisitos:

I | A. Actualización por el medico en el expediente clínico antes de 24 horas || B. Registro de los datos en el expediente clínico a las 12horas. || C. Confirmar motivos de ingreso del paciente.

6. El lavado de manos se debe realizar despues de una tarea aséptica?

F

v

7. la principal estrategia para prevención de infecciones es el lavado correcto de manos antes y después de la atención al paciente?

F

v

8. ¿La pausa quirúrgica se realiza por el medico Anestesiólogo?

F

v

9. ¿La pausa quirúrgica se realiza luego de iniciada la cirugia?

F

v

10. ¿El nivel moderado de riesgo de caída del paciente será identificado por el color amarillo?

F

v

11. ¿Para el marcado del sitio quirúrgico el paciente debe estar dormido?

F

v

12. ¿La verificación prequirúrgica se realiza durante la pausa quirúrgica?

F

v

13. ¿El tiempo que debe de durar un lavado de manos con agua y jabón es 60 segundos?

F

v

14. ¿La verificación antes de la administración de medicamentos de alto riesgo incluye nombre y fecha de nacimiento del paciente?

F

v

15. ¿De cuantos pasos consta el lavado de manos con agua y jabón?

A. 9

B. 11

C. 8

D. ninguna

16. ¿Las medidas de prevención y contención de caídas se realizan solo en pacientes con riesgo alto de caídas?

F

v

17. En todas las áreas del hospital donde se realice cirugías y procedimientos invasivos, se deberá cumplir con?

A. Proceso de verificación prequirúrgico

B. Pausa quirúrgica

C. Marcado del sitio quirúrgico

D. Todas

18. ¿El médico debe informar a la enfermera la prescripción de los medicamentos que?

A. alteren el metabolismo del paciente

B. alteran el estado neurológico del paciente I | C. alteren el patrón del sueño del paciente

Actitud	<p>Excelente: 90-100%</p> <p>Buena: 75-89%</p> <p>Regular: 60-74%</p> <p>Mala: Debajo de 60%</p>
---------	--

Actitud

_Buena_Regular

_Mala

Práctica	<p>Buen desempeño: 85-100%</p> <p>Desempeño regular: 70-84%</p> <p>Mal desempeño: Menor de 70%</p>
----------	--

.Práctica

_Buena_Regular_Mala

Cuestionario para medir actitud y práctica (cuestionario observacional)

1.- Verifica Nombre de paciente verbal con el paciente?	Si	No	No aplica	Observaciones
2.- Verifica Nombre y fecha de nacimiento visual con el brazalete?				
3.- EN Caso de Orden médica verbal o telefónica para confirmar Orden médica e identifica interlocutores?				
4.- Prepara física y emocionalmente al paciente para ser trasladado a sala prequirúrgica o quirófano ?				
5.- Participan en la pausa quirúrgica?				
6.- Ejecutan procedimiento de lavado de manos según la OMS?				
7.- Ejecutan procedimiento de lavado de manos antes de ofrecer atención al paciente?				
8.- Ejecutan procedimiento de lavado de manos después de ofrecer atención al paciente?				
9.- Ejecutan procedimiento de lavado de manos después de tocar fluidos del paciente?				
10.- Ejecutan procedimiento de lavado de manos antes de realizar procedimientos asépticos al paciente?				
11.- Ejecutan procedimiento de lavado de manos luego de tocar el entorno de la unidad del paciente?				

TABLAS.

Tabla 1. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a las metas internacionales del HGPS, según: Edad

Edad	No. De casos	Porcentaje
20-29 años	44	14.38%
30-39 años	126	41.18%
40-49 años	98	32.03%
50-59 años	15	4.90%
≥60^a	23	7.52%
Total	306	100.00%

Fuente: instrumento recolección de datos

Tabla 2. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a las metas internacionales en el HGPS, según: sexo

Sexo	No. De casos	Porcentaje
Masculino	77	25.16%
Femenino	229	74.84%
Total	306	100.00%

Fuente: instrumento recolección de datos

Tabla 3. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a las metas internacionales en el HGPS, según: Conocimientos.

Nivel de conocimiento	No. De casos	Porcentaje
Alto: 85-100%	180	58.82%
Medio: 70-84%	68	22.22%
Bajo: menos de70%	58	18.95%
Total	306	100.00%

Fuente: instrumento recolección de datos

Tabla 4. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a las metas internacionales en el HGPS, según: Actitud

Actitud	No. De casos	Porcentaje
Excelente: 90-100%	226	73.86%
Buena: 75-89%	47	15.36%
Regular: 60-74%	33	10.78%
Total	306	100

Fuente: instrumento recolección de datos

Tabla 5. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a las metas internacionales en el HGPS, según: Práctica

Práctica	No. De casos	Porcentaje
Buen desempeño: 85-100%	137	45.21%
Desempeño regular: 70-84%	153	50.50%
Mal desempeño: Menor de 70%	13	4.29%
Total	303	100

Fuente: instrumento recolección de datos

Tabla 6. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a las metas internacionales en el HGPS, según: Meta 1

Meta 1						
Identificación correcta de los pacientes						
Meta 1	Conocimiento		Actitud		Practica	
Meta 1	No.de casos	%	No. De casos	%	No. De casos	%
Alto	170	56%	204	66.66%	120	39.21%
Medio	127	41.50%	89	29.09%	176	57.51%
Bajo	9	2.94%	13	4.25%	10	3.28%
Total	306	100%	306	100.00%	306	100.00%

Fuente: instrumento recolección de datos

Tabla 7. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a las metas internacionales en el HGPS, según: Meta 2

Meta 2						
Mejora de la comunicación electiva						
Meta 2	Conocimiento		Actitud		Practica	
Meta 2	No.de casos	%	No. De casos	%	No. De casos	%
Alto	182	59%	215	70.26%	163	53.26%
Medio	116	37.91%	62	20.26%	122	39.86%
Bajo	8	2.61%	29	9.48%	21	6.88%
Total	306	100%	306	100.00%	306	100.00%

Fuente: instrumento recolección de datos

Tabla 8. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a las metas internacionales en el HGPS, según: Meta 3.

Meta 3						
Mejora de la seguridad en medicamentos de altos riesgos						
Meta 3	Conocimiento		Actitud		Practica	
Meta 3	No.de casos	%	No. De casos	%	No. De casos	%
Alto	151	50%	149	48.69%	157	51.30%
Medio	149	48.69%	91	29.74%	140	45.75%
Bajo	6	1.96%	66	21.57%	9	2.95%
Total	306	100%	306	100.00%	306	100.00%

Fuente: instrumento recolección de datos

Tabla 9. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a las metas internacionales en el HGPS, según: Meta 4.

Meta 4						
Garantizar cirugías con el lugar correcto, el procedimiento y el paciente correcto						
Meta 4	Conocimiento		Actitud		Practica	
Meta 4	No.de casos	%	No. De casos	%	No. De casos	%
Alto	167	55%	158	51.63%	178	58.17%
Medio	123	40.19%	103	33.66%	96	31.37%
Bajo	16	5.22%	45	14.71%	32	10.46%
Total	306	100%	306	100.00%	306	100.00%

Fuente: instrumento recolección de datos

Tabla 10. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a las metas internacionales en el HGPS, según: Meta 5.

Meta 5						
Reducción de infecciones asociadas con atención médica						
Meta 5	Conocimiento		Actitud		Practica	
Meta 5	No.de casos	%	No. De casos	%	No. De casos	%
Alto	201	66%	221	72.22%	126	41.18%
Medio	93	30.39%	80	26.14%	167	54.57%
Bajo	12	3.92%	5	1.64%	13	4.25%
Total	306	100%	306	100.00%	306	100.00%

Fuente: instrumento recolección de datos

Tabla 11. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a las metas internacionales en el HGPS, según: Meta 6.

Meta 6						
Reducción del riesgo de las lesiones del paciente por caídas						
Meta 6	Conocimiento		Actitud		Practica	
Meta 6	No.de casos	%	No. De casos	%	No. De casos	%
Alto	193	63%	171	55.88%	167	54.57%
Medio	18	5.89%	46	15.03%	55	17.97%
Bajo	95	31.04%	89	29.09%	84	27.46%
Total	306	100%	306	100.00%	306	100.00%

Fuente: instrumento recolección de datos



Aplicación Completa para Estudiantes

Código de Aplicación ACECEI2022-54

Nombre del Estudiante #1 Gaudy Polanco Escoto

Matrícula del Estudiante #1 191103

Nombre del Proyecto de Investigación

CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA DEL PERSONAL MÉDICO RESPECTO A LAS METAS INTERNACIONALES PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL GENERAL PLAZA DE LA SALUD JUNIO 2022

ESTADO DE LA APLICACIÓN

APROBADO CON CONDICIÓN A CAMBIOS

Comentarios del evaluador

Debe incluir dónde y cómo se guardarán los datos.

Fecha de revisión Friday, May 27, 2022

CAMBIOS APROBADOS DÍA Monday, June 13, 2022

ESTADO DE LA APLICACIÓN

APROBADO



Hospital General
de la Plaza de la Salud

12 de abril del año 2022

Por medio de la presente certifico que el residente **Gaudy Polanco** de la Universidad Iberoamericana (UNIBE) pueden realizar su trabajo de grado con **título Conocimiento, Actitud Y Práctica Del Personal Médico Respecto A Las Metas Internacionales Para Seguridad Del Paciente En El Hospital General Plaza De La Salud, Abril Mayo, 2022** a partir de los expedientes médicos/datos recolectados en este hospital/centro/institución.

Como centro (hospitalario)/institución, confirmamos que nuestro manejo de los expedientes/entrevistas/datos se adhiere a las normas éticas nacionales e internacionales en materia de protección de participantes humanos.

Dolores Mejía De La Cruz
Gerente de Investigación
(809) 723-4154

