

Licenciatura En Enfermería

Impacto De La Cultura De Seguridad Del Paciente Ante La Pandemia Por Sars-Cov-2

Mata Torres Laura Yocelin

Matrícula: 2152029084

Asesores De Investigación:

- **García Jiménez María Alberta**
- **Pantoja Herrera Martín**

ÍNDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
JUSTIFICACIÓN	4
MARCO TEÓRICO	5
DEFINICIÓN.....	5
<i>LA CALIDAD ASISTENCIAL COMPONENTES Y DIMENSIONES</i>	7
<i>FUNDAMENTOS DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL.</i>	9
<i>LA IMPORTANCIA DEL FACTOR HUMANO.</i>	9
<i>TEORIAS, CARACTERISTICAS, FASES Y MODELO</i>	11
<i>ANTECEDENTES DE LA PANDEMIA.</i>	14
<i>DEFINICIÓN DE SARS-COV-2.</i>	15
<i>¿QUÉ SON LOS VIRUS Y SU CLASIFICACIÓN?</i>	15
<i>REPLICACIÓN</i>	17
<i>TIPOS DE PRUEBAS PARA LA DETECCION DEL CORONAVIRUS.</i>	19
<i>VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.</i>	22
PREGUNTA CIENTÍFICA	24
OBJETIVO.	24
METODOLOGÍA	24
<i>DISEÑO:</i>	24
<i>ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:</i>	24
RESULTADOS BIBLIOMÉTRICOS	42
RESULTADOS	46
DISCUSIÓN	56
CONCLUSIÓN	58
FRASES PARA REFLEXIONAR	60
LISTA DE ABREVIATURAS	61
BIBLIOGRAFIA	63

RESUMEN

La cultura de seguridad del paciente que surge a partir de las acciones esenciales descritas por el diario oficial de la federación (DOF), se pretende la mejora de la cultura mediante el factor humano. Para ello se necesita que las organizaciones de los profesionales de enfermería tomen en cuenta todo lo que implica en su recurso humano.

Por ello y sin dejar a un lado lo que hoy en día vivimos la población mexicana haciendo la relación con el impacto que el coronavirus ha traído consigo. De ahí la importancia de implementar estrategias de mejora.

Siendo el objetivo de este estudio realizar una revisión bibliográfica crítica sobre la importancia e impacto de la cultura de seguridad del paciente ante una pandemia provocada por la COVID- 19.

La metodología que se siguió fue la búsqueda de artículos en las siguientes bases de datos: Dialnet, Google scholar y el buscador de Google. Se siguió una estrategia de búsqueda con criterios de inclusión y exclusión de los artículos encontrados, dando como resultado 17 artículos.

Estos estudios fueron analizados y sintetizados mediante un cuadro. Los resultados arrojaron que los artículos incluidos según tipo de estudio son: de estudio descriptivo, cuantitativo con un 50% (9 artículos) cada uno, seguidos de redacción de noticias páginas web confiable con 25% (4 artículos) y por ultimo de tipo explicativo con 25% (4) artículos por cada tipo de estudio. De éstos se extraen los siguientes temas de importancia: Cultura de seguridad del paciente, relación e impacto durante la pandemia por coronavirus y estrategias que se implementan.

Como conclusión se dice que la cultura de seguridad del paciente está teniendo un gran impacto de manera que se busca continuar con la evaluación de la cultura de seguridad del paciente para la extracción de información relacionada con las instituciones de salud, realizar un diagnóstico situacional, y así brindar medios para establecer acciones de mejora

y fortalecimiento. Y no caer en los daños ocasionados de las malas prácticas realizadas, por consiguiente se dice que sin ética profesional no se puede crear una cultura de seguridad del paciente.

INTRODUCCIÓN

Vivimos en un mundo lleno de incógnitas escondidas ¿Te imaginaste de la existencia de un virus? que llegaría a causar estragos, tales como cambiar estilos de vida, déficit en la economía de las familias mexicanas, y sobre todo un dramático escenario en los sistemas de salud, hoy en día se sabe poco de la existencia de SARS-CoV-2 y que está afectando a más de 3 millones de personas.

En la actualidad, existen evidencias que reflejan que la atención sanitaria sigue siendo peligrosa además hemos de añadir, del poco conocimiento que progresivamente vamos adquiriendo sobre las características del virus y la infección que provoca. Todo ellos son factores que están condicionando la respuesta sanitaria provocando que la humanidad siga incrédula respecto al tema.

Sin dejar a un lado nuestro tema principal cultura de seguridad del paciente relacionada con las creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica para garantizar que no experimentará daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud.

Este trabajo pretende recoger y analizar la información que se ha ido publicando en cuanto al coronavirus palabra utilizada para referirse a SARS-CoV-2 para ser relacionado y comparado con una cultura de seguridad.

El trabajo se va a estructurar de la siguiente manera; en primer lugar, se hará una breve descripción de la Covid-19 y su relación con la cultura de seguridad del paciente, posteriormente se realizara una búsqueda y recolección de artículos, tercer lugar se mostrara un cuadro con una breve descripción de cada uno de ellos, se analizaran las estrategias de cultura de seguridad del paciente comparando con las de covid-19, por último se hará una reflexión del tema.

JUSTIFICACIÓN

La presente revisión bibliográfica se enfocara en el impacto que tiene la cultura de seguridad del paciente durante la pandemia por Covid-19, ya que se considera una acción esencial elemental de la práctica diaria de enfermería.

Se dice que hay que cuidar al paciente “no causarle daño”, pero en la actualidad se ve reflejado el arduo trabajo que lleva el personal de enfermería en las diferentes estancias hospitalarias, que la seguridad va más allá del equipo de protección se habla de ética, cultura dos palabras con gran significancia.

Por ello se pretende que los profesionales de enfermería estemos preparados para enfrentar nuevas enfermedades y saber el manejo sin llegar al síndrome de burnout y que si se junta la cultura con la seguridad el trabajo que se desempeñe se va a ver reflejado en cada institución.

Nos hará reflexionar de la importancia que es el tener una cultura de seguridad para hacer el bien y prevenir el daño a los pacientes para el cumplimiento de los objetivos.

Su resultado permitirá encontrar más estrategias de solución para la prevención del daño al paciente, evaluando la cultura de seguridad del paciente enfocándose en las dimensiones con menor porcentaje como lo es la falta de comunicación, exceso de trabajo y falta de recurso humano.

MARCO TEÓRICO

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

DEFINICIÓN

Hablemos de la cultura de seguridad del paciente que surge de las acciones esenciales y de acuerdo con el diario oficial de la federación (DOF), las acciones esenciales para la seguridad del paciente (AESP) no sólo se cumplen con una de las funciones del Consejo de Salubridad General, de participar en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, sino que, además se demuestra un alto compromiso desarrollando en cada organización una cultura donde la máxima hipocrática de "primero no dañar" sea una prioridad.

La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, refiere que la cultura de seguridad de una organización es el producto de los valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso y el tipo de gestión de una organización de salud y la seguridad de la organización.

En el informe publicado en 2003 por el *National Quality Forum* de Estados Unidos, dentro del "Conjunto de Prácticas Seguras para Mejorar la Atención a la Salud", se refiere como punto de partida la creación y sostenimiento de la cultura de seguridad en la atención, con elementos que incluyen liderazgo, medición de la cultura, trabajo en equipo y sistematización en la identificación y mitigación de los riesgos asociados a la atención. (1)

Así mismo existe un cuestionario para la medición de la cultura de seguridad del paciente. En México, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y posteriormente la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs), realizaron la adecuación del cuestionario, además de validarlo mediante la prueba de Alfa de Cronbach. Para el año 2019 el Grado de Seguridad del Paciente ponderado que se obtuvo en la encuesta fue de 8.05, tomando en consideración un valor mínimo de 1 y un máximo de 10. (2)

La medición de la Cultura de la Seguridad del Paciente debe realizarse anualmente en los Hospitales para conocer su nivel e identificar las dimensiones con los resultados más negativos, para que a partir de ellos las Unidades estén en condiciones de proponer e implementar acciones de mejora.

Como manifestación de una cultura, la seguridad del paciente debe ser promovida, gestionada y apoyada por el personal directivo, sin embargo, representa también una actitud y una serie de acciones que el personal operativo debe incorporar a su trabajo cotidiano. La cultura de la seguridad del paciente es corresponsabilidad de todos los integrantes de la organización. (3)

LA CALIDAD ASISTENCIAL COMPONENTES Y DIMENSIONES

El principio “Primum Non Nocere” subyace a cada acto asistencial, por lo que podríamos asumir como principio básico que cada profesional es un sujeto competente y responsable que tiene como base de su actuación no generar daño.

A pesar de ello, y por la cada vez mayor complejidad de la atención, el componente humano individual interactúa con varios factores.

Elementos propios del paciente, de las tareas o procedimientos, de la estructura físico ambiental que incluye el material, el equipamiento técnico y el lugar físico donde se produce la asistencia o de la organización y que es causa de que los eventos adversos puedan presentarse de forma más frecuente de lo deseado.

Los componentes esenciales de la calidad asistencial son tres.

1. El factor científico-técnico: La aplicación del mejor conocimiento disponible en función de los medios y recursos disponibles.
2. El factor percibido: La satisfacción de los pacientes con la atención, los resultados y el trato recibido.
3. El factor institucional o corporativo: Ligado a la imagen de un centro sanitario.

Las dimensiones de la calidad asistencial pueden clasificarse en 8 categorías.

Tabla 1. Dimensiones de la calidad asistencial

DIMENSIONES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL
1. Competencia profesional o calidad científico-técnica.
2. Efectividad.
3. Eficiencia.
4. Accesibilidad.
5. Satisfacción.
6. Adecuación.
7. Atención centrada en el paciente.
8. Seguridad del paciente.

Fuente: Elaboración propia en base del documento “seguridad del paciente y cultura de seguridad”, 2019, p. 2

Cabe destacar de estas dimensiones, dos de indudable trascendencia, la atención centrada en el paciente y la seguridad del paciente.

La primera implica organizar la atención, pensando en los pacientes más que en los que la facilitan.

La segunda implica practicar una atención libre de daños evitables, lo que supone desarrollar sistemas y procesos encaminados a reducir la probabilidad de aparición de fallos del sistema además de errores de las personas y aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias.

FUNDAMENTOS DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL.

Los fundamentos de la seguridad asistencial se asientan en dos líneas de pensamiento relacionadas:

1. La teoría del error de Reason: Asume que el ser humano es falible, por lo que pese a los esfuerzos por evitarlos, los errores seguirán aconteciendo, por lo que es necesario que los procesos se rediseñen para hacerlos más resistentes a la producción de fallos menos proclives a la situaciones de riesgo y habilitar estrategias de detección e interceptación precoz de los errores.
2. La cultura de seguridad (CS): Cultura no punitiva en la que existe un compromiso de los individuos y organizaciones con la seguridad, y por tanto, con la aplicación de las mejores prácticas y estándares, y que cuenta con un clima de seguridad abierto y de confianza mutua en la que los errores son una fuente de aprendizaje, en lugar de ser utilizados para culpabilizar.

LA IMPORTANCIA DEL FACTOR HUMANO.

El rol que ejerce el comportamiento humano tanto en la generación como en la resolución de incidentes, además de la influencia directa de la cultura de la organización y el entorno de trabajo en este comportamiento son aspectos a considerar al abordar estrategias de enseñanza o implementación de medidas de mejora.

El estudio del Factor Humano (FH) engloba todos los factores del entorno, organización, del trabajo y las características humanas e individuales que influyen en el comportamiento en el trabajo y afectan a la salud y la seguridad. Se entiende el FH en su forma individual, es

decir, en relación al sujeto en contacto directo con el paciente, o bien en su forma colectiva, que abarca las relaciones que se establecen en el equipo humano que trata al paciente.

Durante la gestión de las crisis como paradigma de la necesidad de un trabajo en equipo de alto rendimiento, distintas herramientas han demostrado evidencia en la mejora de resultados del trabajo en equipo y la consiguiente mejoría del resultado seguro en la atención al paciente.

Se define como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir, de manera que los individuos y la organización están comprometidos con los programas de seguridad del paciente.

La cultura de seguridad (CS) incluye factores humanos, técnicos, organizativos y culturales.

Esta cultura de seguridad ha madurado en distintos entornos, como la industria de la energía nuclear, la aviación y el control aéreo.

En el entorno de la salud distintas herramientas cualitativas y cuantitativas encuesta hospitalaria de cultura de seguridad del paciente de:

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

Patient Safety Climate in Healthcare (PSCHO)

Modified Stanford Instrument (MSI)

Entre otras han intentado medir la cultura de seguridad de las organizaciones, reconociéndose actualmente que los métodos cualitativos la reflejan mejor, en relación a la evidencia del rigor psicométrico.

En los últimos años, cada vez se ha dado más importancia al factor humano y al clima organizativo por su influencia en la motivación de los profesionales y en la mejora del desempeño. Algunos estudios indican que la satisfacción laboral podría estar relacionada con la seguridad del paciente. si se crea un clima adecuado y aumenta la satisfacción laboral, el personal sanitario mejora su desempeño y se incrementa la seguridad del paciente. (4)

TEORIAS, CARACTERISTICAS, FASES Y MODELO

Los cimientos de esta cultura se asientan en dos teorías:

1. La teoría de la identidad social: El individuo se esfuerza por mejorar su autoestima mediante la identificación con un grupo. La organización debe generar intervenciones en materia de seguridad y potenciar la creación de redes seguras para que se incluyan en ella los individuos. También debe promover el entrenamiento de profesionales y equipos.
2. La teoría de la autocategorización: El individuo se identifica con distintos grupos (micro culturas) y renegocia de manera constante su identidad. La organización debe promover el refuerzo positivo, la recompensa del trabajo en seguridad, la publicidad de los programas en pro de la seguridad y debe reforzar el autoestima de aquellos que trabajan para desarrollarla, evitando las posibles consecuencias negativas que pudieran derivarse de las barreras para la implantación de la cultura de seguridad.

La ausencia de cultura de seguridad puede implicar que ciertos comportamientos de riesgo se conviertan en normas, por lo que, es crucial el fomento de las prácticas seguras en la organización, evaluando continuamente las consecuencias.

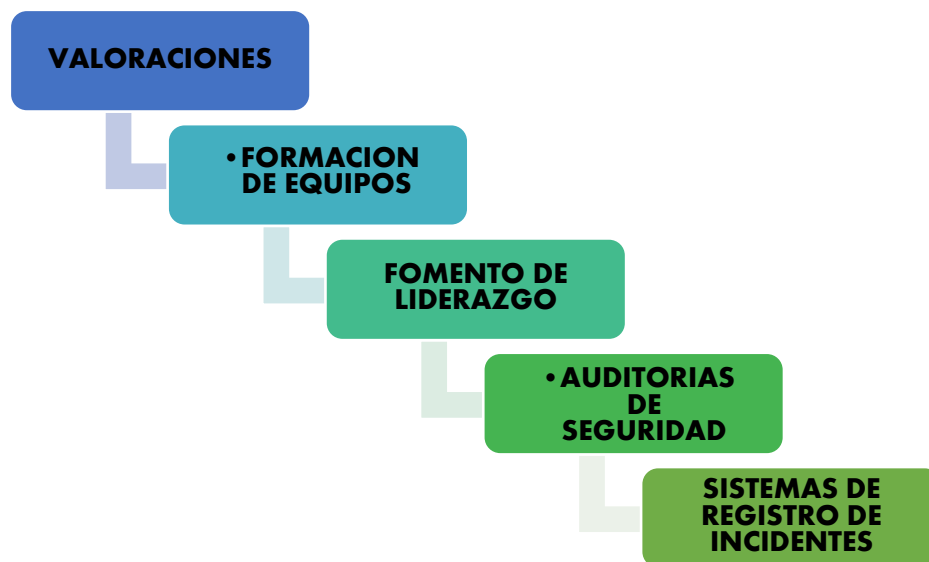
El desarrollo de la cultura de seguridad y el aprendizaje a partir de éxitos y fracasos de implementación de determinadas prácticas seguras es fundamental para conseguir un equilibrio entre la estandarización y el respeto a la autonomía profesional.

Según la National Patient Safety Agency for England and Wales (NPSA) son tres las características necesarias de la cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias:

1. **Abierta:** Se asume el fallo del sistema como origen de los accidentes.
2. **Justa:** No se imponen medidas punitivas.
3. **De aprendizaje:** Interpreta los incidentes como posibilidades de mejora.

Cambiar la cultura de seguridad de una organización es siempre un reto difícil y existen distintas forma de potenciarla, incluyendo:

Figura 1. Formas de potenciar la cultura de seguridad



Fuente: Elaboración propia en base del documento “seguridad del paciente y cultura de seguridad”, 2019, p. 8

Las organizaciones pueden tener distintos grados de madurez de la cultura de seguridad y según el *Manchester Patient Safety Framework* (MaPsaF) existen distintas fases de desarrollo que responden a los siguientes modelos mentales.

Tabla 2. Fases de la cultura de seguridad, Manchester Patient safety framework (MaPsaF)

N°	Fase	Descripción
1	Fase patológica:	“¿a quién le importa la seguridad si no nos pillan?”
2	Fase reactiva:	“hacemos algo cada vez que sucede un evento adverso”
3	Fase calculativa:	“tenemos sistemas para manejo de evento adverso”
4	Fase proactiva:	“nos anticipamos a los problemas de seguridad”
5	Fase generativa:	“tenemos un sistema centrado en la seguridad”

Fuente: Elaboración propia en base del documento “seguridad del paciente y cultura de seguridad”, 2019, p. 8

Este cambio de cultura de seguridad implica un proceso gradual en el que es importante superar distintas etapas. El modelo de Moore (5)

Tabla 3. Fases en el proceso de cambio. Adaptación del modelo Moore

INNOVACIÓN	Líder	Tener una idea innovadora para generar un cambio
	Primer seguidor	Legitimar al líder
DIFUSIÓN	Seguidores tempranos	Dar visibilidad al movimiento y hacerlo inevitable
	ABISMO	

ADOPCIÓN	Mayoría temprana (Pragmáticos)	Adoptar el cambio con pragmatismo
GENERALIZACIÓN	Mayoría tardía (conservadores)	Adoptar el cambio de modo conservador
ASIMILACIÓN	Escépticos	Representar la resistencias a la asimilación total del cambio

Fuente: Elaboración propia en base del documento "seguridad del paciente y cultura de seguridad", 2019, p. 9

ANTECEDENTES DE LA PANDEMIA.

El 31 de Diciembre de 2019, China informo sobre un grupo de casos de neumonía con etiología desconocida.

El 30 de Enero de 2020, el director general de la organización mundial de la salud (OMS) declaro que el brote era una emergencia de salud pública de importancia internacional emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII).

El 28 de febrero se reportan en México 3 casos importados de Italia y se documenta un contacto directo durante una convención de Bérgamo, Italia a partir de esta fecha se establece un plan epidemiológico en México, con el objetivo de reducir la cantidad de casos de infecciones, retrasar el avance de la enfermedad y reducir el número de hospitalizaciones, y es como surge la pandemia por covid-19. (6)

DEFINICIÓN DE SARS-COV-2.

El virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (SARS-CoV-2), causante de COVID-19, se ubica taxonómicamente en la familia Coronaviridae. Esta familia se subdivide en cuatro géneros: Alphacoronavirus, Beta coronavirus, Gamma coronavirus y Delta coronavirus. (7)

El virus SARS-CoV-2 actual no es el primero en ser descrito, de hecho, existen muchos que forman una gran familia de coronavirus, clasificándose en alfa y beta coronavirus que infectan principalmente mamíferos, mientras que la gama y delta coronavirus infectan aves principalmente.

Los coronavirus son una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. En los humanos, se sabe que varios coronavirus causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). El coronavirus que se ha descubierto más recientemente causa la enfermedad por coronavirus COVID-19.

¿QUÉ SON LOS VIRUS Y SU CLASIFICACIÓN?

Los virus son fragmentos de información genética y su genoma puede ser de dos tipos, de ADN o de ARN. En el caso de los primeros la información contenida en el ADN se expresa, en términos simple: ADN → ARN → proteína. Pero cuando el genoma es de ARN, nuevamente pueden ser de dos tipos:

a) Los retrovirus, como el HIV que provoca el SIDA, para el cual la información debe primero convertirse a ADN a través de un proceso por el cual la molécula de ARN sirve de molde para la síntesis de ADN y la subsecuente expresión de los genes virales: ARN → ADN → ARN → proteína.

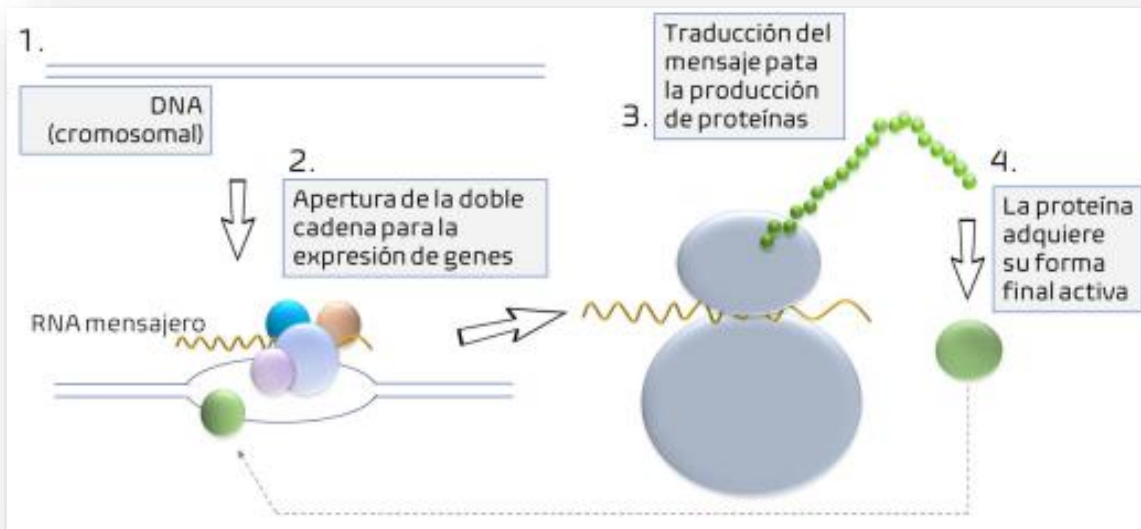
b) Los virus de ARN que pueden ser leídos directamente por los ribosomas ARN → proteína.

Los coronavirus pertenecen a este último caso, en el que al entrar a la célula que infectan su ARN puede inmediatamente dirigirse a los ribosomas para comenzar la síntesis de proteínas. Además, nuevas moléculas de ARN son replicadas usando como molde el ARN con el que se infectó la célula, con lo que se tienen todos los componentes para ensamblar nuevos virus.

Esta es la razón por la que las infecciones por coronavirus ocurren muy rápidamente. El virus que actualmente está causando la pandemia se denomina técnicamente 2019-nCov o HCov-19 o SARS-CoV-2 (no confundir con SARS-CoV).

De los coronavirus que atacan al hombre, los más conocidos por causar epidemias previas a COVID-19 fueron el SARS-CoV que en 2003 provocó un síndrome agudo respiratorio severo y de allí su nombre (SARS por Severe Acute Respiratory Syndrome), y MERS-CoV que en 2013 afectó la región de Arabia Saudita provocando también un síndrome respiratorio conocido como MERS (por Middle East Respiratory Syndrome).

Figura 2. Descripción de las etapas de síntesis de proteínas



Fuente: Coronavirus, diagnóstico y estrategias epidemiológicas contra COVID-19 en México. 2020, p.3.

REPLICACIÓN

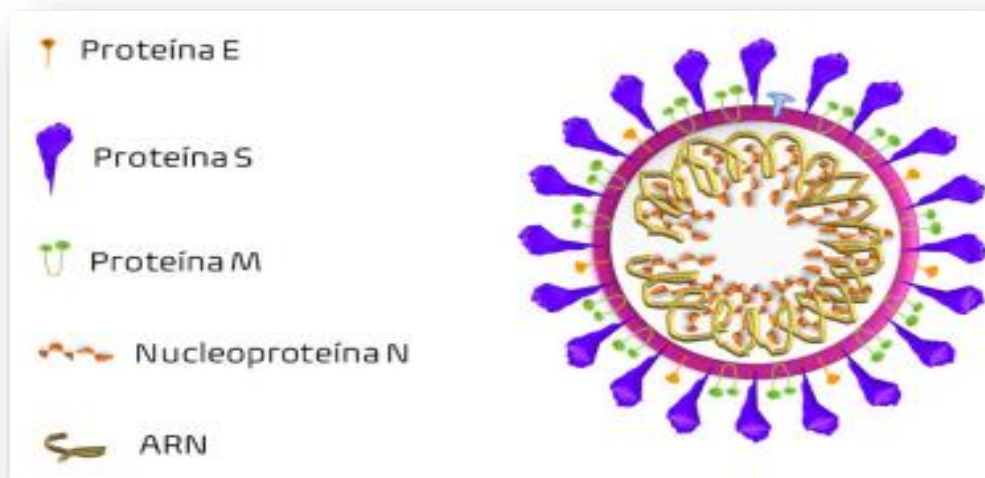
El genoma de SARS-CoV-2 consiste en aproximadamente 30,000 nucleótidos lineales de ARN, con marcos abiertos de lectura para 27 proteínas, de las cuales cuatro forman parte de su estructura: la proteína S (por spike en inglés), la E de envoltura, la M de membrana y la N de nucleoproteína.

Otras 16 proteínas no estructurales tienen la función de replicar (es decir, hacer más copias del RNA viral), mientras que el resto son proteínas con funciones accesorias.

Se sabe que de las proteínas estructurales de SARS-CoV-2, la espiga (o proteína S) es la encargada de interactuar fuerte y específicamente con otra proteína localizada en célula a la que infecta. Esta proteína celular que en condiciones donde no hay infección tiene

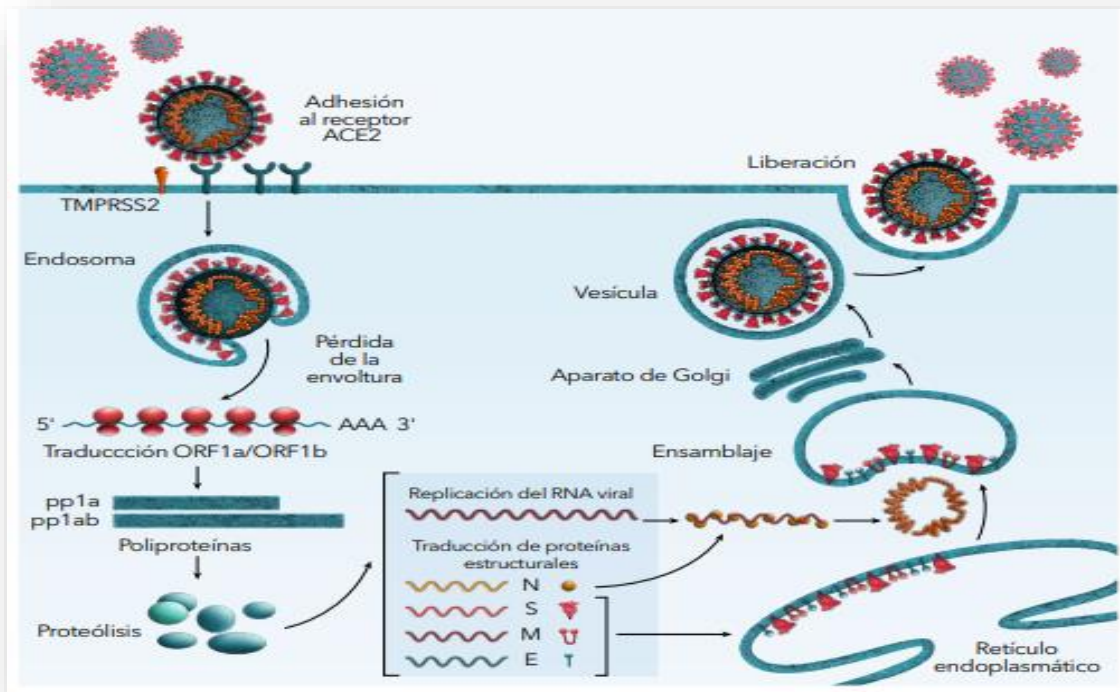
funciones que en muchas ocasiones consisten en interactuar con otras proteínas, es conocida con el nombre de receptor. Cuando el virus entra en el organismo, solo las células que tienen el receptor adecuado capaz de interactuar con la espiga son susceptibles a ser infectadas y comenzar el ciclo replicativo.

Figura 3. Estructura de SARS-CoV-2



Fuente: Coronavirus, diagnóstico y estrategias epidemiológicas contra COVID-19 en México. 2020, p.4.

Figura 4. Replicación del SARS-CoV-2.



Fuente: Coronavirus, diagnóstico y estrategias epidemiológicas contra COVID-19 en México. 2020, p.5.

TIPOS DE PRUEBAS PARA LA DETECCIÓN DEL CORONAVIRUS.

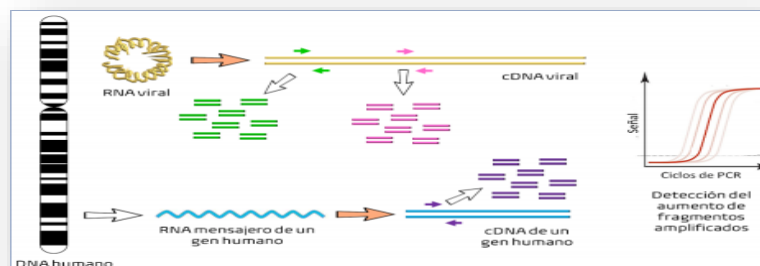
Para llevar a cabo la prueba de COVID-19 se necesita un laboratorio que cuente con las medidas de seguridad para la toma de muestras de los pacientes, buscando evitar la contaminación de los trabajadores. Esto implica trabajar en áreas restringidas y con equipo de protección personal como guantes, cubrebocas N95, batas desechables, lentes de protección que sellan y protegen de la entrada de virus por los ojos, y usar campanas de seguridad biológica para llevar a cabo las reacciones de detección.

La prueba diagnóstica identifica secuencias presentes únicamente en el genoma de SARS-CoV-2 mediante la técnica de PCR (reacción en cadena de la polimerasa) basada en la producción de millones de fragmentos de DNA que pueden ser detectados al momento que se sintetizan; a este proceso se le llama amplificación. Debido a que la amplificación de la zona seleccionada es delimitada por pequeñas moléculas con la secuencia complementaria al DNA que se desea analizar, la reacción es altamente específica solo para dicha región.

La muestra clínica contiene ADN y ARN humanos y el ARN viral. Para llevar a cabo el PCR de estas muestras es necesario que el RNA total (viral y humano) sea primero convertido a ADN, por lo que es necesario una reacción previa conocida como retrotranscripción, en la que el ARN sirve como molde para sintetizar en el tubo de ensaye las correspondientes moléculas de ADN complementario (o ADNc). A partir de ADNc se puede hacer la reacción de PCR.

Al día de hoy el diagnóstico de COVID-19 se debe realizar a través de métodos moleculares, vigilando el cumplimiento de la etapa preanalítica con la finalidad de minimizar los falsos negativos. Las técnicas que detectan antígenos son prometedoras, pero falta evaluación local. Las pruebas serológicas que logran un desempeño satisfactorio serán de utilidad para pacientes con síntomas respiratorios pero que no consultan en la fase inicial o aguda. Y, en un futuro, van a ser fundamentales para conocer el estatus inmunitario de la población. (8)

Figura 5. Proceso de detección de SARS-CoV-2 en muestras humanas.



Fuente: Coronavirus, diagnóstico y estrategias epidemiológicas contra COVID-19 en México. 2020, p. 7.

Tabla 4. Algunas pruebas Comerciales para la detección rápida de SARS-CoV-2. Según Sheridan C. (2020)

Desarrollador	Nombre de la Prueba	Descripción	Estatus
Guangzhou Wondfo Biotech (Guangzhou, China)	Análisis de anticuerpos: Wondfo SARS-CoV-2	Inmunoensayo de 15 minutos para detector anticuerpos IgM e IgG dirigidos contra SARS-CoV-2	National Medical Products Administration EUA in China; CE mark in Europe
Innovita Biological Technology	Análisis de anticuerpos: SARS-CoV-2	Inmunoensayo de 15 minutos para detector anticuerpos IgM e IgG dirigidos contra SARS-CoV-2	National Medical Products Administration EUA in China
Jiangsu Medomics Medical Technologies (Nanjing, China)	Juego de anticuerpos combinados (IgM/IgG) para la detección rápida de SARS-CoV-2	Inmunoensayo de 15 minutos para detector anticuerpos IgM e IgG dirigidos contra SARS-CoV-2	En tránsito
Mammoth Biosciences	SARS-CoV-2 DETECTR	Ensayo de 30 minutos	En estudios de validación
Pharmact (Berlin)	Prueba rápida de SARS-CoV-2	Prueba de 20 minutos para identificar anticuerpos IgG e IGM contra SARS-CoV-2, en el punto de atención al paciente	Aprobado, en tránsito
Snibe Diagnostic (Shenzhen, China)	MAGLUMI 2019-nCoV IgM/IgG	Inmunoensayo rápido automatizado que requiere el sistema de quimioluminiscencia MAGLUMI	Usado en Europa
Sona Nanotech (Halifax, Nova Scotia)	Prueba rápida de detección de antígeno de SARS-CoV-2	Prueba que detecta un dominio S1 de la proteína S de SARS-CoV-2	Desarrollo del ensayo y validación con GE Healthcare Life Sciences, en marcha
Sherlock Biosciences, Cepheid	Prueba rápida basada en CRISPR para detectar SARS-CoV-2 y otros patógenos	Combina las enzimas SHERLOCK Cas12 and Cas13 para la detección de ácidos nucleicos con los instrumentos de procesamiento Cepheid's GeneXpert	Diseñado como prueba de concepto para una amplia alianza de desarrollo de productos en enfermedades infecciosas

Fuente: Coronavirus, diagnóstico y estrategias epidemiológicas contra COVID-19 en México. 2020, p.8.

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.

Un resultado negativo un día no garantiza que en las semanas posteriores no ocurra la infección. Entonces es entendible que sea más conveniente tener un estimado del número de casos que existen en el país. A este número estimado se le conoce como carga de enfermedad en la población y durante los próximos meses estaremos oyendo sobre este parámetro casi todos los días que duré la contingencia por COVID-19.

La mayoría de las personas infectadas con COVID-19 desarrollará una enfermedad respiratoria. La enfermedad puede afectar significativamente a las personas mayores y a las con enfermedades subyacentes como diabetes, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer, obesidad y enfermedades cardiovasculares enfermedad, e incluso podría provocar la muerte, lo que sin duda supone una carga para los sistemas de salud, unidades de cuidados intensivos (UCI). (9)

La vía de transmisión entre humanos se considera similar al descrito para otros coronavirus a través de las secreciones de personas infectadas, principalmente por contacto directo con gotas respiratorias de más de 5 micras (capaces de transmitirse a distancias de hasta 2 metros) y las manos o los fómites contaminados con estas secreciones seguido del contacto con la mucosa de la boca, nariz u ojos.

Los pilares más importantes para la prevención de la enfermedad son: tomar las medidas necesarias para detener la transmisión persona a persona, lograr una atención diferenciada a los grupos de riesgo, una correcta realización de la historia epidemiológica de pacientes confirmados con el fin de identificar y neutralizar los focos de propagación y lograr que la población se una al sistema de salud para combatir esta enfermedad. (10)

Actualmente, ningún sistema de salud en el mundo tiene la capacidad suficiente para tratar a estos pacientes en sus UCI y unidades de cuidados intermedios ni el personal necesario (médicos, enfermeras y terapeutas respiratorios) y equipos (ventiladores y monitores). En otras palabras, ningún país es preparados para afrontar una pandemia de estas dimensiones adoptó fielmente las siguientes medidas sanitarias:

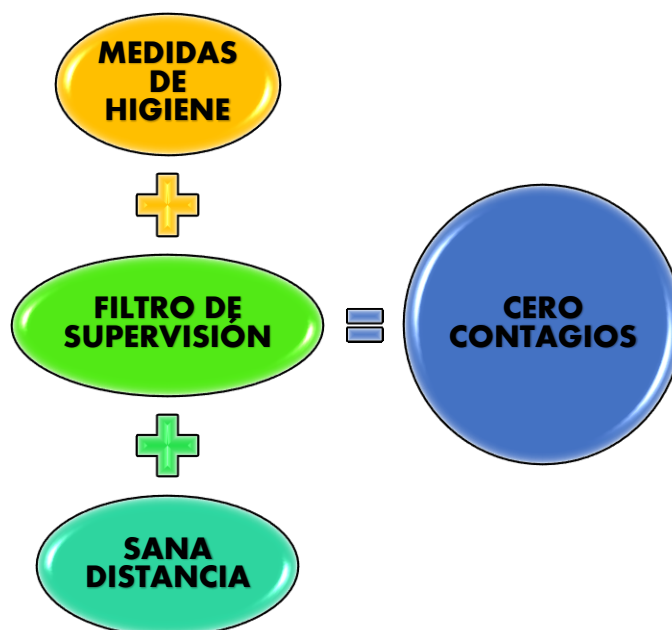
Fase de contención: lavado de manos frecuente, físico distancia de al menos 1,5 metros, limitación de apiñamiento lugares públicos (no más de 10 personas), e implementación de protocolos de aislamiento que incluyeron el cierre de escuelas, colegios, universidades, bares, entretenimiento sitios, entre otros.

Fase de mitigación: cuando el virus comenzó a circular en la población (no en el aire sino a través de rutas de contacto), la decisión fue más drástica: la movilidad de las personas fue restringida. Se solicitó una disposición completamente limitada y máxima para cumplir con las medidas.

Estas medidas disminuyen la velocidad de transmisión o contagio, reducen la sobredemanda de servicios de atención médica y el número de casos; su objetivo central es incrementar la protección a los grupos en mayor riesgo y vulnerabilidad (11)

Estas medidas de mitigación son:

Figura 6. Medidas de mitigación.



Fuente: Elaboración propia en base del documento, Lineamiento general para la mitigación y prevención de COVID-19 en espacios públicos abiertos.2020, p.6.

PREGUNTA CIENTÍFICA

¿Cuál es el impacto que tiene la pandemia en la cultura de seguridad del paciente?

OBJETIVO: Realizar una revisión bibliográfica crítica sobre la importancia e impacto de la cultura de seguridad del paciente ante una pandemia provocada por la COVID- 19.

METODOLOGÍA

DISEÑO: Se realizó una revisión sistemática de documentos de páginas web dedicadas a la pandemia por covid-19, así como de revisiones sistemáticas y artículos científicos sobre cultura de seguridad del paciente.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA: En primer lugar se identificaron las palabras clave que posteriormente se utilizarían para establecer la estrategia de búsqueda. Estas palabras claves fueron las siguientes: cultura de seguridad del paciente, cultura y covid-19, cultura de seguridad del paciente en tiempos de covid-19.

La búsqueda fue aplicada en dos bases de datos y un buscador: Dialnet (Tabla 5) Google y Google scholar (Tabla 6). Por último, se realizó la suma de artículos de las bases de datos (Tabla 7).

Tabla 5. Estrategia de búsqueda aplicada en Dialnet y número de artículos correspondiente.

	Palabra clave	Número de artículos
1	Cultura de seguridad del paciente	377
2	Filtro (artículos de revista)	256
3	Relación con el tema	20
4	revisados	11
5	Utilizados	3
1	Cultura y covid-19	86
2	Filtro (artículos de revista)	81
3	Relación con el tema	1
4	Revisados	1
5	Utilizados	1

Fuente: Elaboración propia con datos arrojados de la base de datos Dialnet.

Tabla 6: Estrategia de búsqueda aplicada en Google, Google scholar y número de artículos correspondiente.

	Palabra clave	Número de artículos
1	Cultura de seguridad del paciente en tiempos de covid-19	2,720
2	Filtro (año 2017- 2020)	1,720
3	Relación con el tema	20

4	revisados	18
5	Utilizados	9
	GOOGLE	
1	Cultura de seguridad del paciente en tiempos de covid-19	14,600
2	Filtro (año 2020)	20
3	Relación con el tema	10
4	Revisados	4
5	Utilizados	4

Fuente: Elaboración propia con datos arrojados de la base de datos google y google scholar.

Tabla 7: Resultado de artículos que tuvieron relación con el tema.

Base de datos	Artículos	Total
Dialnet	12	34
Google scholar	18	
Google	4	

Fuente: Elaboración propia de la suma de los artículos encontrados en las base de datos

Con las tablas anteriores nos ayudan a llevar un mejor control de los artículos encontrados en las diferentes bases de datos utilizadas y que puedan ser consultadas.

La estrategia de búsqueda se inició el día 01 de octubre del 2019 y concluyó el 02 de Marzo del 2021.

Estrategia de selección de artículos

Una vez terminada la búsqueda en las bases de datos y obteniendo 34 artículos como resultado, se aplicaron los siguientes filtros en cada búsqueda: idioma fuera castellano,

inglés y los años (2017 - 2020). Seguidamente se descartaron artículos mediante los criterios de inclusión y exclusión de la Tabla 8.

Tabla 8: Criterios de inclusión y exclusión de artículos.

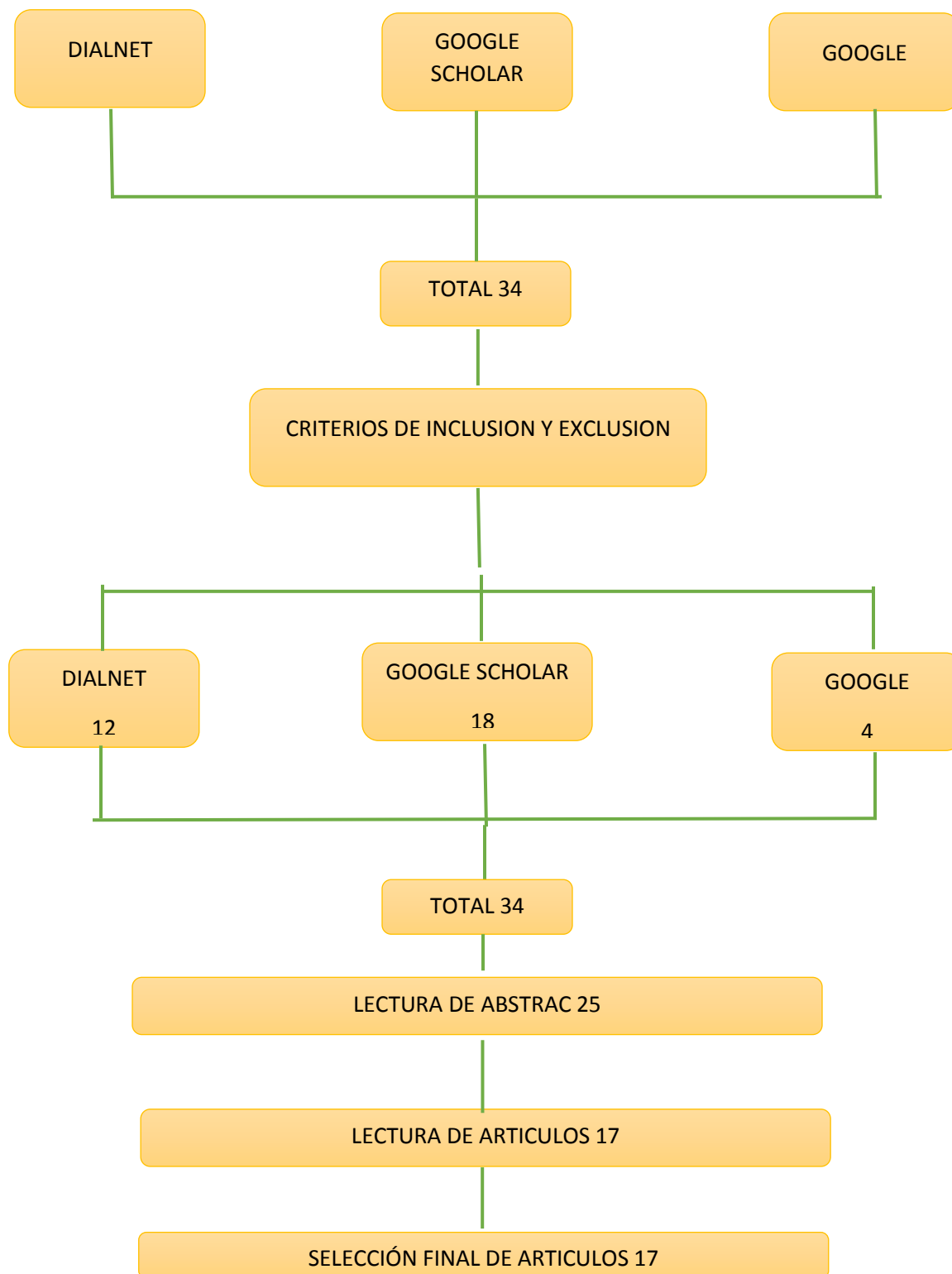
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículo científico	Fecha de publicación antes del 2016
Página web	Ámbito de atención primaria
Fecha de publicación (2017-2020)	Eventos adversos
Idioma: castellano e Ingles	
Cultura de seguridad del Paciente que incluya profesionales de la salud: Enfermeras (os)	

Fuente: Elaboración propia en base a los artículos encontrados.

Después de aplicar los filtros y los criterios de inclusión y exclusión se obtiene un total de 17 artículos. A continuación, se leyó el abstract de cada uno de ellos, y posteriormente se realizó una lectura completa de cada uno que concluyó con la selección de todos los artículos (Figura 8).

Algoritmo de selección de artículos.

Figura 7. Algoritmo de selección de artículos.



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de las tablas 5,6 y 7.

Tabla 9. Descripción de artículos

ARTÍCULO	DESCRIPCIÓN
<p>Cultura de seguridad del paciente: percepción de los profesionales de enfermería en instituciones de alta complejidad</p> <p>Sanchis D, Haddad M, Girotto E&S. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. Brasileira. 2020 Julio; 73(5).</p>	<p>A partir del Programa Nacional de Seguridad del Paciente se implementa la cultura de seguridad del paciente como estrategia.</p> <p>Se dice que Las organizaciones con una cultura de seguridad fortalecida se caracterizan por una buena comunicación entre profesionales, confianza mutua y percepciones compartidas sobre la importancia y efectividad de las acciones preventivas además de ser es una importante estrategia de gestión de servicios que favorece la implementación de prácticas seguras.</p> <p>El presente estudio puede contribuir a la valoración relacionada con tres hospitales de alta complejidad, divergentes en sus particularidades de atención y percepciones de los profesionales del equipo de enfermería que brindan atención directa al paciente.</p> <p>Las tres instituciones de salud de servicio de enfermería es coordinado por una enfermera teniendo a su cargo población de técnicos y auxiliares en enfermería las</p>

	<p>dimensiones de la cultura de seguridad del paciente se midieron a través del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC).</p> <p>Las respuestas positivas a las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente en las tres instituciones hospitalarias se clasificó como débil siendo que “Apertura a la comunicación” es considerada debilitada La baja frecuencia de notificación de eventos adversos por parte de las enfermeras sugiere una cultura punitiva. La dimensión “Traslados y desplazamientos internos” fue débil</p> <p>Para el desarrollo de la cultura de seguridad es fundamental la existencia de estandarización de la información siendo una cultura debilitada.</p>
<p>Cultura de seguridad del paciente según profesionales de enfermería de un hospital acreditado</p>	<p>Los estudios sobre la cultura de seguridad del paciente presentan diferentes visiones y sus resultados en ocasiones reflejan la percepción de una categoría profesional.</p> <p>Se identificó las diferencias entre turnos, categoría profesional y unidades. Encontrando la dimensión de aprendizaje</p>

Melo E, Balsanelli A, Neves V&B. Patient safety culture according to nursing professionals of an accredited hospital. Gaúcha. 2020 Noviembre; 41.

organizacional y mejora continua, para el estudio 861 profesionales de enfermería. Se consideró un área fuerte (77%) y se consideraron las dimensiones de adecuación personal (47%), turno / turno y transferencia (47%) y respuesta de error no punitiva (25%) frágil. Se dice que La acreditación permite desarrollar acciones encaminadas a mejorar la calidad, haciendo de la seguridad del paciente parte de la cultura corporativa y el equipo de enfermería tiene una gran influencia en el éxito de su implementación, los participantes ,el grado de calidad como excelente puede ser interpretado como una comprensión insuficiente de las dimensiones por parte del equipo investigado; y también porque la investigación se realizó en una sola institución y sus resultados no permiten generalizaciones, lo que impone nuevos estudios sobre este tema.

Impacto de la implementación de una estrategia de calidad sobre la cultura de seguridad del paciente

Después del informe To err is Human, se creyó necesario medir la cultura de seguridad y la posible modificación de la misma en los profesionales de enfermería. Analizar el impacto de la implementación

Abellan RM. Impacto de la implementación de una estrategia de calidad sobre la cultura de seguridad del paciente. Universitat de Barcelona. 2018.

de una estrategia de calidad sobre la actitud de los profesionales, la cultura de seguridad, en función del género, de la categoría profesional, de los años de experiencia en la institución.

Los sujetos de estudio fueron los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería, en el Hospital Survey Patient on Safety Culture, siendo que el trabajo en equipo en la unidad/servicio” se comportó como una fortaleza con más de un 75%, Dotación de personal” se comportó como una de las debilidades o puntos de mejora con más de un 50% de respuestas negativas,, Soporte desde dirección/gerencia para la seguridad del paciente” sin llegar a comportarse como una debilidad, recibió un porcentaje de respuestas positivas inferior al 40%, Soporte desde dirección/gerencia para la seguridad del paciente” sin llegar a comportarse como una debilidad, recibió un porcentaje de respuestas positivas inferior al 40%

La implementación de una estrategia de calidad modifica positivamente la actitud respecto la cultura de seguridad en los profesionales.

COVID 19: Habilidades en seguridad del paciente y mejora de calidad a desplegar en la tormenta.

Staines A, Amalbert R, Charles A, Berwick D, Lachaman P. COVID 19: Habilidades en seguridad. International Journal for Quality in Health Care. 2020; 1(3).

Con muy poco tiempo para reflexionar sobre el papel a asignar a sus expertos en seguridad del paciente y mejora de la calidad. Estos profesionales tienen una acabada comprensión de la teoría de sistemas, de la complejidad de los sistemas de atención, de los factores humanos y teorías de confiabilidad, una estrategia de cinco pasos y acciones a través de las cuales las personas que se dedican a mejorar la calidad de atención y la seguridad de los pacientes, pueden contribuir significativamente durante la pandemia.

- FORTALECER E SISTEMA Y EL ENTORNO DE ATENCION (check list) (just in time)
- COMPROMISO CON LOS CIUDADANOS (Optimice la política de visitas)
- TRABAJO CONSTANTE (MEJORAR LA ATENCION CLINICA)(organización destinada a separar el flujo de pacientes)

	<ul style="list-style-type: none"> • REDUCIR DAÑOS(“Balcon du Jura”) AUDITORIA FEEDBACK • IMPULSAR Y AMPLIAR EL SISTEMA DE APRENDIZAJE (cultura de aprendizaje)
<p>Sham analiza el impacto de la Covid-19 en el sector sanitario</p> <p>Grupo Aseguranza El Portal de los Profesionales. [Online].; 2020 [cited 2020 Septiembre 24].</p>	<p>El impacto de la pandemia en el sector sanitario en aspectos como los cuidados, medicación, gestión clínica y diagnóstica, así como la seguridad profesional en lo que respecta al riesgo de segundas víctimas.</p> <p>Santiago Tomás, Director de Fidisp, ha presentado los siguientes conclusiones: se ha detectado una previa falta de "cultura de seguridad del paciente" entre los profesionales y organizaciones, que ha incidido en el devenir de la pandemia;</p> <p>Saturación en algunos de sus recursos, lo que conlleva un impacto personal en los sanitarios, que repercute en la seguridad de los propios profesionales y la seguridad del paciente. Esta emergencia sanitaria también ha conllevado un cambio en el paradigma habitual, conformando ahora equipos multidisciplinares en los que cobra especial relevancia una comunicación efectiva y la utilización de recursos, como</p>

	<p>el CRM (Crisis Resource Management) para abordar futuras situaciones de crisis similares".</p>
<p>La epidemia Covid-19 ha puesto en evidencia los grandes agujeros del queso gruyere que tienen las estrategias de seguridad del paciente</p> <p>Santiago T. FidiSP. [Online].; 2020 [cited 2020 Octubre 10.</p>	<p>Estamos viviendo una situación insólita, con un número elevadísimo de personas afectadas, falta de material de protección y de equipamientos suficientes para atender a los pacientes, necesidades elevadas de consumos de fármacos y con riesgos de desabastecimientos que amenazan en diversas zonas.</p> <p>Tres condiciones latentes que estaban escondidas y que han surgido quitándose el antifaz y descubriendo la cruda realidad déficits organizativos de los sistemas sanitarios, el número de profesionales sanitarios, insuficientes a todas luces una población que confiaba en el sistema, tomar decisiones éticamente muy difíciles para poder salvar el máximo número de vidas de una sociedad.</p> <p>La primera reflexión que pasa por la cabeza de uno es dónde queda el concepto de “crear una cultura de seguridad del paciente en los profesionales y organizaciones” y “desarrollar e implantar prácticas clínicas seguras”</p>

	<p>La infección por el Covid-19 es una consecuencia clara del fiasco de estos mensajes y de estas estrategias; tomemos como ejemplo el lavado de manos: campañas que todas las organizaciones han fomentado sin éxito, gastándose miles de millones de euros anuales en todos los países, sin la valentía de evaluaciones periódicas e incluso sin atreverse a penalizaciones a las organizaciones y profesionales por no cumplirlas.</p>
<p>Cultura organizacional y satisfacción laboral del personal en tiempos del COVID-19.</p> <p>Orihuela L, Mercedes E. repositorio.ucv.edu.pe. [Online].; 2020 [cited 2021 Febrero 26.</p>	<p>Hoy, la cultura organizacional y la satisfacción laboral, son el objeto de la creatividad e innovación y la fuente del éxito del trabajo institucional. Obviamente, lo que está midiendo el personal es una respuesta forzada por el entorno actual cambiante y comprometido socialmente con la vida humana. La organización que antes de las circunstancias en que vivimos, no era más creativa ni innovadora y que entro en colapso en términos inmediatos con el Covid-19, se convirtió en incapaz incluso de identificarse cultural y organizacionalmente ella misma. Los medios para alentar y fomentar creatividad e innovación son de procedencia individual</p>

	<p>y colectiva, con una nueva perspectiva general del trabajo institucional.</p>
<p>Seguridad del paciente, un problema vigente y actual.</p> <p>Díaz C , Braem V, Giuliani A, Restelli E. Seguridad del paciente, un problema vigente y actual. Medwave. 2019; 14(3).</p>	<p>La implantación de una cultura de seguridad lleva a un cambio de hábitos en todos los procesos y centros de responsabilidad. Los elementos que se incorporan como insumos de procesos son la implementación de chequeos, paquetes de seguridad, identificación de pacientes y la mejora de la comunicación entre los integrantes del equipo asistencial, enfermos y familiares. La idea es transmitir los riesgos en forma específica para cada paciente y en cada contexto explicando por qué y qué se realizará, quedando plasmado en un consentimiento esclarecido y no sólo informado. Este ambiente de seguridad genera confianza en los procesos operativos, en los usuarios, sus familias, los especialistas del equipo y en los profesionales contratados.</p>
<p>Recomendaciones de seguridad del paciente para el brote epidémico de covid-19</p> <p>Regina M, Tanzini M, Fineschi V, Venneri F, Toccafondi G, Lachman P, Tartaglia R.</p>	<p>Nos habla del proceso para describir la organización del sistema de trabajo de acuerdo con el enfoque de Factores Humanos.</p>

<p>isqua.org. [Online].; 2020 [cited 2021 Febrero 26.</p>	<p>La International Society for Quality in Health Care (ISQua) tiene el honor de publicar algunas recomendaciones que van desde sistema de trabajo y la organización en pacientes como caso sospechoso, positivo y alta hospitalaria así como la ayuda psicológica.</p>
<p>Comunicación de malas noticias en el ámbito sanitario en tiempos de covid-19. La comunicación telefónica</p> <p>Alvarez A I. Comunicación de malas noticias en el ámbito sanitario en tiempos de COVID-19. Revista de Comunicación y Salud. 2020 Septiembre; 10(2).</p>	<p>A la hora de comunicar una mala noticia, a los miedos ya existentes en el profesional, se le añade una formación deficiente que no le aporta suficientes recursos de afrontamiento ni un adecuado entrenamiento en habilidades de comunicación que le capaciten para un desarrollo óptimo de este cometido. Este hecho aumenta los niveles de estrés y ansiedad en el personal sanitario, restando eficacia a la tarea, lo que acaba repercutiendo en su autoconfianza y seguridad para futuras comunicaciones y puede influir en la aparición de problemáticas como el burnout</p>
	<p>La bioseguridad es indispensable en cualquier preparación o realización de procedimientos, los cuales no solo</p>

<p>Bioseguridad en la prestación de servicios del personal sanitario en tiempos de COVID-19</p> <p>Mero http://repositorio.unesum.edu.ec/. [Online].; 2020 [cited 2021 Febrero 26].</p>	<p>C.</p> <p>contribuyen a la seguridad del personal de salud sino también a la de los pacientes la importancia del correcto uso del equipo de protección personal, ya que estos insumos son indispensables para disminuir el riesgo de contagio por Covid-19 y proteger la salud tanto del paciente como del profesional.</p>
<p>Acciones desarrolladas para avanzar en seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud español</p> <p>Prieto N, Torijano M, Solves M, Bueno M, Perez P, Astier P. Acciones desarrolladas para avanzar en seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud español. Elsevier. 2019 Noviembre-Diciembre; 34(6).</p>	<p>No hay relación con el tema principal ya que trata de la colaboración con las comunidades autónomas (CC. AA.) Para evitar un evento adverso siendo el reto involucrar líderes de las organizaciones sanitarias, sociedades científicas y asociaciones profesionales, autoridades sanitarias nacionales y autonómicas.</p>
<p>Lineamientos bioéticos ante la pandemia por sars-cov-2</p> <p>Marín A, Zamora D, Rodriguez S. ccss.sa.cr. [Online].; 2020 [cited 2021 Marzo 01.</p>	<p>Estos son tiempos de mostrar actitudes éticas que transformen a las personas y a las sociedades, haciéndolas mejores, en el marco de una ciudadanía activa que promueva la plena vigencia de la igualdad y</p>

	<p>los derechos de todas las personas. El lineamiento rige a partir de su publicación en el webmaster y hasta que exista una nueva versión de este. Para maximizar en situaciones de crisis, mediante los principios bioéticos “El principio de no maleficencia”</p>
<p>Histopatología contribuyendo a la seguridad del paciente.</p> <p>Araya J C. Histocitopatología panamericana: contribuyendo. Revista Chilena de Seguridad del Paciente. 2020; 3(2).</p>	<p>De acuerdo con la propia definición de la seguridad del paciente, esta es una disciplina que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los perjuicios a los pacientes en los centros sanitarios, y cuyo objetivo es el de prevenir y reducir los riesgos, errores y efectos indeseados que sufren estos durante la prestación de la asistencia sanitaria, con la mejora continua.</p>
<p>¿Cuáles son las medidas de prevención contra el Novel Coronavirus (COVID-19)?</p> <p>Hernandez H, Ramiro M , Trejo R. ¿Cuáles son las medidas de prevención contra el Novel Coronavirus (COVID-19)? Revista Latinoamericana de infectología pediátrica. 2020; 1(33).</p>	<p>Es importante que las autoridades ejerzan su liderazgo al conocer perfectamente esta información y apoyen la gestión de recursos, para que los programas de prevención se realicen en cada institución de salud en forma apropiada, buscando esa cultura de seguridad de cada uno de los que trabajamos en las instituciones de</p>

	<p>salud para hacer frente a estas emergencias.</p> <p>Siendo el primer plano la seguridad es para todos.</p>
<p>Gestión del Talento Humano y Satisfacción Laboral en la Gerencia Regional de Salud La Libertad, en tiempos COVID-19.</p> <p>Espinoza S M. repositorio.ucv.edu.pe. [Online].; 2020 [cited 2021 Marzo 02.</p>	<p>La Satisfacción Laboral está basada en la comprensión de los factores que los individuos contraponen a través de la evaluación de sus expectativas y percepciones sobre su actuar institucional.</p> <p>Los planes de desarrollo para el manejo del talento humano, de acuerdo a escenarios preconcebidos, sigue interrumpido indefinidamente. Solo se atina a emitir normas y medidas para la prevención y control interno del personal, pero que no encuentran una correspondencia real con el manejo y la dirección que toman, por ejemplo, los liderazgos internos, quedando demostrado que el impacto del Covid-19 sobre la gestión del talento humano, excede la capacidad operativa de las instituciones en salud en esta área.</p>

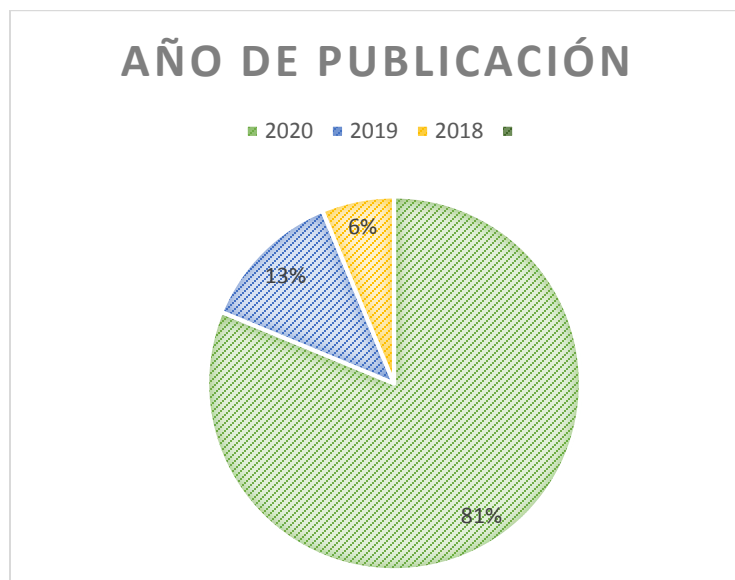
Fuente: Elaboración propia con la recolección de los artículos encontrados.

RESULTADOS BIBLIOMÉTRICOS

De los 17 artículos seleccionados, la mayoría fueron publicados en 2020 (81%) con un total de trece artículos, seguido del año 2019 (13%) con dos artículos y por último, el año 2018 con el 6 % que consta de un artículo. Ninguno de los artículos seleccionados fue publicado en el año 2017.

En la Figura 6 se puede observar de manera gráfica el porcentaje de los artículos según año de publicación.

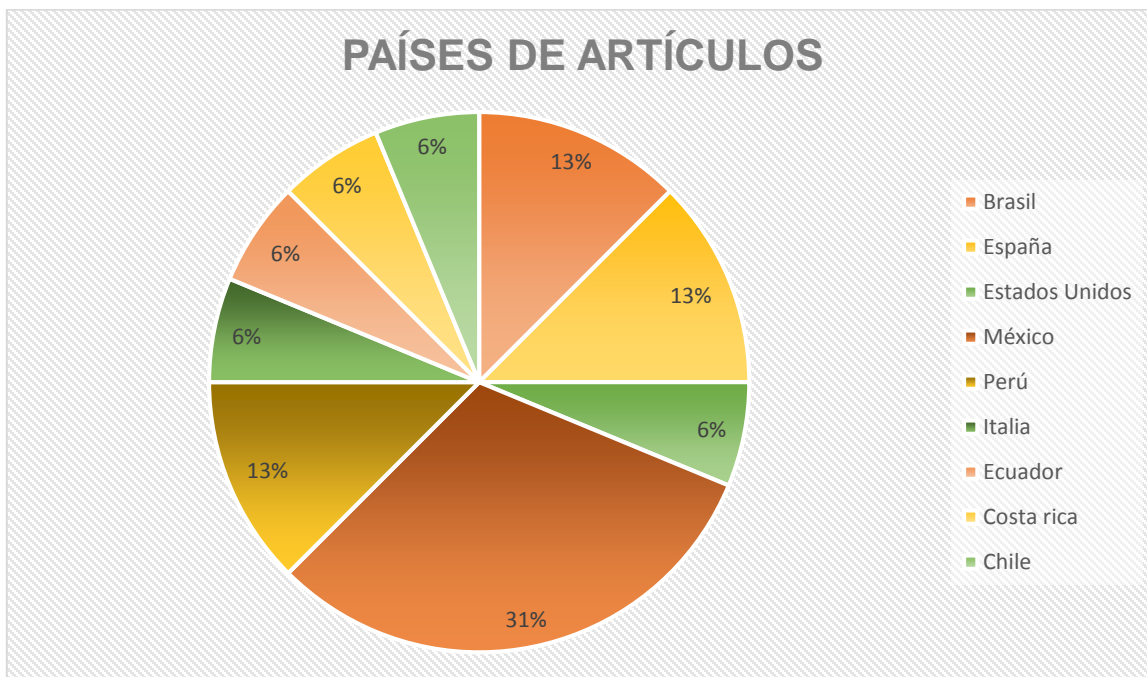
Grafica 1. Porcentaje de artículos según año de publicación.



Fuente: Datos de la tabla 9. Descripción de artículos.

Los países en donde más se publicaron los artículos seleccionados son México con un 31%, seguido de España, Brasil y Perú con un 13%, por último Estados Unidos, Italia, Ecuador, Costa Rica y Chile con un 6%. Y por cada país se reportan de tres dos y uno artículos.

Grafica 2. Porcentaje de artículos según país de publicación.



Fuente: Artículos seleccionados

En lo que respecta al tipo de estudio, la revisión sistemática, fue de estudio descriptivo, cuantitativo cuentan con un 50% (9 artículos) cada uno, seguidos de redacción de noticias páginas web confiable con 25% (4 artículos) y por ultimo de tipo explicativo con 25% (4) artículos por cada tipo de estudio.

Grafica 3. Porcentaje del tipo de estudio



Fuente: Datos obtenidos de la tabla 8.

Tabla 10. Artículos según tipo de estudio.

Nombre	Año	País	Tipo de estudio
Cultura de seguridad del paciente: percepción de los profesionales de enfermería en instituciones de alta complejidad	2020	Brasil	Descriptivo Cuantitativo
Cultura de seguridad del paciente según profesionales de enfermería de un hospital acreditado	2020	Brasil	Descriptivo transversal
Impacto de la implementación de una estrategia de calidad sobre la cultura de seguridad del paciente	2018	España	Descriptivo Longitudinal

COVID 19: Habilidades en seguridad del paciente y mejora de calidad a desplegar en la tormenta.	2020	USA	Noticia
Sham analiza el impacto de la Covid-19 en el sector sanitario	2020	México	Noticia
La epidemia Covid-19 ha puesto en evidencia los grandes agujeros del queso gruyere que tienen las estrategias de seguridad del paciente	2020	México	Noticia
Cultura organizacional y satisfacción laboral del personal en tiempos del COVID-19.	2020	Perú	Descriptivo
Seguridad del paciente, un problema vigente y actual.	2019	México	Descriptivo
Recomendaciones de seguridad del paciente para el brote epidémico de covid-19	2020	Italia	Explicativo
Comunicación de malas noticias en el ámbito sanitario en tiempos de covid-19. La comunicación telefónica	2020	México	Descriptivo
Bioseguridad en la prestación de servicios del personal sanitario en tiempos de COVID-19	2020	Ecuador	Explicativo
Acciones desarrolladas para avanzar en seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud español	2019	España	Explicativo
Lineamientos bioéticos ante la pandemia por sars-cov-2	2020	Costa Rica	Descriptivo
Histopatología contribuyendo a la seguridad del paciente.	2020	Chile	Descriptivo
¿Cuáles son las medidas de prevención contra el Novel Coronavirus (COVID-19)?	2020	México	Explicativo

Gestión del Talento Humano y Satisfacción Laboral en la Gerencia Regional de Salud La Libertad, en tiempos COVID-19.	2020	Perú	Descriptivo
--	------	------	-------------

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de la tabla 9.

La tabla 10 en relación a la investigación nos permite resumir el contenido de las características principales de los artículos para poder realizar nuestras graficas

Consideraciones éticas

Debido a la tipología de este trabajo, no se ha considerado necesaria la realización de ningún consentimiento informado, ya que por motivos de la contingencia no se pudo llevar a cabo la realización de cuestionarios para los pacientes, cuidando nuestra seguridad y la de los pacientes, toda la información ha sido extraída de artículos ya publicados por otros autores.

RESULTADOS

A continuación, se presentarán los resultados de la revisión de la literatura sobre la cultura de seguridad del paciente y la relación que tiene con la pandemia por covid-19.

Los temas principales que se van a tratar son: Cultura de seguridad del paciente, la relación e impacto durante la pandemia por coronavirus y estrategias que se implementan.

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

En el primer artículo que lleva por título “Cultura de seguridad del paciente según profesionales de enfermería de un hospital acreditado”, por Eliana Melo nos define la cultura de seguridad como el conjunto de valores, actitudes, habilidades y

comportamientos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad, reemplazando la culpa y el castigo con la oportunidad de aprender de las fallas y mejorar la atención de la salud.

A continuación se redacta el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) que fue desarrollado para evaluar la percepción del personal que trabaja en los hospitales, en relación a las 12 dimensiones de la cultura de seguridad siendo uno de los más utilizados a nivel mundial, los autores le dan un alto grado de confiabilidad al instrumento. Por ello es de gran relevancia mencionarlos para el buen manejo de los resultados.

1. Apoyo de la gestión hospitalaria a la seguridad del paciente
2. Trabajo en equipo entre unidades
3. Cambio de turno / turno y transferencias internas
4. Expectativas y acciones del supervisor / gerente que promueven la seguridad
5. Aprendizaje organizacional y mejora continúa
6. Trabajo en equipo dentro de las unidades
7. Apertura de comunicación
8. Comentarios y comunicación sobre errores
9. Respuesta no punitiva a los errores
10. Adecuación del personal
11. Percepción general de la seguridad del paciente
12. Frecuencia de los eventos notificados.

Siendo que la dimensión considerada como área fuerte es la del “aprendizaje organizacional y mejora continua”, ocho dimensiones como áreas neutrales y tres dimensiones fueron consideradas frágiles siendo “respuesta no punitiva a errores “con la puntuación más baja.

Siguiendo con el tema principal y según los autores Desirée, María do Carmo Fernández Lourenço y Edmarlon Giroto llevando por título La Cultura de seguridad del paciente: percepción de los profesionales de enfermería en instituciones de alta complejidad. Se dice que las organizaciones con una cultura de seguridad fortalecida se caracterizan por una buena comunicación entre profesionales, confianza mutua y percepciones compartidas sobre la importancia y efectividad de las acciones preventivas en ambos los sexos, predominando el sexo femenino.

Y el desarrollo de la cultura de seguridad involucra la gestión, la cual debe brindar un clima laboral que priorice la seguridad del paciente a través de la inversión de recursos, el desarrollo de una comunicación efectiva y la apertura a la discusión de errores para asegurar la mejora continua.

Ser profesional de enfermería, con una experiencia en la institución inferior o igual a 5 años, con una dedicación a jornada parcial y ubicación en el área ambulatoria son las características socioprofesionales que resultaron mostrar una actitud más favorable respecto la cultura de seguridad del paciente en el artículo de Ramón Mir Abellan. En este artículo se habla de fortalezas y debilidades como lo describe a continuación:

La dimensión: “Trabajo en equipo en la unidad/servicio” se comportó como una fortaleza con más de un 75% de respuestas positivas, en las dos administraciones.

Las dimensiones: “Expectativas/acciones para promover la seguridad por parte de supervisión” y “Aprendizaje organizacional y Mejora continua” fueron valoradas entre un 65 y 75% de respuestas positivas, en ambas administraciones.

La dimensión: “Dotación de personal” se comportó como una de las debilidades o puntos de mejora con más de un 50% de respuestas negativas, en ambas administraciones.

La dimensión: “Soporte desde dirección/gerencia para la seguridad del paciente” sin llegar a comportarse como una debilidad, recibió un porcentaje de respuestas positivas inferior al 40%, en ambos cuestionarios.

Estos resultados nos dejan mucho en que reflexionar, en verdad se podrá cambiar esas debilidades por fortalezas, siendo que es trabajo en equipo desde la parte de supervisión hasta jefes de servicio para que sus profesionales a cargo tengan una respuesta positiva durante la jornada de trabajo.

COVID 19: Habilidades en seguridad del paciente y mejora de calidad a desplegar en la tormenta. Redactado en el International Journal for Quality in Health Care, 2020 nos describe que durante una crisis, el refuerzo de una cultura de aprendizaje, la falta de señalamientos personales, la orientación hacia soluciones sistémicas y el aprendizaje tanto de los incidentes como de lo que sale bien, son más importantes que nunca. Sea un motivador y un modelo de resiliencia; promueva la flexibilidad y adaptabilidad en la primera línea de atención promoviendo esa cultura de seguridad.

Durante un webinar titulado “Seguridad del Paciente y del Profesional durante la epidemia Covid-19” en el que expertos han analizado el impacto de la pandemia en el sector sanitario y donde se han presentado las conclusiones preliminares del Estudio SEGCOVID realizado por **Fidisp** en colaboración con Sham y coordinado por Elena Gómez, Health Risk Manager de la compañía en España. S Cobo, explicó la visión, experiencia y medidas planteadas por la propia organización en el transcurso de la pandemia: "Debemos tener en cuenta que comenzamos a prepararnos tarde. Santiago Tomás, Director de Fidisp, se ha detectado una previa falta de "cultura de seguridad del paciente" entre los profesionales y organizaciones, que ha incidido en el devenir de la pandemia; una urgencia que ha comportado que los profesionales sanitarios hayan asumido situaciones y decisiones con un nivel de riesgo considerado como "inaceptable" en el contexto habitual.

Por otro lado y continuando con el tema de cultura de seguridad del paciente, Santiago Tomás, Máster en Metodología y Gestión de la Calidad Asistencial (UAB). Siendo hoy por

hoy miembro de la (WHO) Global Patient Safety Network nos dice dónde queda el concepto de “crear una cultura de seguridad del paciente en los profesionales y organizaciones” y “desarrollar e implantar prácticas clínicas seguras”, frases que todos hemos usado e hinchado en nuestros , pero que ahora han quedado totalmente en un decepcionante fracaso. La infección por el Covid-19 es una consecuencia clara del fiasco de estos mensajes y de estas estrategias en simples palabras no existe una cultura.

Seguridad del paciente, un problema vigente y actual Se habla de evento adverso por lo que dicho artículo no enfoca al cien por ciento la cultura si no la seguridad que mediante programas que son una buena inversión, resultan un fracaso por lo que cuesta demostrarlo porque en la actualidad la falta de capacitación sigue siendo la demanda de trabajo.

Es un artículo que nos marca el 17 de septiembre como día mundial de la seguridad del paciente, aunque redacta la histopatología como idea principal no deja de mencionar la ética y bioética

De hecho, existe un claro consenso de que las prestaciones en salud en todo el mundo deben ser eficaces y seguras, estar centradas en las personas y deben realizarse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente por profesionales debidamente calificados.

RELACIÓN E IMPACTO DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS

Del mismo Santiago Tomas se dice que en los próximos meses, el ingenio de los especialistas en calidad y seguridad del paciente será invaluable para ayudar a gestionar el impacto de la pandemia sobre los otros pacientes cuyo tratamiento ha sido retrasado, interrumpido o cancelado; también para colaborar con los cambios organizacionales que se requerirán para reparar los daños de nuestros sistemas de salud y de los muchos pacientes y familias afectadas, con y sin Covid-19.

Desde la Organización Mundial del Comercio (OMC) hemos puesto en marcha una Comisión Covid-19, para apoyar, representar y proteger a los profesionales sanitarios, que

lamentablemente en el transcurso de esta pandemia, no han podido contar con todos los recursos necesarios para protegerse de la enfermedad. Recientemente, ya hemos presentado un informe jurídico para declarar profesión médica como "profesión de riesgo" y la Covid-19 como "enfermedad profesional", consideraciones que no sólo afectan a los profesionales, sino también a sus familias y a la propia profesión en sí".

Todo ello conlleva a un número elevadísimo de personas afectadas, falta de material de protección y de equipamientos suficientes para atender a los pacientes, necesidades elevadas de consumos de fármacos y con riesgos de desabastecimientos que amenazan en diversas zonas. El número de profesionales sanitarios, insuficientes a todas luces para atender la presión asistencial que incrementa día a día y que han estado "maltratados" durante años bajo condiciones profesionales limitadas por recortes y muchas prácticas sin cultura que han sido calladas.

En el artículo Orihuela Lázaro y Mercedes Evelyn se están identificando las nuevas formas de trabajo y captando nuevas actitudes, valores y comportamientos para asegurar nuevos patrones de conducta.

Se dice que para tener una cultura de seguridad del paciente debe existir una buena comunicación, sin embargo en estos tiempos de pandemia en este artículo menciona que el saber comunicar adecuadamente una mala noticia quizá sea una de las tareas más importantes en el ámbito sanitario y sin embargo suele ser considerada una competencia menor, en especial al compararse con otros aspectos técnicos de la actividad asistencial. Los profesionales señalan esta práctica como una de las más estresantes a desarrollar y aunque el objetivo principal es la transmitir información dolorosa, sino de amortiguar su impacto, proporcionar recursos de contención y afrontamiento y prevenir complicaciones futuras. Me pareció interesante este punto para que puedas enfrentarte a diferentes escenarios.

Ana Isabel Álvarez Aparicio

Las normas de seguridad me parecen interesante porque sin equipo de protección no puedes brindar esa seguridad al paciente y por tanto se pierde la cultura. Se explica correctamente el uso de Equipo de Protección Personal (EPP). La bioseguridad en la

prestación de servicios del personal sanitario en tiempos de Covid-19 hay veces que por carga de trabajo se te olvidan quizás colocarte los guantes pero hoy en día sabemos de la importancia de esas normas de bioseguridad y en ocasiones también la falta de insumos.

Palma (2005) lo definió como una valoración de la satisfacción laboral basada en las creencias, sentimientos y valores que desarrolla durante su propio trabajo.

Las necesidades pueden transformarse en conductas de aparente seguridad, lo que disminuyen los eventos adversos en el accionar diario de las personas y/o de rechazo a las responsabilidades.

La Satisfacción Laboral, con un (48,1%) de Insatisfacción, y la Gestión del Talento Humano, mayoritariamente Mala (51,9%), posiblemente se deban a la falta de planeación de la gestión del talento humano para situaciones de contingencia es por ello que los valores de los profesionales conjuntándolo con el valor humano que den las instituciones de salud. Se logra sentar las bases de desarrollar una buena cultura organizacional (Espinoza Borja, Saby Maryling)

ESTRATEGIAS QUE SE IMPLEMENTAN

En relación con el primer artículo redactado sobre la cultura de seguridad del paciente se destaca la importancia del liderazgo en la aplicación de estrategias dirigidas a los profesionales que laboran en los diferentes turnos, con el fin de valorar su trabajo, reducir el estrés, desarrollar su potencial, promover la satisfacción e involucrar a los trabajadores en aspectos de cultura y seguridad del paciente.

La evaluación de la cultura de seguridad del paciente es importante para la extracción de información relacionada con las instituciones de salud, realizar un diagnóstico situacional, y así brindar medios para establecer acciones de mejora y fortalecimiento.

Los investigadores sugieren tres cambios para que las organizaciones de atención médica se vuelvan altamente confiables.

El primero es la participación del “liderazgo” para priorizar la seguridad del paciente a nivel organizacional.

El segundo es el desarrollo de la “cultura de la seguridad” para evitar errores antes de que supongan un riesgo importante para el paciente.

Por último, pero no menos importante, se sugiere una “mejora sólida de procesos” mediante el uso de herramientas de calidad que desarrollan la mejora continua.

Es necesario que la gerencia actúe de manera participativa y se dé cuenta de que la comunicación es el vínculo entre las necesidades de los profesionales, el personal y los pacientes. Además, deben asegurarse de que los equipos tengan el tamaño correcto para que su trabajo sea colaborativo, coordinado, eficaz y seguro.

Es necesario desarrollar acciones preventivas que involucren a toda la organización sanitaria para apuntar a una cultura de notificación, aprendizaje no punitivo y organizacional.

Analizar el impacto de la implementación de una estrategia de calidad sobre la actitud de los profesionales, midiendo la actitud de los profesionales, estudiar la relación entre la actitud de los profesionales y auxiliares de enfermería, respecto la cultura de seguridad, en función del género, de la categoría profesional, de los años de experiencia en la institución, de las horas de dedicación laboral y del área de trabajo. Son estrategias que plantea el artículo que lleva por título Cultura de seguridad del paciente: percepción de profesionales de enfermería en instituciones de alta complejidad. Por otro lado en el artículo de Ramón Mir Abellan de acuerdo a la institución y bajo la orientación de la Unidad de Calidad y Seguridad del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, se plantearon la estrategia que consistió en tres aspectos

- 1) Las líneas de trabajo del Comité de Seguridad del Paciente.
- 2) El sistema de Declaración y Gestión de Incidentes.
- 3) El Plan de Formación de Seguridad del Paciente.

Continuando con el tema de estrategias implementadas y las que se redactan en el International Journal for Quality in Health Care, 2020 que lleva por título COVID 19: Habilidades en seguridad del paciente y mejora de calidad a desplegar en la tormenta son cinco que se describen a continuación:

- FORTALECER EL SISTEMA Y EL ENTORNO DE ATENCION (check list) (just in time)
- COMPROMISO CON LOS CIUDADANOS (Optimice la política de visitas)
- TRABAJO CONSTANTE (MEJORAR LA ATENCION CLINICA) (organización destinada a separar el flujo de pacientes)
- REDUCIR DAÑOS("Balcon du Jura") AUDITORIA FEEDBACK
- IMPULSAR Y AMPLIAR EL SISTEMA DE APRENDIZAJE (cultura de aprendizaje)

En la redacción del webinar titulado, Sham analiza el impacto de la Covid-19 en el sector sanitario nos menciona que la emergencia sanitaria también ha conllevado un cambio en el paradigma habitual, conformando ahora equipos multidisciplinares en los que cobra especial relevancia una comunicación efectiva y la utilización de recursos, como el Crisis Resource Management (CRM) para abordar futuras situaciones de crisis similares".

Por ultimo retomando a Santiago Tomas nos plantea una serie de preguntas en donde redacta si será importante un consentimiento informado o mejor dicho toda la papelería que se necesita ara la hospitalización de un paciente. Y que durante años se ha considerado la vacunación antigripal del personal sanitario como una práctica segura, pero su grado de cumplimiento ha sido bajo y se ha cuestionado su eficacia, por otro lado el papel que están jugando las redes sociales, con información médica diversa generada por profesionales con la mejor de las intenciones mezcladas con otras de dudosa fuente o fiabilidad comporta también un problema cultura de seguridad del paciente al inducir a realizar acciones no validadas o sin evidencia científica, más que estrategia invita a que se modifiquen los modelos pensando en el futuro.

Recomendaciones generales para el sistema de trabajo son las que se van construyendo en la formación del equipo incluyendo comunicación y cultura del mismo son las de importancia en este trabajo ya que el resto hace referencia de recomendaciones en la profilaxis y todo un protocolo para pacientes sospechosos y positivos a covid-19 no es de importancia dicho artículo y en cuanto a las recomendaciones de seguridad del paciente para el brote epidémico de covid-19 por la redactado por la international society for quality in health care te invitan a fortalecer tus conocimientos para un nuevo enfrentamiento.

El Área de Bioética hace un llamado a la solidaridad y a fortalecer los vínculos como sociedad, que permitan unirse a la necesidad y al dolor de los más vulnerables, cooperando unos con otros, a fin de que las redes de contención social sean su mayor fortaleza. Para mi es una estrategia para tener cultura porque sin valores y ética el profesional de la salud no podrá cumplir con el cuidado y seguridad del paciente según los lineamientos bioéticos ante la pandemia por SARS-CoV-2.

DISCUSIÓN

Primeramente en mi opinión del tema, la cultura de seguridad del paciente relacionándolo con la parte de epidemia por SARS-CoV-2, tiene aspectos muy importantes como lo menciona Santiago Tomas en donde existe una previa falta de "cultura de seguridad del paciente" entre los profesionales y organizaciones, que ha incidido en el devenir de la pandemia; una urgencia que ha comportado que los profesionales sanitarios hayan asumido situaciones y decisiones con un nivel de riesgo considerado como "inaceptable" en el contexto habitual. Todo ello conlleva a que se cree esa cultura.

Por otro lado el uso del instrumento con sus doce dimensiones es una buena opción para medir la cultura de Iso profesionales de enfermería, pero en mi opinión esto no debería quedar en la simple aplicación sino realizar un feedback para mejorar la debilidad y convertirlas en fortalezas, se habla de una buena comunicación principal factor de la atención insegura. Continuando con el tema se habla de la sobrecarga de trabajo debido a las insuficiencia de recurso humano que ponen factores como el agotamiento físico ,psicológico, necesidad de doble jornada y baja remuneración tal como lo describe Santiago Tomás, Director de Fidisp durante la pandemia que ha conllevado a un número elevadísimo de personas afectadas, falta de material de protección y de equipamientos suficientes para atender a los pacientes, necesidades elevadas de consumos de fármacos y con riesgos de desabastecimientos que amenazan en diversas zonas.

El número de profesionales sanitarios, insuficientes a todas luces para atender la presión asistencial que incrementa día a día y que han estado "maltratados" durante años bajo condiciones profesionales limitadas por recortes y muchas prácticas sin cultura que han sido calladas. Y las carencias siguen siendo las mismas.

Los hallazgos encontrados en los resultados se hablan de una mejora continua pero a veces no se dan cuenta de la complejidad y gravedad de los pacientes por ello, se necesita verificar las condiciones laborales antes mencionadas para continuidad de la atención segura.

Por ultimo hablemos del impacto durante la pandemia por covid-19 y las estrategias que desde mi punto de vista se necesita de una buena organización para poder implementarlas.

Se dice que el desarrollo de la cultura de seguridad involucra la gestión, la cual debe brindar un clima laboral que priorice la seguridad del paciente a través de la inversión de recursos, el desarrollo de una comunicación efectiva y la apertura a la discusión de errores para asegurar la mejora continua, deben asegurarse de que los equipos tengan el tamaño correcto para que su trabajo sea colaborativo, coordinado, eficaz y seguro.

La prevención sigue siendo una estrategia y en el artículo de Hernández nos explica las medidas a seguir en esta pandemia las cuales son triage que permita reconocer los supuestos casos rápidamente. Aplicar las precauciones estándar a todos los pacientes, recordemos la regla universal, el equipo protector se usará de acuerdo al procedimiento de atención al paciente que realicemos y la más simple e importante es la higiene de manos con solución alcoholada o con agua y jabón en los cinco momentos básicos. Implementar precauciones basadas en la transmisión o específicas de aislamiento por gotas y contacto para los pacientes probablemente infectados o casos confirmados. Implementar las medidas administrativas necesarias para tener recursos y lineamientos. Usar los controles de ingeniería y ambientales necesarios incluye la planeación de áreas en las que se atenderá a los casos sospechosos por tanto si hay una buena planificación y ética profesional de ellas se puede lograr la cultura de seguridad del paciente.

CONCLUSIÓN

El presente trabajo me dio a conocer las diferentes estrategias que pueden ser implementadas pensando en el futuro, para la mejora de condiciones laborales, con el fin de aumentar la consciencia sobre la cultura de seguridad del paciente y esta permanezca fortalecida y lo más importante prevenir y mitigar la fatiga, la falta de sueño y el burnout en las jornadas laborales.

Como profesional de enfermería que me tocó realizar prácticas profesionales durante la pandemia por SARS-CoV-2, y al realizar esta revisión bibliográfica puedo decir que de acuerdo a Santiago Tomas un aspecto importante a mencionar y que debería seguir en proceso, es declarar la profesión de enfermería como "profesión de riesgo" y la Covid-19 como "enfermedad profesional" fueron momentos muy difíciles por la falta de insumos y carencia de recurso humano y es ahí cuando uno se ve si tiene vocación por su profesión.

Durante la búsqueda de información me fue algo complicado ya que no se encontró una gran variedad de artículos relacionados con la pandemia por covid-19 sin embargo no fue motivo para no continuar, pude rescatar los más importantes.

Por último sabemos que la Enfermería ha adquirido un total protagonismo durante esta contingencia y no solo en estos tiempos esto data desde crisis anteriores, de lo anterior me es de intriga el ver como una campaña de lavado de manos en donde se gastaron millones de pesos no funcionó, sino hasta que hoy en día tuvo que existir un virus para que esta tuviera una implementación eficaz.

Sin ética profesional no se puede crear una cultura de seguridad del paciente, y no solo del paciente, en este trabajo me hizo ver que si nosotros no tenemos seguridad no podremos cuidar del otro debe ser protección segura para ambos. Y que con actitud positiva todos podemos crear esa cultura de seguridad del paciente y enfrentarnos a escenarios muy difíciles como el que se nos presentó en la actualidad.

Sin excepción, debemos comprometernos con el trabajo, con el paciente y con uno mismo bajo múltiples responsabilidades que tengamos a cargo siempre será causar el daño menos posible. Todos podemos ayudar a reducir el riesgo de exposición siempre y cuando se tengan claros los objetivos y se trabaje con ética profesional.

El cambiar la cultura de seguridad de las organizaciones sanitarias es un reto complejo que requiere evitar el adoctrinamiento y las recetas conductuales. Las teorías del aprendizaje adulto sobre andragogía han demostrado que no se trata de decirle al profesional lo que debe hacer, sino de implicarlo en el cambio a través del aprendizaje experiencial.

FRASES PARA REFLEXIONAR

Sin cultura ética no hay salvación para el hombre”

Albert Einstein

"No basta saber, se debe también aplicar, No es suficiente querer, se debe también hacer".

Goethe

¿Estamos potenciando o abandonando el concepto de humanización de los cuidados?

Santiago Tomas

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS (Organización Mundial de la Salud)

ESPII (Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional)

DOF (Diario Oficial de la Federación)

MERS (Síndrome Respiratorio de Oriente Medio)

SRAS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo)

CRM (Crisis Resource Management)

HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture)

OMC (Organización Mundial del Comercio)

CRM (Crisis Resource Management)

AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)

FH (Factor Humano)

MaPsaF (Manchester Patient Safety Framework)

NPSA (National Patient Safety Agency for England and Wales)

UCI (Cuidados intensivos)

HSPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture)

CRM (Crisis Resource Management)

CC. AA. (Comunidades autónomas)

EPP (Equipo de Protección Personal)

BIBLIOGRAFIA

1. Tedros D. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2021 [cited 2021 Febrero 15. Available from: https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=Cj0KCQiAhP2BBhDdARIsAJEzXIE4Mgg3wm3Lzxr2jNeOTckbjZRgND0pYu4JwpGZX-sOxxT6QUFIBmsaAnFNEALw_wcB.
2. laudia Martínez Anaya PRCyRV. Coronavirus, diagnóstico y estrategias epidemiológicas contra COVID-19 en México. UNAM. 2020 Junio; 31(2).
3. México Gd. Coronavirus.gob.mx. [Online].; 2020 [cited 2021 Febrero 20. Available from: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Lineamiento_Espacios_Abiertos_07042020.pdf.
4. SEGOB. Diario Oficial De La Federación. [Online].; 2017 [cited 2020 Noviembre 17. Available from: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08/09/2017.
5. Alejandro Garrido CRy. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD. Revista Médica Clínica Las Condes. 2017 septiembre-octubre; 28(5).
6. Desirée Zago Sanchis MdCFLHGMRS. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. Brasileira. 2020 julio; 73(5).
7. Sanchis D, Haddad M, Giroto E&S. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. Brasileira. 2020 Julio; 73(5).
8. Melo E, Balsanelli A, Neves V&B. Patient safety culture according to nursing professionals of an accredited hospital. Gaúcha. 2020 Noviembre; 41.
9. Abellan RM. Impacto de la implementación de una estrategia de calidad sobre la cultura de seguridad del paciente. Universitat de Barcelona. 2018.
10. Staines A, Amalbert R, Charles A, Berwick D, Lachaman P. COVID 19: Habilidades en seguridad. International Journal for Quality in Health Care. 2020; 1(3).
11. Grupo Aseguranza El Portal de los Profesionales. [Online].; 2020 [cited 2020 Septiembre 24. Available from: <https://www.grupoaseguranza.com/noticias-de-seguros/sham-analiza-impacto-covid-19-sector-sanitario>.
12. Santiago T. FidiSP. [Online].; 2020 [cited 2020 Octubre 10. Available from: <https://fidisp.org/covid-19-seguridad-paciente/>.
13. OMS. WHO. [Online].; 2020 [cited 2020 OCTUBRE 15. Available from: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>.

13. Federacion DODl. SEGOB. [Online].; 2017 [cited 2020 Noviembre 10. Available from: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08/09/2017.
14. Orihuela L, Mercedes E. repositorio.ucv.edu.pe. [Online].; 2020 [cited 2021 Febrero 26. Available from: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/47458/Orihuela_LEM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
15. Díaz C, Braem V, Giuliani A, Restelli E. Seguridad del paciente, un problema vigente y actual. Medwave. 2019; 14(3).
16. Regina M, Tanzini M, Fineschi V, Venneri F, Toccafondi G, Lachman P, Tartaglia R. isqua.org. [Online].; 2020 [cited 2021 Febrero 26. Available from: https://isqua.org/images/COVID19/COVID19_Recomendaciones_Seguridad_del_Paciente_-_V2.0_-_Spanish.pdf.
17. Alvarez A I. Comunicación de malas noticias en el ámbito sanitario en tiempos de COVID-19. Revista de Comunicación y Salud. 2020 Septiembre; 10(2).
18. Mero C. <http://repositorio.unesum.edu.ec/>. [Online].; 2020 [cited 2021 Febrero 26. Available from: <http://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/2503/1/CARMEN%20LISSETH%20ANCHUNDIA%20MERO%20TESIS.pdf>.
19. Prieto N, Torijano M, Solves M, Bueno M, Perez P, Astier P. Acciones desarrolladas para avanzar en seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud español. Elsevier. 2019 Noviembre-Diciembre; 34(6).
20. Marín A, Zamora D, Rodriguez S. ccss.sa.cr. [Online].; 2020 [cited 2021 Marzo 01. Available from: <https://www.ccss.sa.cr/web/coronavirus/assets/materiales/personal/lineamientos/666.pdf>.
21. Araya J C. Histocitopatología panamericana: contribuyendo. Revista Chilena de Seguridad del Paciente. 2020; 3(2).
22. Hernandez H, Ramiro M, Trejo R. ¿Cuáles son las medidas de prevención contra el Novel Coronavirus (COVID-19)? Revista Latinoamericana de infectología pediátrica. 2020; 1(33).
23. Espinoza S M. repositorio.ucv.edu.pe. [Online].; 2020 [cited 2021 Marzo 02. Available from: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/47859/Espinoza_BSM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y.