
**Experiencias clínicas
simuladas en seguridad
del paciente. Elaboración
y validación de escenarios
clínicos simulados**

**María Cruz Martín Delgado
María del Mar Fernández Maíllo**

Ayudas a la investigación 2012

Equipo de trabajo:

Investigadores Principales:

María Cruz Martín Delgado

María del Mar Fernández Maíllo

Área de Salud del Instituto Superior de Derecho y Economía

AGRADECIMIENTOS

A todos los colaboradores del Proyecto “Experiencias Clínicas Simuladas en Seguridad del Paciente”, tanto en el apartado de la revisión bibliográfica, la identificación de competencias y en la elaboración de los escenarios clínicos simulados, a ellos, que serán presentados en cada uno de los apartados, por su disponibilidad absoluta y compromiso con el proyecto.

A la Dirección del ISDE por la confianza en el desarrollo del Área de Salud, y su apuesta por impulsar la Seguridad del Paciente a través de la formación, difusión e investigación.

A la Sociedad de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) por la concesión de su aval científico, y a los miembros del grupo de trabajo de Planificación, Organización y Gestión por sus valiosas aportaciones y su trabajo diario en Seguridad del Paciente.

Al Hospital Universitario de Torrejón y en especial a su Dirección y al Comité de Seguridad por estimular y facilitar el desarrollo profesional en el ámbito de la Seguridad del Paciente. A los profesionales del Servicio de Medicina Intensiva con los que comparto el día a día profesional

A la Universidad Francisco de Vitoria por la oportunidad de colaborar en la validación de los Escenarios clínicos simulados en su Aula de Simulación, y especialmente a Salvador Espinosa, Patricia Chica y Fernando Caballero por su disponibilidad para el desarrollo de proyecto.

A la Fundación MAPFRE por la concesión de la beca que ha permitido el desarrollo de este proyecto y por su permanente compromiso por la Seguridad del paciente.

A todos los profesionales sanitarios que buscan en su actividad diaria mejorar la seguridad de la atención sanitaria

A todos los pacientes, que esperan de nosotros una atención sanitaria de calidad y segura.

A nuestras familias, por todo el tiempo robado.

AUTORES

María Cruz Martín Delgado

- Médico intensivista. Doctora en Medicina y Cirugía. UA Barcelona (1998) Master en Bioética y Derecho. (2002). Master en gestión de Centros y Servicios de Salud. (2004). Master en calidad asistencial y seguridad del paciente. (2010).
- Jefe del Servicio de Medicina Intensiva Hospital Universitario de Torrejón
- Directora del Área de Salud de ISDE y directora del programa: “Capacitación en Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo Sanitario”.
- Coordinación de Proyectos de Investigación en SP. Participación en proyectos institucionales nacionales e internacionales relacionadas con la SP así como de Sociedades Científicas.
- Actividad docente con diferentes Universidades Públicas y entidades privadas en el Área de Seguridad del paciente.
- Presidenta del Comité de Seguridad del Hospital de Torrejón. Miembro del Sub-Comité de Seguridad de SANITAS /BUPA
- Instructora por la SEMICYUC en seguridad del paciente Crítico. Coordinadora e IP del proyecto Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico (SYREC) de la (SEMICYUC). Colaborador externo fundación Avedis Donabedian.
- Coordinadora del Proyecto “Alianza per la seguridad del paciente-SOCMIC”. Miembro de la Safety Task Force de la ESICM.
- IP de la Beca Mapfre 2010 Ayudas para la Investigación. Proyecto: “Comunicación de incidentes y eventos adversos a pacientes y familiares”.
- Miembro colaborador de la Fundación por la Investigación, Docencia e Investigación en Seguridad del Paciente (FIDISP).
- Participación como ponente y moderador en más de 90 Jornadas, Seminarios, Congresos en temas relacionados con la calidad y SP
- 35 publicaciones en revistas nacionales e internacionales con Factor de Impacto;
- Autora de 25 capítulos de libros y editora de algunos de ellos
- 9 premios por trabajos de investigación;
- 120 comunicaciones en congresos nacionales e internacionales la mayoría relacionados con la calidad y la seguridad del paciente

Datos de Contacto: mcmartindelgado@gmail.com

María del Mar Fernández Maíllo

Titulación

- Licenciada en Veterinaria (Universidad Complutense de Madrid), 1984
- Master of Science (Cornell University, Ithaca NY), 1989
- Licenciada en Psicología (Universidad Nacional de Educación a Distancia), 2001
- Máster Universitario en Inmigración (Universidad Pontificia Comillas), 2003
- Maestría Interuniversitaria en Seguridad del Paciente y Calidad Asistencial (Universidad Miguel Hernández de Elche), 2008

Experiencia en investigación y gestión de proyectos

- Becaria de investigación en diversos proyectos de virología animal, 1985-1991: Instituto Nacional de Investigaciones Agrarias (Madrid), J. A. Baker Institute for Animal Health (Cornell University, Ithaca, EEUU), NERC Institute of Virology (Oxford, Reino Unido)
- Jefa de la Unidad de Virología del Laboratorio Regional de Sanidad Animal de la Comunidad de Madrid, 1997-2003
- Gestión del procedimiento de evaluación de proyectos en el Fondo de Investigación Sanitaria (Instituto de Salud Carlos III), 2004
- Gestión de proyectos para la Agencia de Calidad del SNS en el Instituto de Salud Carlos III, 2006-2012
- Assistant Manager de la coordinación española de la Joint Action "European Union Network for Patient Safety and Quality of Care", desde 2012.

Índice

| | Página |
|-------------------------------------|--------|
| 1. RESUMEN (OBJETO Y ALCANCE)..... | 6 |
| 2. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES..... | 6 |
| 3. OBJETIVOS..... | 8 |
| 4. MATERIALES Y METODOLOGÍA..... | 8 |
| 5. RESULTADOS..... | 11 |
| 6. DISCUSIÓN..... | 30 |
| 7. CONCLUSIONES..... | 31 |
| 8. BIBLIOGRAFÍA..... | 31 |
| 9. ANEXOS..... | 33 |

1. RESUMEN (OBJETO Y ALCANCE)

En los últimos años las estrategias en Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud y otras instituciones, sitúan la formación en seguridad del paciente de las profesiones sanitarias en uno de los retos prioritarios. Se han desarrollado *curriculums* específicos en esta nueva ciencia con el objetivo de ser introducidos en la formación de grado de dichas profesiones de manera multidisciplinaria. Son todavía muy pocas las universidades e instituciones sanitarias que lo estén implantando. En nuestro ámbito la identificación y desarrollo de competencias en Seguridad del Paciente está poco desarrollado. La integración efectiva de las competencias en entornos educativos y organizacionales reales requiere innovación y el desarrollo de herramientas para la enseñanza práctica y efectiva y el aprendizaje de estas competencias.

La simulación clínica es una técnica que reemplaza o amplía la realidad mediante experiencias guiadas que evocan o replican aspectos sustanciales del mundo real de una manera totalmente interactiva. La educación médica basada en las simulaciones está reconocida actualmente como una ayuda fundamental para asegurar el aprendizaje de los profesionales sanitarios y para mejorar la seguridad del paciente. En la actualidad la simulación clínica no se ha orientado de forma específica al desarrollo de competencias en seguridad del paciente. Aunque algunos de los escenarios y experiencias clínicas simuladas, abordan de forma tangencial la seguridad clínica, no se han diseñado de forma específica en dicho ámbito, y están más dirigidas al aprendizaje de competencias y habilidades en los procesos clínicos.

El objetivo del proyecto ha sido identificar las competencias en seguridad del paciente a través de la revisión bibliográfica y metodología Delphi, adaptadas a nuestro ámbito, considerando su importancia, factibilidad para ser enseñada con simulación clínica y nivel de complejidad. Posteriormente y en base a dichas competencias se han desarrollado escenarios clínicos simulados con el objetivo de disponer de una herramienta que ayude a la formación y evaluación de competencias en el área de Seguridad del Paciente.

La seguridad del Paciente puede ser entrenada a través de otras metodologías que no se abordarán en nuestro trabajo. Dada la extensión del ámbito de la seguridad del paciente y el número de competencias identificadas, sólo un pequeño porcentaje de ellas podrán ser incluidas en los escenarios simulados. Los ECS precisan ser validados de manera que se asegure la efectividad de los mismos a la hora de entrenar las competencias específicas que se han incorporado. Este proyecto constituye la base para seguir investigando en simulación y seguridad del paciente.

2. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

Durante los últimos años, numerosos informes a nivel internacional han mostrado preocupación por la seguridad del paciente. El informe del Institute of Medicine editado en Estados Unidos a finales de 1999 estimaba las muertes anuales debidas a errores médicos sólo en los hospitales estadounidenses en cerca de 100.000 anuales. Los errores del complejo sistema sanitario están relacionados con numerosos factores, entre los cuales destacan los errores humanos como factor crucial que refleja la necesidad de adecuar y evaluar la formación ofrecida a los profesionales de la asistencia sanitaria.

La complejidad de las organizaciones sanitarias y de los procesos de salud, ha llevado a considerar que para garantizar la calidad de los cuidados y la seguridad de los pacientes son necesarios nuevos modelos de entrenamiento de los profesionales sanitarios.

SIMULACIÓN EN LA FORMACIÓN SANITARIA

Durante siglos, la formación médica ha seguido típicamente el modelo de aprendizaje: “ver una vez, hacer una vez, enseñar una vez”, utilizando a enfermos reales para entrenar y mejorar las habilidades de los profesionales de la asistencia sanitaria. Sin embargo, este abordaje tradicional y conservador de la formación médica pone en peligro la seguridad y el bienestar de los enfermos, desafiando la obligación moral de los profesionales sanitarios de ofrecer un tratamiento óptimo a sus enfermos y de garantizar su seguridad.

En los últimos 20 años estamos asistiendo de forma progresiva al uso generalizado de las simulaciones en la formación de los médicos y de otros profesionales de las ciencias de la salud, en las diferentes etapas de su continuum educativo (grado, postgrado y formación continua). Tanto es así que ha surgido el concepto de la educación médica basada en las simulaciones, reconocida actualmente como una ayuda fundamental para asegurar el aprendizaje de los profesionales sanitarios y para mejorar la seguridad del paciente.

La simulación clínica es una técnica que reemplaza o amplía la realidad mediante experiencias guiadas que evocan o replican aspectos sustanciales del mundo real de una manera totalmente interactiva. Se entiende como simulación el uso de un instrumento o una serie de instrumentos (simulador) para emular una situación realística del cuidado de un enfermo o del entorno, con el propósito de entrenamiento o evaluación. La simulación no es una técnica nueva. Muchas industrias han entendido que esta formación puede reducir las pérdidas económicas y ofrecer más seguridad. La simulación se ha utilizado de forma particular en las industrias con instalaciones técnicas complejas, como la aviación, la industria militar

o la industria energética, donde la seguridad técnica es importante y los errores humanos pueden tener consecuencias enormes.

Son múltiples los factores que han impulsado el uso de la simulación como herramienta de formación y aprendizaje en el ámbito sanitario. Entre ellos destacan los movimientos por la seguridad en la atención de los enfermos para mejorar la formación y reducir los riesgos innecesarios, las demandas de responsabilidad médico-legal, que van en detrimento del modelo tradicional de formación de “aprender sobre los enfermos”, así como los movimientos de derechos de los animales dirigidos a evitar que se experimente con ellos para formar a los profesionales sanitarios. En la actualidad, hay una tendencia al establecimiento de centros nacionales o regionales de simulación que incorporen todas las modalidades de simulación y el entrenamiento de todos los profesionales de la atención sanitaria. Además algunas instituciones educativas y sanitarias han empezado a incorporar de forma paulatina la simulación clínica en el aprendizaje de sus profesionales.

El aprendizaje, entendido como proceso por el que se crea el conocimiento a través de la transformación de la experiencia, tiene ciertas particularidades cuando se trata los profesionales sanitarios. Así, para que sea efectivo, éste debe ser autónomo y autodirigido, fundamentado en experiencias previas, orientado por objetivos, enfocado en aspectos prácticos y, captado por relevancia. Además, es necesario que la práctica sea repetitiva e interactiva, que incluya una gran variedad de condiciones clínicas, que el nivel de dificultad esté adaptado a la tarea clínica, que el entorno de la simulación sea realista y que el equipamiento médico sea familiar al alumno, y todo ello, sin olvidar que el resultado del aprendizaje pueda integrarse en el currículo profesional.

La simulación de situaciones agudas es especialmente útil en áreas de la medicina complejas, donde los eventos adversos pueden tener consecuencias muy graves y es esencial la colaboración y el trabajo en equipo para alcanzar un resultado satisfactorio para el enfermo. En este sentido, el informe del Institute of Medicine concluyó que deben ser entrenados para el trabajo en equipo aquellos profesionales que desarrollan su actividad como tales. Por ello, se recomendó que las instituciones sanitarias establecieran programas de entrenamiento para el personal de las áreas críticas (cuidados intensivos, emergencias, quirófanos, etc), usando métodos similares a los utilizados en la industria de la aviación para formar a las tripulaciones, incluyendo técnicas de simulación. La simulación, como método educativo de entrenamiento interactivo y retrocontrol, tiene en medicina un papel relevante para conseguir competencias clínicas avanzadas, y así garantizar una asistencia médica de calidad, que permita afrontar los problemas clínicos sin riesgo para los enfermos reales.

Los beneficios de la simulación clínica en la enseñanza sanitaria están ampliamente referenciados:

- Practicar procedimientos clínicos en entornos realistas, e ir más allá del aprendizaje de las técnicas. En un entorno apropiado reflejan los factores externos y el estrés que se dan en situaciones reales y que pueden afectar de forma adversa la calidad de la actuación. Esto permite a los profesionales sanitarios estar mejor preparados para actuar hasta ganar experiencia en su trabajo real.
- El entrenamiento del trabajo en equipo, convirtiendo un grupo de expertos en un equipo experto y permite mejorar las competencias en comunicación. Estos factores se consideran clave en seguridad del paciente
- El aprendizaje individualizado a través de experiencias educativas estandarizadas en la que el alumno es parte activa, pudiendo dichas experiencias adaptarse a las necesidades específicas. El aprendizaje se realiza en un entorno controlado donde los errores pueden producirse sin problemas y aprender de ellos, a través de un proceso repetitivo que permite acelerar el aprendizaje.
- Ofrece la posibilidad de definir estándares en los procesos de cuidados y poder compara y evaluar para lograr un nivel homogéneo.
- Permite al personal ejercitarse en el manejo de equipos y familiarizarse con ellos antes de usarlos sobre los pacientes.
- Evaluar las competencias de forma estructurada y objetiva

El entrenamiento con simulación clínica está incorporándose de forma paulatina en la enseñanza de las profesiones sanitarias gracias a cada vez más evidencia científica que apoya su uso adicional a los medios tradicionales de enseñanza. La simulación ha sido ampliamente testada como metodología educativa y que complementa a otras iniciativas de seguridad del paciente a lo largo del proceso de entrenamiento clínico.

SIMULACIÓN EN LA FORMACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha presentado la versión multiprofesional de la Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente, para formar futuros profesionales de la salud. Dicha guía promueve la necesidad de la educación en seguridad del paciente para mejorar la seguridad en la atención sanitaria. La guía completa es una importante herramienta destinada a ayudar a universidades y escuelas de odontología, medicina, obstetricia, enfermería y farmacia para enseñar pautas de seguridad del paciente. También apoya la capacitación de todos los profesionales de la salud en una serie de conceptos prioritarios de

la seguridad del paciente para mejorar el aprendizaje acerca de este tópico.

La simulación clínica incorporada a los currículums formativos está en su fase de desarrollo. La experiencia con estos sistemas es hasta ahora limitada, pero está siendo ampliamente aceptada, ya que parece acelerar la adquisición de habilidades y conocimientos en un ambiente seguro, es decir, sin riesgo para el paciente; si bien su efecto en el rendimiento clínico aún no ha sido validado. La aplicación de la simulación clínica inicia su andadura hace más de dos décadas respaldándose en los buenos resultados logrados en otras áreas no relacionadas con la medicina. En los últimos años se están diseñando estudios con el objeto de validar si el uso de esta técnica mejora la seguridad y el manejo de los enfermos, con unos resultados iniciales prometedores. A este objetivo también contribuirán, en un futuro, el desarrollo de estándares de simulación, la introducción en los modelos curriculares y la creación y desarrollo de nuevos centros de simulación por todo el mundo.

En la actualidad la simulación clínica no se ha orientado de forma específica al desarrollo de competencias en seguridad del paciente. Aunque algunos de los escenarios y experiencias clínicas simuladas abordan de forma tangencial la seguridad clínica no se han diseñado de forma específica en dicho ámbito y están más dirigidas al aprendizaje de competencias y habilidades en los procesos clínicos.

3. OBJETIVO GENERAL

El objetivo de este proyecto es identificar las competencias que los profesionales de la salud deben alcanzar para asegurar una formación específica en seguridad del paciente y diseñar experiencias clínicas simuladas (ECS) validadas dirigidas al entrenamiento y evaluación de las mismas.

OBJETIVOS

1. Identificar el mapa de competencias profesionales (conocimientos, habilidades y actitudes) en Seguridad del Paciente.
2. Elaboración de experiencias clínicas simuladas (ECS) como herramienta formativa que permita alcanzar dichas competencias en diferentes escenarios clínicos.
3. Validación de las ECS a través de su aplicación en la Simulación Clínica con el objetivo de demostrar su efectividad como instrumento de aprendizaje.
4. Disponer de una herramienta validada que ayude a la formación y evaluación de competencias en el área de Seguridad del Paciente.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Los objetivos se pretenden alcanzar a través del uso de diferentes herramientas metodológicas:

1. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE COMPETENCIAS SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se realiza a través de una metodología explícita, estructurada y sistemática que responda a las cuestiones planteadas.

1.1. Búsqueda y análisis de artículos que hubieran investigado sobre las competencias en Seguridad del Paciente

Se realizó una búsqueda bibliográfica el 21 de marzo del 2013 sin restricción de tiempo ni idioma en las siguientes bases de datos: PubMed (Medline), Embase, Web of Knowledge (incluyendo Social Sciences Citation Index), CINAHL, PsycInfo y Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Network Database.

La estrategia de búsqueda se enumera a continuación:

- #1 Search “**patient safety**”[TI] AND “**competencias**”[TIAB]
- #2 Search “**Patient Safety**”[Majr]
- #3 Search “**Clinical Competence**”[Majr]
- #4 Search (#2) AND (#3)
- #5 Search (#4) OR (#1)
- #6 Search “**health personnel/education**”[Majr] AND “**patient safety**”[Majr]
- #7 Search (#6 OR #5)

Incluyó las siguientes fases:

Búsqueda de la evidencia científica

Selección de la mejor evidencia disponible. Todos los trabajos revisados se valoraron de forma crítica y se resumieron en tablas de evidencia, siguiendo una metodología explícita

Presentación de la información, en forma de tablas de evidencia. A partir de la información contenida en cada tabla de evidencia se elaboraron tablas simplificadas con una presentación agrupada y comparativa de los principales resultados de todos los estudios relacionados.

Síntesis de la evidencia

Para ello se designó un grupo de revisión bibliográfica que incluyó miembros con formación en análisis de la evidencia científica.

Grupo Revisión Bibliográfica

Rosa María Catalán Ibars
 María del Mar Fernández Maíllo
 María Teresa Giménez Júlvez
 María Cruz Martín Delgado

Esta fase del proyecto ésta desarrollada en el **Anexo I**

1.2. Revisión de proyectos internacionales que presentaran en sus resultados un conjunto de competencias relacionadas con seguridad del paciente

Durante los meses de agosto a octubre del 2013 se realizó una búsqueda por Internet (acceso a los enlaces disponibles en la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), así como a través del análisis de artículos de revisión de instituciones educativas y sanitarias que hubieran publicado documentos en los que se describieran competencias específicas en seguridad del paciente.

Se incluyeron aquellas iniciativas que recogen de forma global las competencias en Seguridad del Paciente de forma multiprofesional e interdisciplinar.

Finalmente se enumeran algunos proyectos específicos dirigidos a determinadas especialidades pero que abordan de forma global las competencias en seguridad del paciente.

Se excluyen iniciativas en las que se desarrollan programas formativos sin identificar competencias específicas en SP.

En el **Anexo II** se presenta un resumen de los mismos en los que se definen sus principales características y competencias identificadas.

2. IDENTIFICACIÓN DEL MAPA DE COMPETENCIAS RELACIONADAS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La información obtenida en las fases previas del Proyecto constituyó la base para elaborar el documento preliminar en el que se identifican un primer grupo de competencias en SP relacionadas con:

- Factores humanos y del sistema en la génesis de eventos adversos
- Aprender de los errores
- Gestión del Riesgo clínico y Ciclo de mejora
- Trabajo en equipo
- Comunicación y transferencia de información
- Prevención de la infección asociada a la atención sanitaria
- Seguridad en procedimientos invasivos
- Seguridad y equipamiento
- Cirugía segura
- Identificación inequívoca
- Uso seguro del medicamento
- Información de eventos adversos a pacientes y familiares
- Implicación del paciente en Seguridad del Paciente

Posteriormente se invitó a participar a 30 profesionales expertos en seguridad del paciente con experiencia en formación en este ámbito, en la fase de identificación de competencias a través de metodología Delphi (Tabla 1).

Tabla 1. Participantes en el Delphi

| | |
|-------|------------------------------|
| 1st. | Juan Ignacio Gómez Arnau |
| 2nd. | Daniel Arnal Velasco |
| 3rd. | Pilar Rebotto Cortés |
| 4th. | Marta Bernardino Santos |
| 5th. | María Ángeles Santos Ampuero |
| 6th. | Fermí Roqueta Egea |
| 7th. | Pedro Ruiz López |
| 8th. | María José Bueno Domínguez |
| 9th. | Manel Chánovas Borrás |
| 10th. | Santiago Tomás Vecina |
| 11th. | Joaquín Álvarez Rodríguez |
| 12th. | María Jesús Luego Alarcia |
| 13th. | Paz Merino de Cos |
| 14th. | Isabel Gutiérrez Cia |
| 15th. | Blanca Obon Azuara |
| 16th. | Roser Anglés Coll |
| 17th. | Rosa Catalán Ibars |
| 18th. | María Bodi Saera |
| 19th. | Fernando Álava Cano |
| 20th. | Montserrat Llinàs Vidal |
| 21st. | Carmen Yegler Velasco |
| 22nd. | Alberto Pardo |
| 23rd. | David Fernández Ayuso |
| 24th. | Salvador Espinosa |
| 25th. | Miguel Ángel Hidalgo |
| 26th. | María Jesús Durá Ros |
| 27th. | Blanca Torres Manrique |
| 28th. | Cristina Sagrera Felip |
| 29th. | Nicolas Nin Vaeza |
| 30th. | Xavier Bernádez |

Se envió por correo electrónico una invitación explicando los objetivos y metodología, el número de cuestionarios y preguntas, el tiempo para contestarlos, la duración del proceso, la potencial utilidad de los resultados y el beneficio que se obtendría al participar. Se solicitó un compromiso de colaboración en el caso de aceptar participar en el proyecto (**Anexo III y IV**).

El método Delphi utilizado fue el método clásico que contemplo como característica ser un proceso iterativo mediante la realización de dos rondas, anónimo (ningún miembro del grupo conocía a quien correspondía una respuesta en particular y nunca se estableció una participación directa entre los expertos involucrados), con realimentación controlada (el grupo coordinador transmitió la posición de los expertos como conjunto, permitiendo la circulación de información entre los expertos) y con una

respuesta numérica manejando las medianas de las estimaciones numéricas solicitadas.

Se elaboró un cuestionario online a través de una plataforma a la que se facilitó el acceso durante el periodo abierto de respuestas y donde se recordaban las instrucciones para llevar a cabo el análisis. Cada ronda se extendió durante un periodo de 15 días, enviando un recordatorio tres días antes de finalizar el plazo.

La primera ronda constó de un cuestionario con 227 preguntas clasificadas en 8 dominios genéricos y 3 asociados a prácticas seguras específicas (uso seguro del medicamento, infecciones asociadas a la atención sanitaria e identificación inequívoca). Cada dominio constaba de una descripción previa y una serie de enunciados englobados en 3 apartados (conocimientos, habilidades y actitudes). **Anexo V.** Para cada una de las opciones presentadas, se solicitó señalar en qué medida se consideraba que era importante incluirla en la formación sobre seguridad del paciente: (1= lo menos importante; 10= lo más importante) teniendo en consideración simultáneamente para cada uno de los ítems su importancia y su factibilidad para ser trasladado a un escenario clínico simulado.

Tras el análisis de las puntuación, se estimó el grado de acuerdo y la dispersión calculando la mediana y el rango intercuartílico. Se mantuvieron los ítems en los que la mediana fue igual o mayor que 8 y el 85% de las respuestas se situaron entre 7 y 10, los restantes fueron retirados del cuestionario. Se construyó el segundo cuestionario con un total de 186 preguntas con la misma estructura que el anterior, en el que se solicitaba de nuevo a los expertos que valoraran además en este caso en qué medida consideraban el ítem importante (1= lo menos importante; 10= lo más importante) para ser incluido en la formación básica de un curriculum de seguridad del paciente.

Los datos del primer cuestionario se presentan como: nivel de acuerdo (alto si mediana ≥ 8); dispersión (baja si rango intercuartílico ≤ 2); porcentaje de ítems en el que el 85% de las respuestas es de 7 a 10 y el número de ítems mantenidos en la segunda ronda.

En la segunda ronda (Cuestionario 2 **Anexo VI**) se analiza el nivel de acuerdo (alto si mediana ≥ 8) seleccionándose además como ítems a incluir en la formación básica aquellos que además tienen un grado de dispersión bajo: < 2

3. ELABORACIÓN DE ESCENARIOS CLÍNICOS SIMULADOS (ECS)

El ECS es una herramienta que permite al instructor/facilitador ayudar al estudiante a alcanzar los objetivos docentes mediante la simulación. Los ECS pueden ser utilizados como herramientas de aprendizaje o de evaluación.

Todos los ECS deben tener un contenido estandar que debe ser revisado previamente a iniciarse la experiencia. Incluye el prebriefing, la situación clínica y el debriefing.

Consideraciones a tener en cuenta a la hora de diseñar un ECS:

- Asegurarse de que el caso aborda un tema importante y relevante para las necesidades de aprendizaje de los usuarios destinatarios
- Asegurarse de que se trata de un caso cuya resolución esté basada en la evidencia científica.
- El caso debe parecer auténtico y real
- Asegurarse de que el caso permite al alumno algún descubrimiento, sorpresa
- Asegurarse de que el caso tiene los datos necesarios para hacer frente al problema, ni demasiados, ni muy pocos
- Asegurarse que el caso está bien estructurado y es fácil de leer
- Asegurarse que el caso es corto
- Se debe tener en cuenta la factibilidad del montaje del caso (recursos humanos y materiales)
- El caso debe poseer puntos claves que nos permitan inferir en qué grado ha alcanzado el alumno los objetivos propuestos
- No debe dejarse nada al azar ya que no se trata de un juego, sino de una actividad que puede llegar a tener importantes repercusiones en el aprendizaje del estudiante

Los escenarios elaborados incluyen algunas de las competencias identificadas en la fase previa a través de la metodología descrita

Para la elaboración de los ECS se ha utilizado Basado en el Manual de Casos Clínicos Simulados del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Cadiz http://www.uca.es/recursos/doc/Unidades/Unidad_Innovacion/Actuaciones/ANE-XOS_2011_2012/359759948_2211201213917.pdf

Los ECS se estructuran en los siguientes apartados:

DATOS BÁSICOS

- Título del caso :
- Destinatarios:
- Nivel de complejidad:
- Localización de la simulación y del debriefing:
- Tiempo estimado de la simulación
- Tiempo estimado del debriefing
- Resumen del caso: Debe contener la información básica para su desarrollo

OBJETIVOS

Objetivos generales.

Objetivos específicos.

DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO

Espacio de aprendizaje

Simulador/es necesario/s.

Número de participantes

Equipamiento

Material necesario para llevar a cabo la simulación:

- Equipamiento que debe tener el simulador
- Equipamiento que debe estar disponible en el lugar de la simulación
- Documentación necesaria
- Fármacos y fluidos necesarios
- Pruebas diagnósticas

INFORMACIÓN PARA EL ESTUDIANTE

INFORMACIÓN PARA EL INSTRUCTOR

ESCENARIO

- El tiempo. Momento en el que suceden los distintos eventos
- Ajustes del monitor: valores que aparecen en la monitorización del paciente
- Paciente/simulador: datos aportados por el paciente/instructor-facilitador/actor
- Intervención del alumno: actividades esperadas por el estudiante. Coinciden en su mayoría con las actividades clave.
- Señal/aviso: señales o avisos que aporta el simulador, los instructores facilitadores o actores para reconducir el caso, si el estudiante no realiza las acciones esperadas.

DEBRIEFING

BIBLIOGRAFÍA

AUTORÍA

ASPECTOS QUE PUEDEN simplificar o complicar el caso en dependencia de los destinatarios

LISTA DE VERIFICACIÓN

OBSERVACIONES

Se consideraron como premisas a la hora de seleccionar el contenido de las ECS la prevalencia, la importancia, la globalidad, la amplitud, la factibilidad y la facilidad de evaluación.

4. VALIDACIÓN DE LOS ECS EN LABORATORIOS DE SIMULACIÓN CLÍNICA:

El contenido de los escenarios ha sido evaluado por expertos en Seguridad del Paciente y en Simulación Clínica en su formato original, chequeando que cumplen los requisitos predefinidos para ser aplicados en formación de competencias en seguridad del paciente a través de esta herramienta de aprendizaje. La validación definitiva de un primer grupo de ECS con alumnos, tiene previsto realizarse un Taller el próximo día 24 de Junio de 2004 en el Aula de simulación de la Universidad Francisco de Vitoria.

5. RESULTADOS

1. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE COMPETENCIAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se realiza a través de una metodología explícita, estructurada y sistemática que responda a las cuestiones planteadas.

1.1. Búsqueda y análisis de artículos que hubieran investigado sobre las competencias en Seguridad del Paciente

Después de eliminarse los duplicados quedaron 93 referencias, que fueron divididas en dos bloques iguales para ser revisadas manualmente por duplicado, por los cuatro autores divididos en dos parejas. Después del proceso de revisión manual, quedaron seleccionadas 69 referencias publicados entre 2005 y 2013 para revisar el texto completo.

En el **Anexo I**, se describen los resultados detallados de la búsqueda y análisis bibliográfico

El interés y relevancia de los artículos se puntuó por los revisores de 1 a 5.

Las principales conclusiones extraídas por los revisores tras el análisis de la bibliografía hacen referencia a:

- Existe escasa evidencia científica en relación a las competencias en Seguridad del Paciente.
- La mayoría de estudios proceden del ámbito anglosajón (Estados Unidos, Canadá, Reino Unido)
- Muchas son experiencias piloto de determinadas instituciones educativas y sanitarias que presentan proyectos formativos orientados a la educación y formación de las profesiones sanitarias en la fase de grado (medicina y enfermería) y postgrado (médicos en periodo de formación).

- Algunas experiencias son específicas para algunas especialidades médicas: cirugía general, anestesiología, medicina interna.
- La mayoría de estudios son estudios cualitativos.
- Los estudios diseñados metodológicamente como pre y postintervención demuestran que la enseñanza de competencias en SP mejoran los conocimientos, habilidades y actitudes en dicha área.
- La simulación clínica está integrada en un porcentaje significativo de estas experiencias.
- Se demuestra el interés de las instituciones responsables de la formación de profesionales sanitarios en el desarrollo de competencias en Seguridad del paciente.
- La mayoría de iniciativas en fase piloto ponen de manifiesto que la enseñanza de la Seguridad del paciente está en su fase más preliminar y que es necesario desarrollar planes formativos que puedan ser integrados en las diferentes fases de formación de las profesiones sanitarias.
- Es necesario validar estas experiencias para que puedan ser difundidas y aplicadas en los diferentes ámbitos sanitarios

1.2. Revisión de proyectos internacionales que presentaran en sus resultados un conjunto de competencias relacionadas con seguridad del paciente.

En el Anexo II se relatan las experiencias encontradas tras la revisión y que se resumen en la Tabla 2.

Tabla 2. Competencias en Seguridad del paciente

| | |
|--|---|
| Canada 2008 El Canadian Patient Safety Institute (CPSI), The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada | Frank JR, Brien S, (Editors) on behalf of The Safety Competencies Steering Committee. The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions. Ottawa, ON: Canadian Patient Safety Institute; 2008. http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/safetyCompetencies/Documents/Safety%20Competencies.pdf |
| Australia 2005 Australian Council for Safety and Quality in Health Care | Australian Council on Safety and Quality in Health Care. National patient safety education framework. Canberra: Commonwealth of Australia 2005 http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/06/National-Patient-Safety-Education-Framework-2005.pdf |
| OMS 2019 | WHO. The WHO patient safety curriculum guide for medical schools. http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum |
| OMS 2011 | Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf?ua=1 |
| OMS 2012 | “Patient safety research: a guide for developing training programmes” http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75359/1/9789241503440_eng.pdf |
| The European Network for Patient Safety (EUNetPaS) 2010 | EUNetPaS General Guide for Education and Training in Patient Safety http://www.hope.be/03activities/docsactivities/eunetpas/6-eunetpas-general_guide_training_and_education.pdf |
| The Patient Safety Education Project (PSEP) Core Curriculum 2008 | Emanuel LL, Combes JR, Hatlie MJ, Karsh B, Lau DT, Shalowitz J, Shaw T, Walton M, eds. The Patient Safety Education Project (PSEP) Core Curriculum. © PSEP Project, 2008. |
| JOINT COMMISSION 2002 | “National Patient Safety Goals” (NPSGs) http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx |
| REINO UNIDO. ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS CURRICULUM 20102 | CURRICULUM 20102.02 THE CONTEXTUAL STATEMENT ON Patient Safety and Quality of Care http://www.rcgp.org.uk/gp-training-and-exams/~media/Files/GP-training-and-exams/Curriculum-2012/RCGP-Curriculum-2-02-Patient-Safety-and-Quality-Of-Care.ashx |
| THE EBA/UEMS AND ESA | postgraduate training program for anaesthesiology, pain and intensive care medicine |
| ANTS | Anaesthetists’ Non-Technical Skills(ANTS) System Handbook ANTS website: www.abdn.ac.uk/iprc/ANTS |
| La American College of Surgeons (ACS) y el Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) 2007 | PATIENT SAFETY CURRICULUM FOR SURGICAL RESIDENCY PROGRAMS Sachdeva, A. K., Philibert, I., Leach, D. C., Blair, P. G., Stewart, L. K., Rubinfeld, I. S., & Britt, L. D. (2007). Patient safety curriculum for surgical residency programs: results of a national consensus conference. <i>Surgery</i> , 141(4):427–441 |
| Society of Hospital Medicine (SHM) Hospital Quality and Patient Safety (HQPS) | The Hospital Quality and Patient Safety (HQPS) Competencies. O’Leary, K. J., Afsar-Manesh, N., Budnitz, T., Dunn, A. S., & Myers, J. S. (2011). Hospital quality and patient safety competencies: development, description, and recommendations for use. <i>Journal of hospital medicine</i> , 6(9): 530-6 |
| National Patient Safety Foundation | Improving patient safety through Web-based education. http://www.npsf.org/online-learning-center/patient-safety-curriculum-2/ |
| Royal College of Physicians and Surgeons of Canada | Habilidades necesarias en el nuevo milenio: informe del grupo de trabajo sobre necesidades sociales. Proyecto CANMEDS 2000 Directrices para especialistas en educación médica del Real Colegio de Médicos y Cirujanos de Canadá (Proyecto 2000) |

5. Identificación del Mapa de competencias relacionadas con la seguridad del paciente

Tras la primera ronda Delphi el análisis de cuestionario se describe a continuación

Análisis cuestionario 1

Nº de respuestas: 28

Dominio 1: cultura de seguridad

Nivel de acuerdo alto: mediana=>8 en todos los ítems

Dispersión: rango intercuartílico =<2 en todos los ítems

Ítems en que el 85% de las respuestas es de 7 a 10: 100%

Se mantienen todos los ítems para la 2ª ronda

Dominio 2: importancia de los factores humanos en la seguridad del paciente

Nivel de acuerdo alto: mediana=>8 en todos los ítems

Dispersión: rango intercuartílico =<2 en todos los ítems, excepto en 2 (21, 38)

Ítems en que el 85% de las respuestas es de 7 a 10: todos excepto el 26, que se elimina para la 2ª ronda.

Dominio 3: entender el sistema y las organizaciones complejas

Nivel de acuerdo alto: mediana=>8 en todos los ítems

Dispersión: rango intercuartílico =<2 en todos los ítems, excepto en 1 (55)

Ítems en que el 85% de las respuestas es de 7 a 10: 8/14. Se excluyen 6 de la siguiente ronda (44, 45, 47, 51, 58, 59)

Dominio 4: trabajo en equipo

Nivel de acuerdo alto: mediana=>8 en todos los ítems

Dispersión: rango intercuartílico =<2 en todos los ítems

Ítems en que el 85% de las respuestas es de 7 a 10: todos excepto 63 y 80, que se excluyen de la siguiente ronda.

Dominio 5: comunicación efectiva

Nivel de acuerdo alto: mediana=>8 en todos los ítems

Dispersión: rango intercuartílico =<2 en todos los ítems

Ítems en que el 85% de las respuestas es de 7 a 10: todos excepto 3 (99, 101, 105), que se excluyen de la ronda siguiente

Dominio 6: aprender de los errores y prevenir el daño

Nivel de acuerdo alto: mediana=>8 en todos los ítems

Dispersión: rango intercuartílico =<2 en todos los ítems, excepto en 2 (114, 115)

Ítems en que el 85% de las respuestas es de 7 a 10: todos excepto 4 (110, 114, 115, 123), que se excluyen de la ronda siguiente

Dominio 7: informar de eventos adversos

Nivel de acuerdo alto: mediana=>8 en todos los ítems

Dispersión: rango intercuartílico =<2 en todos los ítems

Ítems en que el 85% de las respuestas es de 7 a 10: todos excepto el 135, que se excluye de la ronda siguiente

Dominio 8: implicar a pacientes y familiares

Nivel de acuerdo alto: mediana=>9 en todos los ítems

Dispersión: rango intercuartílico =<2 en todos los ítems

Ítems en que el 85% de las respuestas es de 7 a 10: 100%

Se mantienen todos los ítems para la 2ª ronda

Dominio específico: uso seguro del medicamento

Nivel de acuerdo alto: mediana=>8 en todos los ítems

Dispersión: rango intercuartílico =<2 en todos los ítems

Ítems en que el 85% de las respuestas es de 7 a 10: 100%

Se mantienen todos los ítems para la 2ª ronda

Dominio específico: infecciones asociadas a la atención sanitaria

Nivel de acuerdo alto: mediana=>8 en todos los ítems

Dispersión: rango intercuartílico =<2 en todos los ítems excepto en 1 (208)

Ítems en que el 85% de las respuestas es de 7 a 10: 100%

Se mantienen todos los ítems para la 2ª ronda

Dominio específico: identificación inequívoca

Nivel de acuerdo alto: mediana=>9 en todos los ítems

Dispersión: rango intercuartílico =<2 en todos los ítems excepto en 1 (216)

Ítems en que el 85% de las respuestas es de 7 a 10: todos excepto el 216, que se excluye de la ronda siguiente

En la tabla 3 se muestran los resultados de la segunda ronda Delphi expresada la puntuación en forma de mediana y rango IQ

Y en la tabla 4 las competencias que tras el análisis de la ronda 2 se consideran competencias básicas en seguridad del paciente

Análisis cuestionario 2

Nº de respuestas: 26

Tabla 3. Resultados de la segunda ronda Delphi

| DOMINIO 1. CULTURA DE SEGURIDAD. | Mediana | Rango IQ |
|--|----------------|-----------------|
| CONOCIMIENTOS. El profesional: | | |
| 1. Reconoce la importancia e impacto de la SP en la atención sanitaria. | 9 | 1 |
| 2. Conoce la epidemiología de los eventos adversos: incidencia /daño/costes asociados. | 8 | 1,75 |
| 3. Tiene conocimiento de la taxonomía y clasificación: incidente, evento adverso, evento centinela, "never events". | 8 | 1 |
| 4. Conoce las lecciones aprendidas sobre errores y fallos del sistema en otras industrias: Modelo queso suizo, factores latentes, factores activos, barreras de defensa. | 8 | 2 |
| 5. Conoce el modelo basado en la persona (cultura punitiva) y en el sistema (enfoque sistémico). | 9 | 2 |
| 6. Entiende el concepto de cultura justa y responsabilidad. | 8 | 2 |
| HABILIDADES. El profesional: | | |
| 7. Tiene capacidad para reconocer los errores y incidentes relacionados con la seguridad del paciente (incidentes sin daño y eventos adversos) | 9 | 1,75 |
| 8. Informa y notifica incidentes y eventos adversos | 9 | 2 |
| 9. Tiene capacidad para reconocer factores latentes | 9 | 2 |
| 10. Utiliza la técnica de los 5 "Por qué", utilizando la pregunta ¿qué ha pasado? frente a ¿quién ha sido? | 8,5 | 2 |
| 11. Practica los cuidados basados en la evidencia: uso de guías y protocolos | 9 | 1,75 |
| 12. Tiene capacidad para asegurar la continuidad en los cuidados | 8 | 2,75 |
| 13. Implica al paciente en la SP | 8 | 2 |
| ACTITUDES. El profesional | | |
| 14. Tiene una actitud de aprendizaje y mejora continua ante los errores | 9 | 2 |
| 15. Es capaz de asumir compromisos y responsabilidades en la SP | 8 | 1 |
| 16. Actúa de forma ética | 9 | 2 |
| 17. Evita culpabilizar a otros cuando ocurren errores y reconoce su propia responsabilidad | 9 | 2 |

| DOMINIO 2. IMPORTANCIA DE LOS FACTORES HUMANOS EN LA SP | Mediana | Rango IQ |
|--|----------------|-----------------|
| CONOCIMIENTOS. El profesional: | | |
| 19. Comprende las razones por las que las personas cometen errores | 8 | 2 |
| 20. Conoce los tipos de situaciones que aumentan la probabilidad de cometer errores | 9 | 1 |
| 21. Conoce el impacto de los factores humanos en la SP y su relación con el entorno de trabajo | 8,5 | 1,75 |
| 22. Conoce las estrategias disponibles para disminuir los errores ligados a los factores humanos | 9 | 1 |
| HABILIDADES. El profesional: | | |
| 23. Reconoce las situaciones de riesgo relacionadas con los factores humanos | 9 | 1 |
| 24. Evita depender de la memoria utilizando herramientas como protocolos, diagramas de trabajo, recordatorios gráficos | 9 | 1 |
| 25. Reconoce y gestiona el stress y la fatiga | 8 | 1 |
| 26. Revisa y simplifica los procesos | 8 | 2 |
| 27. Estandariza los procesos y procedimientos más comunes | 8 | 1,75 |
| 28. Utiliza listados de verificación disponibles | 9 | 2 |
| 29. Se asegura de que el equipo comparte el mismo enfoque hacia la tarea (modelo mental compartido) | 8 | 1 |
| 30. Asegura una delegación de tareas adecuada | 8,5 | 2 |
| 31. Reducen las distracciones cuando se realizan tareas complejas o potencialmente peligrosas | 9 | 2 |
| 32. Potencia su conciencia de la situación para poder anticiparse a lo inesperado | 8 | 1,75 |
| ACTITUDES. El profesional: | | |
| 33. Acepta las limitaciones de la naturaleza humana y la inevitabilidad del error ligada a dicha condición | 8 | 2 |
| 34. Se asegura de estar entrenado para las tareas que tiene asignadas | 9 | 1 |
| 35. Evita cambios en la manera de realizar su trabajo | 8 | 2,75 |
| 36. Presta atención y es cuidadoso en sus acciones | 9 | 1 |
| 37. Se preocupa de su propio cuidado. Reconoce cuándo sus condiciones personales pueden afectar la SP | 8 | 2 |

| DOMINIO 3. ENTENDER EL SISTEMA Y LAS ORGANIZACIONES COMPLEJAS | Mediana | Rango IQ |
|---|----------------|-----------------|
| CONOCIMIENTOS. El profesional: | | |
| 39. Entiende el trabajo como un proceso | 8,5 | 1,75 |
| 40. Entiende la complejidad del sistema y las interrelaciones que ocurren en la atención sanitaria | 9 | 1 |
| 41. Conoce cómo la estructura organizativa y los procesos de trabajo pueden afectar a la calidad de los cuidados | 8 | 2 |
| 42. Conoce los factores contribuyentes y sus diferentes categorías: factores de los pacientes, de los profesionales, ligados a la tarea, tecnológicos y del equipo, factores ambientales, factores organizaciones | 8,5 | 2 |
| HABILIDADES. El profesional: | | |
| 43. Reconoce los sistemas pobremente diseñados | 8 | 2 |
| 44. Aplica los factores humanos en el rediseño de sistemas | 8 | 2,75 |
| 45. Analiza los errores desde una aproximación sistémica | 9 | 2 |
| ACTITUDES. El profesional: | | |
| 46. Es consciente de que los cuidados y tratamientos de los pacientes implican interrelaciones complejas | 9 | 1,75 |

| DOMINIO 4. TRABAJO EN EQUIPO | Mediana | Rango IQ |
|--|----------------|-----------------|
| CONOCIMIENTOS. El profesional: | | |
| 48. Conoce la importancia del trabajo en equipo para la seguridad del paciente | 9 | 2 |
| 49. Conoce las características del trabajo en equipo efectivo | 9 | 1 |
| 50. Entiende el liderazgo como elemento clave del trabajo en equipo | 9 | 1,75 |
| 51. Reconoce e identifica los conflictos de los equipos. Conoce las técnicas de resolución de conflictos | 8 | 2 |
| 52. Conoce las barreras para el trabajo en equipo en el ámbito sanitario | 8 | 2 |
| 53. Conoce las metas y los resultados a alcanzar (responsabilidad individual y compartida) | 8 | 2 |
| HABILIDADES. El profesional: | | |
| 54. Demuestra técnicas de liderazgo apropiadas a las situaciones clínicas | 9 | 1 |
| 55. Identifica las funciones de cada uno de los miembros del equipo | 9 | 1 |
| 56. Actúa como una unidad en el objetivo de una tarea | 8 | 2 |
| 57. Toma decisiones | 9 | 1,75 |
| 58. Practica la escucha activa para mejorar el trabajo en equipo | 9 | 1 |
| 59. Acepta la delegación de tareas | 9 | 1 |
| 60. Monitoriza las actividades del equipo. | 9 | 1,75 |
| 61. Utiliza técnicas de soporte mutuo. | 8 | 3 |
| 62. Es capaz de solicitar y ofrecer ayuda | 9 | 1,75 |
| 63. Trabaja con otros miembros en la prevención de conflictos | 8,5 | 2 |
| 64. Es capaz de incorporar al paciente y familiares como miembros del equipo | 8 | 2 |
| ACTITUDES. El profesional: | | |
| 65. Demuestra respeto y empatía en la comunicación con otros profesionales y con el paciente | 9 | 1 |
| 66. Reconoce la importancia del trabajo en equipo y está abierto a ello | 9 | 1 |
| 67. Es consciente de cómo sus valores y asunciones afectan a la interacción con otros miembros del equipo | 8,5 | 1,75 |
| 68. Respeta y reconoce las funciones de todos los miembros del equipo | 9 | 1 |
| 69. Es receptivo al feed-back constructivo que recibe sobre su actuación y está en disponibilidad de darlo al resto | 8 | 1 |
| 70. Reconoce la importancia de incorporar al paciente en el equipo sanitario | 8 | 2 |
| 71. Fomenta un ambiente en el que todos los miembros del equipo aprenden y enseñan | 8,5 | 1 |
| 72. Respeta las diferencias y opiniones divergentes que pueden contribuir a las tensiones interprofesionales | 8 | 1,75 |
| 73. Demuestra disposición a establecer las prioridades y objetivos del equipo, midiendo los logros y aprendiendo de las experiencias del trabajo en equipo | 8,5 | 1,75 |

| DOMINIO 5. COMUNICACIÓN EFECTIVA | Mediana | Rango IQ |
|---|----------------|-----------------|
| CONOCIMIENTOS. El profesional: | | |
| 75. Conoce la importancia de la comunicación efectiva en el traspaso de información | 9 | 1 |
| 76. Conoce las técnicas de comunicación efectiva | 9 | 1,75 |
| 77. Conoce la importancia de las transferencias y transiciones asistenciales en la génesis de eventos adversos | 9 | 2 |
| 78. Entiende la necesidad de comunicarse de forma efectiva en situaciones críticas | 9 | 2 |
| 79. Entiende los beneficios, limitaciones y responsabilidades del uso de los sistemas de información como la historia clínica electrónica, la prescripción electrónica, los sistemas de ayuda a la prescripción etc., en relación con la SP | 9 | 2 |
| HABILIDADES. El profesional: | | |
| 80. Utiliza técnicas apropiadas de comunicación en situaciones de riesgo | 9 | 1,5 |
| 81. Se comunica con otros profesionales en la transferencia de cuidados | 9 | 1,75 |
| 82. Utiliza procedimientos de comunicación adecuados en los trasposos de los pacientes, incluyendo los traslados entre diferentes instituciones y el alta hospitalaria | 9 | 2 |
| 83. Usa la comunicación escrita de forma efectiva: documenta la historia clínica de forma adecuada, prescribe de forma segura, evita abreviaturas | 9 | 2 |
| 84. Utiliza la tecnología y herramientas de comunicación | 9 | 1 |
| ACTITUDES. El profesional: | | |
| 85. Reconoce la importancia de la comunicación efectiva en la SP actuando con respeto y empatía con el resto de profesionales y con el propio paciente y sus familiares | 9 | 1 |

| DOMINIO 6. APRENDER DE LOS ERRORES Y PREVENIR EL DAÑO | Mediana | Rango IQ |
|---|----------------|-----------------|
| CONOCIMIENTOS. El profesional: | | |
| 87. Identifica situaciones (inadecuada transmisión de información, procedimientos pobres...) y factores personales (fatiga, estrés, actitudes peligrosas, memoria limitada...) que se asocian a un incremento del riesgo de error | 8 | 1 |
| 88. Conoce la importancia de notificar los incidentes relacionados con la seguridad del paciente | 9 | 1,75 |
| 89. Entiende las características básicas de los sistemas de notificación | 9 | 2,5 |
| 90. Conocen las principales estrategias para prevenir los errores | 9 | 1 |
| HABILIDADES. El profesional: | | |
| 91. Reconoce situaciones de riesgo | 9 | 1 |
| 92. Examina la génesis de los errores | 9 | 1 |
| 93. Relaciona el error con las consecuencias o resultados | 9 | 1 |
| 94. Tiene capacidad de notificar incidentes y eventos adversos | 9 | 2 |
| 95. Tiene capacidad de participar en un AMFE | 8 | 2 |
| 96. Aplica estrategias para reducir los errores (se cuida a sí mismo, conoce el ambiente, conoce sus tareas, pregunta si no sabe...) | 9 | 1,75 |
| 97. Es capaz de hacer preguntas de manera asertiva | 8,5 | 2 |
| ACTITUDES. El profesional: | | |
| 98. Ante un incidente relacionado con la SP se pregunta qué ha pasado y cómo prevenir su recurrencia | 9 | 2 |
| 99. Aprende de sus errores y de los de otros profesionales | 9 | 2 |
| 100. Acepta que los errores pueden ocurrir sin que ello suponga que el profesional es malo o incompetente | 9 | 2 |
| 101. Muestra disposición a participar en el análisis de incidentes relacionados con la SP y mejora continua de calidad | 9 | 1,75 |

| DOMINIO 7. INFORMAR DE EVENTOS ADVERSOS | Mediana | Rango IQ |
|--|----------------|-----------------|
| CONOCIMIENTOS. El profesional | | |
| 103. Conoce los conceptos básicos: complicación / incidente relacionado con la SP/ incidente sin daño/ evento adverso | 8,5 | 1,75 |
| 104. Diferencia entre el proceso de notificar y el de informar a pacientes y familiares sobre un incidente relacionado con la SP | 9 | 2 |
| 105. Conoce las obligaciones profesionales, éticas y legales sobre la comunicación de un incidente relacionado con la SP | 8,5 | 1,75 |
| HABILIDADES. El profesional | | |
| 106. Es capaz de proporcionar una comunicación efectiva a tiempo y honesta sobre los incidentes relacionados con la SP | 9 | 2 |
| 107. Incluye expresiones de disculpa en el proceso de información | 9 | 2 |
| 108. Es capaz de proporcionar apoyo a los pacientes y profesionales implicados en un incidente relacionado con la SP | 9 | 2 |
| 109. Comunica de forma adecuada una mala noticia | 9 | 1,75 |
| 110. Es capaz de responder de manera adecuada a las emociones de los pacientes y profesionales en el proceso de información | 9 | 1 |
| 111. Reconocen y saben aplicar la información en situaciones especiales con pacientes vulnerables y determinados contextos | 9 | 1 |
| ACTITUDES. El profesional | | |
| 112. Aplica un razonamiento y toma de decisiones ético moral con relación a los eventos adversos | 9 | 1,75 |
| 113. Asume y se compromete con la atención centrada en el paciente | 9 | 1,75 |
| 114. Acepta la obligación de revelar la ocurrencia de eventos adversos en consonancia con las políticas y legislaciones vigentes | 8 | 1,75 |

| DOMINIO 8. IMPLICAR A LOS PACIENTES Y FAMILIARES | Mediana | Rango IQ |
|--|----------------|-----------------|
| CONOCIMIENTOS. El profesional: | | |
| 116. Conoce el proceso de toma de decisiones centrada en el paciente | 9 | 2,75 |
| 117. Conoce la importancia de la información relacionada con la atención sanitaria | 8,5 | 2 |
| 118. Conoce los derechos de los pacientes a recibir información y los fundamentos del consentimiento informado | 9 | 1 |
| HABILIDADES. El profesional: | | |
| 119. Protege la privacidad y confidencialidad | 9 | 2 |
| 120. Se presenta con nombre y cargo | 9 | 2,75 |
| 121. Es capaz de dar la información adecuada de forma correcta: lenguaje apropiado, adaptada a la diversidad cultural | 9 | 2 |
| 122. Implica a pacientes y familiares en la toma de decisiones | 8,5 | 1 |
| 123. Aplica el consentimiento informado y evalúa la competencia. Tiene en consideración las voluntades anticipadas | 9 | 1,75 |
| 124. Informa de los riesgos y beneficios de los tratamientos, reconoce la incertidumbre e informa de las posibles opciones | 9 | 2 |
| ACTITUDES. El profesional: | | |
| 125. Muestra respeto, empatía y honestidad hacia los pacientes y familiares | 9 | 2 |
| 126. Se orienta hacia la comunicación centrada en el paciente | 9 | 1 |
| 127. Acepta las decisiones competentes de los pacientes | 9 | 1,75 |
| 128. Reconoce la importancia de la participación del paciente en la SP | 9 | 1 |
| 129. Promueve la participación del paciente en sus propios cuidados | 8,5 | 1,75 |

| USO SEGURO DEL MEDICAMENTO | Mediana | Rango IQ |
|---|---------|----------|
| CONOCIMIENTOS. El profesional: | | |
| 131. Conoce la epidemiología e impacto de los riesgos asociados al uso de medicación. | 8,5 | 1 |
| 132. Conoce la terminología específica relacionada con la seguridad del medicamento (incidentes por medicamentos, error de medicación, acontecimiento adverso por medicamentos, reacción adversa a medicamentos...) | 9 | 1,75 |
| 133. Conoce las diferentes fases de la cadena terapéutica donde puede ocurrir el error | 9 | 2 |
| 134. Conoce los diferentes tipos, causas y riesgos de los errores de medicación | 9 | 1 |
| 135. Conoce las consecuencias derivadas de los errores de medicación | 9 | 1,75 |
| 136. Conoce los factores contribuyentes asociados a los sistemas de trabajo | 8 | 1,75 |
| 137. Conoce las medicaciones de alto riesgo | 9 | 1 |
| 138. Conoce las acciones, indicaciones, contraindicaciones, efectos adversos e interacciones de los fármacos utilizados habitualmente en su ámbito asistencial | 9 | 1 |
| 139. Conoce las principales estrategias para prevenir los errores de medicación | 9 | 2 |
| 140. Conoce dónde y cómo disponer de información de calidad sobre los medicamentos | 9 | 2,75 |
| 141. Conoce los beneficios de una aproximación multidisciplinar en el uso seguro del medicamento | 9 | 1,75 |
| HABILIDADES. El profesional: | | |
| 142. Es capaz de entender los riesgos derivados del uso del medicamento | 9 | 2,75 |
| 143. Es capaz de minimizar los riesgos de errores de medicación y utilizar acciones preventivas (usar nombres genéricos, comunicar claramente, desarrollar hábitos de verificación - las 5 R...) | 9 | 2 |
| 144. Utiliza las tecnologías de la información para disminuir los riesgos | 9 | 1 |
| 145. Es capaz de aprender de los errores de medicación: notifica, analiza y aprende | 9 | 2 |
| 146. Implica y educa al paciente en el uso seguro del medicamento | 8,5 | 2 |
| ACTITUDES. El profesional: | | |
| 147. Es consciente en la práctica diaria de los riesgos asociados al uso de medicación | 9 | 1 |
| 148. Se implica en mejorar la seguridad de los medicamentos. | 9 | 1,75 |
| 149. Se entrena y forma para evitar errores de medicación. | 9 | 1,75 |
| 150. Asume la necesidad de trabajar en equipo y de forma multidisciplinar | 9 | 2 |
| INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN SANITARIA (IAAS) | | |
| CONOCIMIENTOS. El profesional: | | |
| 152. Conoce la epidemiología de la IAAS y magnitud del problema | 8 | 2 |
| 153. Conoce las principales causas y tipos de IAAS | 9 | 1 |
| 154. Conoce los modelos asociados a la transmisión de la infección | 8 | 1 |
| 155. Conoce los objetivos y métodos de vigilancia de la IAAS | 8 | 3 |
| 156. Conoce los principales métodos para el control y prevención de la IAAS | 9 | 1 |
| 157. Conoce las precauciones estándar | 9 | 2 |
| 158. Conoce las precauciones basadas en la transmisión | 9 | 1,75 |
| 159. Conoce los elementos clave de la higiene de manos | 9 | 1 |
| 160. Conoce los principios básicos de la limpieza general, antisépticos y desinfectantes | 9 | 1 |
| 161. Conoce los principios de higiene y procesamiento del instrumental y equipamiento clínico | 8 | 3 |
| 162. Conoce las principales normas y recomendaciones para prevenir la IAAS en determinados procesos | 8,5 | 2,5 |
| 163. Conoce las medidas de aislamiento para pacientes con enfermedades infecto contagiosas | 9 | 0,75 |
| 164. Conoce el concepto de microorganismos multirresistentes y las políticas de control del uso de antibióticos | 9 | 1,75 |
| 165. Conoce las normas, vacunas y recomendaciones dirigidas al personal sanitario | 8 | 2 |
| HABILIDADES. El profesional: | | |
| 166. Aplica las precauciones estándar | 9 | 2,75 |
| 167. Se adhiere a las recomendaciones sobre la higiene de manos realizándola en el momento y con la técnica adecuada | 9 | 1,75 |
| 168. Utiliza de forma adecuada los equipos de protección personal y medidas barrera | 9 | 2 |
| 169. Realiza de forma adecuada los diferentes tipos de aislamiento | 9 | 2 |
| 170. Aplica las medidas preventivas específicas para evitar infecciones en determinados ámbitos | 9 | 1 |
| 171. Utiliza los protocolos y guías de profilaxis y tratamiento antibiótico institucionales | 9 | 2 |
| ACTITUDES. El profesional: | | |
| 172. Entiende el coste potencial social, económico y emocional de las IAAS sobre el paciente y actúa en consecuencia | 8 | 2 |

| IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA | Mediana | Rango IQ |
|---|---------|----------|
| CONOCIMIENTOS. El profesional | | |
| 174. Conoce los procesos de verificación que aseguran que el paciente correcto recibe el tratamiento correcto, en el momento y lugar correcto | 9 | 1,75 |
| 175. Conoce la importancia de la comunicación adecuada entre el equipo sanitario para prevenir problemas de identificación incorrecta | 9 | 1 |
| 176. Conoce las fases de la identificación inequívoca | 9 | 2,75 |
| 177. Conoce los identificadores inequívocos utilizados en la atención sanitaria | 9 | 2,75 |
| HABILIDADES. El profesional | | |
| 178. Tiene capacidad de comunicarse de forma efectiva con los pacientes y profesionales | 9 | 1,75 |
| 179. Utiliza la identificación activa antes de realizar procedimientos y tratamientos | 9 | 2 |
| 180. Sigue las guías o protocolos institucionales de identificación inequívoca | 9 | 2 |
| 181. Utiliza de forma rutinaria los listados de verificación relacionados con la identificación del paciente | 9 | 2 |
| 182. Utiliza el marcado quirúrgico cuando está indicado | 9 | 2 |
| 183. Documenta la negativa del paciente a la identificación inequívoca y marcado quirúrgico | 9 | 2 |
| ACTITUDES. El profesional: | | |
| 184. Entiende los riesgos de los errores de identificación y actúa en consecuencia | 9 | 2 |
| 185. Se asegura de que el paciente se implica en el proceso de verificación inequívoca | 9 | 2,75 |

Todos los ítems de todos los dominios presentan un nivel de acuerdo alto: mediana=>8

Se seleccionan para la formación básica aquellos que además tienen un grado de dispersión bajo: <2

Las competencias fundamentales para la formación básica en seguridad del paciente en cada dominio serían los siguientes (Tabla 4):

| |
|---|
| DOMINIO 1. CULTURA DE SEGURIDAD |
| CONOCIMIENTOS. El profesional: |
| Reconoce la importancia e impacto de la SP en la atención sanitaria. |
| Conoce la epidemiología de los eventos adversos: incidencia /daño/costes asociados. |
| Tiene conocimiento de la taxonomía y clasificación: incidente, evento adverso, evento centinela, "never events". |
| HABILIDADES. El profesional: |
| Tiene capacidad para reconocer los errores y incidentes relacionados con la seguridad del paciente (incidentes sin daño y eventos adversos) |
| Practica los cuidados basados en la evidencia: uso de guías y protocolos |
| ACTITUDES. El profesional |
| Es capaz de asumir compromisos y responsabilidades en la SP |
| DOMINIO 2. IMPORTANCIA DE LOS FACTORES HUMANOS EN LA SP |
| CONOCIMIENTOS. El profesional: |
| Conoce los tipos de situaciones que aumentan la probabilidad de cometer errores |
| Conoce el impacto de los factores humanos en la SP y su relación con el entorno de trabajo |
| Conoce las estrategias disponibles para disminuir los errores ligados a los factores humanos |
| HABILIDADES. El profesional: |
| Reconoce las situaciones de riesgo relacionadas con los factores humanos |
| Evita depender de la memoria utilizando herramientas como protocolos, diagramas de trabajo, recordatorios gráficos |
| Reconoce y gestiona el stress y la fatiga |
| Estandariza los procesos y procedimientos más comunes |
| Se asegura de que el equipo comparte el mismo enfoque hacia la tarea (modelo mental compartido) |
| Potencia su conciencia de la situación para poder anticiparse a lo inesperado |
| ACTITUDES. El profesional: |
| Se asegura de estar entrenado para las tareas que tiene asignadas |
| Presta atención y es cuidadoso en sus acciones |
| DOMINIO 3. ENTENDER EL SISTEMA Y LAS ORGANIZACIONES COMPLEJAS |
| CONOCIMIENTOS. El profesional: |
| Entiende el trabajo como un proceso |
| Entiende la complejidad del sistema y las interrelaciones que ocurren en la atención sanitaria |

ACTITUDES. El profesional:

Es consciente de que los cuidados y tratamientos de los pacientes implican interrelaciones complejas

DOMINIO 4. TRABAJO EN EQUIPO**CONOCIMIENTOS. El profesional:**

Conoce las características del trabajo en equipo efectivo

Entiende el liderazgo como elemento clave del trabajo en equipo

HABILIDADES. El profesional:

Demuestra técnicas de liderazgo apropiadas a las situaciones clínicas

Identifica las funciones de cada uno de los miembros del equipo

Toma decisiones

Practica la escucha activa para mejorar el trabajo en equipo

Acepta la delegación de tareas

Monitoriza las actividades del equipo.

Es capaz de solicitar y ofrecer ayuda

ACTITUDES. El profesional:

Demuestra respeto y empatía en la comunicación con otros profesionales y con el paciente

Reconoce la importancia del trabajo en equipo y está abierto a ello

Es consciente de cómo sus valores y asunciones afectan a la interacción con otros miembros del equipo

Respeto y reconoce las funciones de todos los miembros del equipo

Es receptivo al feed-back constructivo que recibe sobre su actuación y está en disponibilidad de darlo al resto

Fomenta un ambiente en el que todos los miembros del equipo aprenden y enseñan

Respeto las diferencias y opiniones divergentes que pueden contribuir a las tensiones interprofesionales

Demuestra disposición a establecer las prioridades y objetivos del equipo, midiendo los logros y aprendiendo de las experiencias del trabajo en equipo

DOMINIO 5. COMUNICACIÓN EFECTIVA**CONOCIMIENTOS. El profesional:**

Conoce la importancia de la comunicación efectiva en el traspaso de información

Conoce las técnicas de comunicación efectiva

HABILIDADES. El profesional:

Utiliza técnicas apropiadas de comunicación en situaciones de riesgo

Se comunica con otros profesionales en la transferencia de cuidados

Utiliza la tecnología y herramientas de comunicación

ACTITUDES. El profesional:

Reconoce la importancia de la comunicación efectiva en la SP actuando con respeto y empatía con el resto de profesionales y con el propio paciente y sus familiares

DOMINIO 6. APRENDER DE LOS ERRORES Y PREVENIR EL DAÑO**CONOCIMIENTOS. El profesional:**

Identifica situaciones (inadecuada transmisión de información, procedimientos pobres...) y factores personales (fatiga, estrés, actitudes peligrosas, memoria limitada...) que se asocian a un incremento del riesgo de error

Conoce la importancia de notificar los incidentes relacionados con la seguridad del paciente

Conocen las principales estrategias para prevenir los errores

HABILIDADES. El profesional:

Reconoce situaciones de riesgo

Examina la génesis de los errores

Relaciona el error con las consecuencias o resultados

Aplica estrategias para reducir los errores (se cuida a sí mismo, conoce el ambiente, conoce sus tareas, pregunta si no sabe...)

ACTITUDES. El profesional:

Muestra disposición a participar en el análisis de incidentes relacionados con la SP y mejora continua de calidad

DOMINIO 7. INFORMAR DE EVENTOS ADVERSOS**CONOCIMIENTOS. El profesional:**

Conoce los conceptos básicos: complicación / incidente relacionado con la SP/ incidente sin daño/ evento adverso

Conoce las obligaciones profesionales, éticas y legales sobre la comunicación de un incidente relacionado con la SP

HABILIDADES. El profesional:

Comunica de forma adecuada una mala noticia

Es capaz de responder de manera adecuada a las emociones de los pacientes y profesionales en el proceso de información

Reconocen y saben aplicar la información en situaciones especiales con pacientes vulnerables y determinados contextos

ACTITUDES. El profesional:

Aplica un razonamiento y toma de decisiones ético moral con relación a los eventos adversos

Asume y se compromete con la atención centrada en el paciente

Acepta la obligación de revelar la ocurrencia de eventos adversos en consonancia con las políticas y legislaciones vigentes

DOMINIO 8. IMPLICAR A LOS PACIENTES Y FAMILIARES**CONOCIMIENTOS. El profesional:**

Conoce los derechos de los pacientes a recibir información y los fundamentos del consentimiento informado

HABILIDADES. El profesional:

Implica a pacientes y familiares en la toma de decisiones

Aplica el consentimiento informado y evalúa la competencia. Tiene en consideración las voluntades anticipadas

ACTITUDES. El profesional:

Se orienta hacia la comunicación centrada en el paciente

Acepta las decisiones competentes de los pacientes

Reconoce la importancia de la participación del paciente en la SP

Promueve la participación del paciente en sus propios cuidados

USO SEGURO DEL MEDICAMENTO**CONOCIMIENTOS. El profesional:**

Conoce la epidemiología e impacto de los riesgos asociados al uso de medicación.

Conoce la terminología específica relacionada con la seguridad del medicamento (incidentes por medicamentos, error de medicación, acontecimiento adverso por medicamentos, reacción adversa a medicamentos...)

Conoce los diferentes tipos, causas y riesgos de los errores de medicación

Conoce las consecuencias derivadas de los errores de medicación

Conoce los factores contribuyentes asociados a los sistemas de trabajo

Conoce las medicaciones de alto riesgo

Conoce las acciones, indicaciones, contraindicaciones, efectos adversos e interacciones de los fármacos utilizados habitualmente en su ámbito asistencial

Conoce los beneficios de una aproximación multidisciplinar en el uso seguro del medicamento

HABILIDADES. El profesional:

Utiliza las tecnologías de la información para disminuir los riesgos

ACTITUDES. El profesional:

Es consciente en la práctica diaria de los riesgos asociados al uso de medicación

Se implica en mejorar la seguridad de los medicamentos.

Se entrena y forma para evitar errores de medicación.

INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN SANITARIA (IAAS)**CONOCIMIENTOS. El profesional:**

Conoce las principales causas y tipos de IAAS

Conoce los modelos asociados a la transmisión de la infección

Conoce los principales métodos para el control y prevención de la IAAS

Conoce las precauciones basadas en la transmisión

Conoce los elementos clave de la higiene de manos

Conoce los principios básicos de la limpieza general, antisépticos y desinfectantes

Conoce las medidas de aislamiento para pacientes con enfermedades infecto contagiosas

Conoce el concepto de microorganismos multirresistentes y las políticas de control del uso de antibióticos

HABILIDADES. El profesional:

Se adhiere a las recomendaciones sobre la higiene de manos realizándola en el momento y con la técnica adecuada

Aplica las medidas preventivas específicas para evitar infecciones en determinados ámbitos

IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA**CONOCIMIENTOS. El profesional:**

Conoce los procesos de verificación que aseguran que el paciente correcto recibe el tratamiento correcto, en el momento y lugar correcto

Conoce la importancia de la comunicación adecuada entre el equipo sanitario para prevenir problemas de identificación incorrecta

HABILIDADES. El profesional:

Tiene capacidad de comunicarse de forma efectiva con los pacientes y profesionales

6. Elaboración de Experiencias Clínicas Simuladas

Se han elaborado 5 ECS que se resumen a continuación: la versión definitiva no estará disponible hasta que no se hayan sido validados en diferentes talleres de simulación

ECS 1. HIGIENE DE MANOS

Datos básicos

| | |
|---|---|
| Título del Caso: Higiene de Manos | |
| Fecha: 2014 | |
| Estudiantes destinatarios: alumnos/as del Curriculum en SP (Básico) | Curso: Curriculum en SP (Básico) |
| Disciplina: Medicina/Enfermería/Otros profesionales | |
| Tiempo estimado de la simulación: 15 minutos Localización: Box paciente Urgencias | Tiempo estimado del debriefing: 30 minutos Localización: Aula debriefing |
| Resumen del caso: Paciente varón de 38 años de edad que es trasladado por los Servicios de Emergencias Médicas desde la vía pública tras sufrir atropello por motocicleta. El paciente es ubicado en un box del servicio de urgencias. Es atendido por la enfermera responsable quien toma las constantes habituales. Observa herida inciso contusa en cuero cabelludo con restos de sangre. Tras la atención inicial avisa al médico para su valoración. El médico explora al paciente y solicita a la enfermera que coloque vía venosa periférica, que realice una extracción analítica; Rx de Tórax y proceda a sondaje vesical. | |

Objetivos específicos

Al término de la simulación clínica, los estudiantes serán capaces de:

| | |
|----|--|
| 1. | Conoce los elementos clave de la higiene de manos |
| 2. | Conoce el por qué de la importancia de la higiene de manos |
| 3. | Conoce cómo realizar el proceso: solución hidroalcohólica / lavado con agua y jabón. Técnica y duración |
| 4. | Conoce y aplica los 5 momentos de Higiene de manos. Cuando? |
| 5. | Conoce cómo y cuándo utilizar los guantes de exposición /guantes estériles. Pirámide sobre el uso de guantes |

Requisitos previos:

Cuestionario acerca de los conocimientos sobre la higiene de las manos destinado a los profesionales sanitarios.

http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/cuestionario_conocimientos_prof_oms.pdf

Lectura del manual de la OMS sobre Higiene de Manos ¿por qué, cómo y cuándo?

Visualización de videos y juegos interactivos

Espacio de aprendizaje: Box de Urgencias

Simulador necesario: Simulación de entorno real

Número de participantes: 4

Es necesario un profesional con competencias específicas para realizar una observación adecuada de higiene de manos

Referencias, Guías de prácticas clínica basadas en la evidencia, protocolos o algoritmos utilizados para este escenario

http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/manual_tecnico_referencia_HM.pdf

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guia_aplicacion_estrategia_multimodal_OMS_HM.pdf

Resumen de los principales contenidos de páginas web institucionales dedicadas a la higiene de manos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.

http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/cuadro_resumen_webs.pdf

<http://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/programa-higiene-manos/>

<http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/higienedemanos/index.html>

Complejidad. De lo más simple a lo más complejo

El ECS está diseñado para que todos los profesionales conozcan los 5 momentos y las técnicas de una correcta HM. Se consideran competencias básicas en el Curriculum de SP.

Si se pretende avanzar en el nivel de complejidad, puede añadirse al escenario las técnicas de lavado quirúrgico o la resolución de conflictos cuando se observa que un profesional incumple la adherencia de dicha práctica segura.

La correcta higiene de manos se considera una competencia básica y su entrenamiento debería considerarse en todo los escenarios de Higiene de manos en los objetivos generales, aunque para su entrenamiento específico se debería utilizar este escenario

ECS2. TRASPASO DE INFORMACIÓN

Datos básicos

| | |
|---|---|
| Título del Caso: Traspaso de información | |
| Fecha: 2014 | |
| Estudiantes destinatarios: alumnos/as del Curriculum en SP (Básico) | Curso: Curriculum en SP (Básico) |
| Disciplina: Medicina/Enfermería/ | |
| Tiempo estimado de la simulación: 15 minutos Localización: Box de UCI | Tiempo estimado del debriefing: 45 minutos Localización: Aula debriefing |
| Resumen del caso: Cambio de turno de enfermería en una Unidad de Cuidados intensivos. La enfermera saliente informa de la situación del paciente xxx ingresado hace 8 horas en el postoperatorio de cirugía cardíaca. El paciente ha estado estable las primeras horas pudiéndose despertar de forma reglada y desconectándose de la ventilación mecánica. Los drenajes han sido productivos hasta hace dos horas que ha disminuido el débito. Coincidiendo con ello el paciente está más hipotenso y ha reducido la diuresis. Ha sido valorado por el intensivista de guardia y ha solicitado una analítica y una ecocardiografía. Sospecha que el paciente pueda estar taponado. La familia está en la sala de espera pendiente de información médica. Durante el cambio de turno se traspasa la información de este paciente a la enfermera responsable que inicia su turno. | |

Objetivos

| | |
|----|--|
| 1. | Realiza un traspaso de información entre profesionales en un área específica de forma estructurada |
| 2. | Reconoce y aplica los elementos clave de la transferencia de información de manera efectiva |
| 3. | Reconoce la importancia de los traspasos de información en la seguridad del paciente |
| 4. | Utiliza técnicas nemotécnicas /listados de verificación para asegurar un traspaso adecuado |
| 5. | Utiliza el registro y documentación clínica para asegurar un traspaso efectivo |

Espacio de aprendizaje: Unidad de cuidados intensivos

Simulador necesario: simulación de pacientes de alta fidelidad /simuladores de entornos reales

Número de participantes: 4

Referencias, Guías de prácticas clínica basadas en la evidencia, protocolos o algoritmos utilizados para este escenario

WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Comunicación durante el traspaso de pacientes. Soluciones para la seguridad del paciente. Volumen1, Solución 3. Mayo 2007. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Patient Safety Solutions. Sitio web: <http://www.jcpatientsafety.org>.

Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. Mar 2006;32(3):167-175.

The Care Transitions Program. Checklist for patients. Sitio web: <http://www.caretransitions.org/documents/checklist.pdf>

Complejidad. De lo más simple a lo más complejo

El escenario está diseñado para una complejidad básica en el que se valora específicamente el proceso de traspaso de información entre profesionales de enfermería en un cambio de turno en un determinado paciente.

El escenario podría aumentar la complejidad orientado al traspaso de información en un paciente que ingresa en la Unidad de cuidados intensivos procedente de una cirugía cardíaca por recambio valvular. Implicaría un traspaso de información simultáneo entre diferentes profesionales: anestesista-intensivista; cirujano cardíaco-intensivista, enfermera de quirófano-enfermera de UCI. El paciente está en una situación inestable y es necesario realizar la transferencia a pie de cama interviniendo todo el equipo de profesionales.

ECS 3. LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA

Datos básicos

| | |
|--|---|
| Título del Caso: Listado de verificación quirúrgica | |
| Fecha: 2014 | |
| Estudiantes destinatarios: alumnos/as del Curriculum en SP (Avanzado) | Curso: Curriculum en SP (Avanzado) |
| Disciplina: Medicina/Enfermería/Expertos en Gestión del Riesgo /Otras profesiones sanitarias (Directivos) | |
| Tiempo estimado de la simulación: 15 minutos Localización: Aula (Video) Quirófano | Tiempo estimado del debriefing: 30 minutos Localización: Aula debriefing |
| Resumen del caso: Paciente mujer de 78 años de edad, con antecedentes de fibrilación auricular y anticoagulación con acenocumarol. Ingresa de forma programada para recambio de prótesis total de cadera derecha por artrosis muy evolucionada. A las 8:00 horas se traslada a quirófano desde la planta de hospitalización convencional para la cirugía. Se ha administrado profilaxis antibiótica con 1 g de cefazolina. Se realiza el listado verificación quirúrgica | |

Objetivos

| | |
|----|---|
| 1. | Escenificar un listado de verificación quirúrgica identificando las fases principales del proceso |
| 2. | Entender el liderazgo como elemento clave del trabajo en equipo |
| 3. | Identificar las funciones de cada uno de los miembros del equipo |
| 4. | Reconocer las características del trabajo en equipo efectivo |
| 5. | Reconocer y resolver conflictos |
| 6. | Incorporar al paciente como miembro del equipo |

Requisitos previos:

Material docente previo (documentación y video)

Los alumnos recibirán información teórica online-o presencial sobre el listado de verificación quirúrgico y su implantación. Se considerarán en función de si se ha llevado a cabo en otro de los ECS o no conceptos básicos sobre comunicación efectiva y trabajo en equipo.

La exposición práctica debe asegurar:

- Conocimientos sobre la importancia de listado de verificación quirúrgico para evitar incidentes y eventos adversos
- Conocimiento de los componentes de un listado de verificación quirúrgica
- Conocimiento de la importancia del trabajo en equipo para la seguridad del paciente y características del trabajo de equipo efectivo
- Conoce técnicas para la resolución de conflicto

Espacio de aprendizaje: Quirófano

Número de participantes: 5

Referencias, Guías de prácticas clínica basadas en la evidencia, protocolos o algoritmos utilizados para este escenario

Lingard L et al. Evaluation of a Preoperative Checklist and Team Briefing Among Surgeons, Nurses, and Anesthesiologists to Reduce Failures in Communication. Arch Surg. 2008;143(1):12-17

Haynes Ab et al. Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. N Engl J Med 2009; 360:491-499

Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009: la cirugía segura salva vidas

Complejidad. De lo más simple a lo más complejo

La escenificación de un LVQ se considera una competencia avanzada en el curriculum de SP. Puede continuarse con el traspaso de información entre diferentes niveles y profesionales: la comunicación con otras unidades, como las transferencias a recuperación anestésica o a UCI; la comunicación entre el quirófano y otros departamentos, como patología, laboratorio o hemoterapia; la comunicación entre instrumentistas y circulantes en cambios de turno.

Puede incluir la resolución de conflictos entre los integrantes de un equipo

Puede incorporarse un evento crítico sobre la comunicación durante un momento especial de la cirugía en el que el cirujano advierte en que fase se encuentra y solicita la máxima atención

En un escenario clínico simulado básico el alumno debería conocer la existencia de la herramienta y su objetivo sin ser necesaria la escenificación completa del mismo. Si se debería asegurar la identificación inequívoca del paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico así como la existencia de alergias.

ECS 4. DETECCIÓN PRECOZ DE PACIENTE EN RIESGO DE DETERIORO

Datos básicos

| | |
|---|---|
| Título del Caso: Detección precoz de paciente en riesgo de deterioro clínico | |
| Fecha: 2014 | |
| Estudiantes destinatarios: alumnos/as del Curriculum en SP (Avanzado) | Curso: Curriculum en SP (Avanzado) |
| Disciplina: Medicina/Enfermería | |
| Tiempo estimado de la simulación: 15 minutos Localización: Planta de hospitalización | Tiempo estimado del debriefing: 45 minutos Localización: Aula debriefing |
| Resumen del caso: Haga clic aquí para escribir texto. | |

Objetivos

| | |
|----|--|
| 1. | Conocer los componentes básicos de los ERR |
| 2. | Registrar de forma adecuada las constantes |
| 3. | Detecta de forma precoz situaciones de riesgo |
| 4. | Comunica de forma efectiva: SBAR |
| 5. | Resuelve conflictos |
| 6. | Responde de forma efectiva a situaciones de riesgo |
| 7. | Llamada en alto |

Requisitos previos:

Exposición teórica e interactiva sobre los equipos de respuesta rápida y la comunicación estructurada

Espacio de aprendizaje: Planta hospitalización convencional

Número de participantes: 5

Referencias, Guías de prácticas clínica basadas en la evidencia, protocolos o algoritmos utilizados para este escenario

Kremsdorf R. Failure to Rescue and Errors of Omission. Patient Safety and Quality Healthcare. July/August 2005. <http://www.psqh.com/julaug05/ails.html>.

Joint Commission Resources, Book Excerpt: Good Practices for Medical Emergency Teams. Joint Commission Resources, 2005 <http://www.jcipatientsafety.org/15439/>

Buist MD, et al. Effects of a medical emergency team on reduction of incidence of and mortality from unexpected cardiac arrests in hospital: preliminary study. BMJ. 2002 February 16; 324(7334): 387–390.

McQuillan P, et al. Confidential inquiry into quality of care before admission to intensive care. BMJ 1998;316:1853-1858.

Hillman KM, et al. Antecedents to hospital deaths. Internal Medicine Journal, 2001; 31:343-348.

MERIT Study Investigators. Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster-randomised controlled trial. Lancet 2005;365:2091-2097.

Complejidad. De lo más simple a lo más complejo

El ECS básico contempla la detección precoz de situaciones de riesgo de deterioro. Se consideraría un escenario de nivel avanzado si se incluyen técnicas de comunicación estructurada o de resolución de conflictos

ECS 5. INFORMACIÓN AL PACIENTE /FAMILIAR SOBRE UN EVENTO ADVERSO (OPEN DISCLOSURE)**Datos básicos**

| | |
|--|---|
| Título del Caso: Información al paciente /familiar sobre un evento adverso (Open disclosure) | |
| Fecha: 2014 | |
| Estudiantes destinatarios: alumnos/as del Curriculum en SP (Básico) | Curso: Curriculum en SP (Básico) |
| Disciplina: Medicina/Enfermería | |
| Tiempo estimado de la simulación: 15 minutos Localización: Sala información | Tiempo estimado del debriefing: 30 minutos Localización: Aula debriefing |
| Resumen del caso: Un residente de 4º año de medicina interna atiende al Sr. Pérez, un paciente diabético ingresado por una pielonefritis desde el Servicio de Urgencias hace 2 días. Está respondiendo bien al tratamiento antibiótico. Ha precisado altas dosis de insulina para controlar la descompensación de su diabetes. Se decide ajustar la pauta de insulina para el alta del paciente a su domicilio en los próximos días y cambiar la prescripción a insulina rápida 10U después del desayuno. A la mañana siguiente la enfermera avisa por que el paciente está en coma. Su glucemia es de 10 mg/dl. El paciente es resucitado y trasladado a la UCI donde tras unas horas de tratamiento y monitorización evoluciona de forma favorable. Mientras tanto el residente revisa las órdenes médica y habla con la enfermera. Comprueba que la "U" en las órdenes de 10 unidades parece un cero por lo que el paciente ha recibido 100 unidades de insulina, 10 veces más que la dosis normal. La familia ha sido informada de que el paciente se ha trasladado a la UCI pero no sabe el motivo y está esperando con ansiedad recibir una explicación. | |

Objetivos

| | |
|----|---|
| 1. | Es capaz de proporcionar una comunicación efectiva a tiempo y honesta sobre un incidentes relacionados con la SP |
| 2. | Conoce el proceso y los elementos que integra la información sobre incidente relacionado con la SP a pacientes y familiares (open disclosure) |
| 3. | Incluye expresiones de disculpa en el proceso de información |
| 4. | Es capaz de gestionar las emociones de los pacientes y profesionales en el proceso de información. |

Requisitos previos:

Conoce los conceptos básicos sobre información a pacientes y familiares de los incidentes y eventos adversos

Actividades propuestas:

Lectura previa del artículo "Conferencia de Consenso sobre información de eventos adversos a pacientes y familiares". Rev Calidad Asistencial 2014:29

Exposición teórica de 10 minutos

Video sobre información de un evento adverso "Monday mornings": 8 minutos

Espacio de aprendizaje: Sala de información

Número de participantes: 4

Tipo de simulador: paciente estandarizado

Referencias, Guías de prácticas clínica basadas en la evidencia, protocolos o algoritmos utilizados para este escenario

Gallagher TH, Studdert D, Levinson W. Disclosing harmful medical errors to patients. N Engl J Med. 2007; 356(26): 2713-9.

O'Connor E, Coates HM, Yardley IE, Wu AW. Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. Int J Qual Health Care. 2010; 22(5): 371-9.

Gallagher TH, Garbutt JM, Waterman AD, Flum DR, Larson EB, Waterman BM, et al. Choosing your words carefully: how physicians would disclose harmful medical errors to patients. *Arch Intern Med.* 2006; 166(15): 1585-1593.

Stroud L, McIlroy J, Levinson W. Skills of internal medicine residents in disclosing medical errors: a study using standardized patients. *Acad Med* 2009; 84(12): 1803-1808.

Complejidad. De lo más simple a lo más complejo

El paciente no ha evolucionado de forma favorable y su exploración muestra signos de sufrir un daño neurológico grave. La familia no ha sido informada todavía acerca del error, si no de que el paciente ha sufrido un deterioro en planta y ha tenido que ser trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos.

El evento adverso requiere

4. Validación de las ECS en Laboratorios de Simulación Clínica:

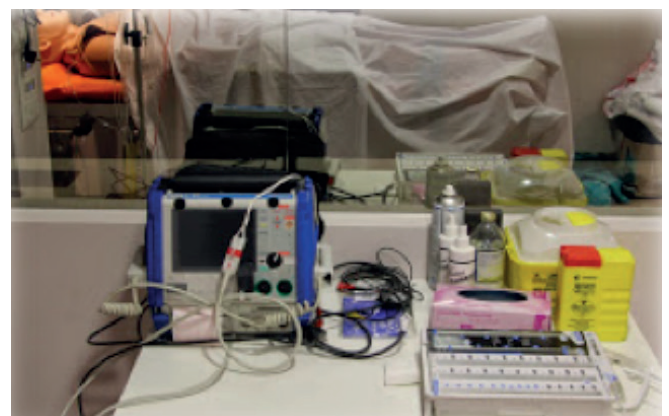


Justificación

El entrenamiento en Seguridad del Paciente de los profesionales sanitarios constituye una nueva área de educación. El Instituto de Medicina establece en el año 2003 la necesidad de que “todos los profesionales sanitarios se formen en los cuidados centrados en el paciente como miembros de equipos multidisciplinares, enfatizando la práctica basada en la evidencia, la mejora de la calidad y las tecnologías de la información”. Diferentes instituciones y la Organización Mundial de la Salud han desarrollado marcos de competencias para la seguridad del paciente para los profesionales sanitarios con el objetivo de mejorar los programas formativos en seguridad del paciente.

La asistencia sanitaria, se sitúa en una categoría de alto riesgo comparable a otras actividades como la aviación. El trabajo en equipo, la comunicación entre profesionales, la coordinación y el liderazgo han demostrado ser puntos clave en la seguridad del paciente. La formación mediante simulación clínica constituye una estrategia educativa esencial en Seguridad del Paciente, confiando un ambiente seguro que permite aprender de los errores sin lesionar al enfermo.

El Centro de Simulación Clínica de la Universidad Francisco de Vitoria está dotado del más avanzado sistema integrado de seguimiento del alumnado, control del aprendizaje y gestión de las tareas docentes (*LearningSpace*), simuladores fisiológicos y pacientes estandarizados, asegurando los recursos necesarios para una actividad de Simulación clínica innovadora y efectiva.



Objetivo general

Adquirir y mejorar las competencias relacionadas con la Seguridad del Paciente a través de la simulación clínica.

Inciarse en la Simulación Clínica como herramienta de aprendizaje.

Objetivos específicos

- Situar la simulación clínica en el ámbito de la seguridad del paciente.
- Conocer los diferentes tipos de simulación clínica.
- Adquirir conocimientos relacionados con el aprendizaje basado en la simulación.
- Profundizar en los conocimientos relacionados con la efectividad y eficiencia de la simulación clínica como herramienta de entrenamiento en la mejora de la seguridad .
- Identificación y desarrollo de competencias en Seguridad del Paciente a través de la Simulación clínica.
- Adquirir conocimientos sobre la simulación y el desarrollo de habilidades no técnicas.
- Situar la simulación como herramienta de aprendizaje del trabajo en equipo.
- Mejorar la comunicación de los profesionales.
- Profundizar en el conocimiento de las herramientas que mejoran la comunicación y el traspaso de información.
- Entrenar habilidades técnicas y “no técnicas” ligadas a la gestión del riesgo asistencial.
- Destacar la importancia de los factores humanos en la génesis del error.
- Presentar aspectos prácticos relacionados la seguridad del paciente a través de la simulación

Programa

08:30: Entrega de documentación, presentación y objetivos del Taller

09:00: Competencias en Seguridad del Paciente

09:30: Simulación clínica

10:00: Escenarios clínicos simulados

10:30: Comunicación y trabajo en equipo

11:00: Descanso

11:30: Higiene de manos

12:30: Listado de verificación quirúrgica

13:30: Información a pacientes y familiares sobre eventos adversos

14:30: Comida

15:30: Traspaso de información

16:30: Uso seguro de medicación

17:30: Detección precoz de pacientes en riesgo. PCR

18:30: Encuesta de evaluación

Lugar de celebración: Aula de Simulación Universidad Francisco de Vitoria

Fecha: 24 de junio de 2014

Metodología: La metodología se basará en la presentación, análisis y discusión de casos prácticos mediante sesiones videoasistidas e interactivas y desarrollo de escenarios clínicos simulados. Todo ello permitirá al alumno a través de la simulación reflejar o amplificar situaciones clínicas reales mediante experiencias guiadas de forma interactiva y orientadas a la seguridad clínica y gestión del riesgo sanitario.

Horas lectivas presenciales: 8 horas

Número de plazas: 12

Inscripción: Gratuita

Dirección del curso

María Cruz Martín Delgado

Especialista en Medicina Intensiva. Doctor en Medicina
Jefe de Servicio Medicina Intensiva. Hospital
Universitario Torrejón
Directora Área de Salud del ISE
Instructor en Simulación Clínica

Facilitadores

Enrique Esteva Agusti

Mar Fernández Maíllo

Elena González González

Gabriel Heras La Calle

Juan Manuel López Reina Roldan

Carlos Muñoz de Cabo

Gemma Marmissa Gazo

María Cruz Martín Delgado

Patricia Rebollo Gómez

Pilar Rebotto Cortés

6. DISCUSIÓN

En los últimos años y de forma paulatina la Seguridad del paciente se ha configurado como una nueva ciencia. Son muchas las iniciativas desarrolladas a diferentes niveles que tiene como objetivo final asegurar una atención sanitaria segura.

Los profesionales sanitarios no están formados en las competencias necesarias en este ámbito.

La revisión bibliográfica realizada en la fase inicial de este proyecto pone de manifiesto que no existe todavía suficiente evidencia sobre cuales son las competencias básicas en seguridad del paciente ni las herramientas más efectivas para alcanzar el aprendizaje. La mayoría de iniciativas se han desarrollado en el ámbito anglosajón. Existen experiencias locales de instituciones formativas que han puesto en marcha proyectos educativos relacionados pero son todavía muy pocos los que han demostrado un impacto significativo en la reducción de incidentes relacionados con la atención sanitaria. El análisis de las experiencias internacionales en el desarrollo de currículums formativos y en la identificación del conocimiento, habilidades y actitudes que deben desarrollarse en la formación de las profesiones sanitarias muestra que estas competencias en Seguridad del Paciente están estructuradas en diferentes dimensiones. Aunque algunos de los modelos comparten muchas de las competencias, no están perfectamente definidas ni se clasifican de una forma homogénea. Una de las dificultades es la capacidad de abarcar cualquier ámbito de la práctica asistencial, lo que hace que la extensión pueda hacerse casi infinita. Delimitar, definir, clasificar y ordenar de qué manera deben incorporarse en la formación de grado y en el desarrollo profesional posterior en el ámbito sanitario es realmente complejo. Pero a pesar de ello constituye un gran reto ya que la formación es uno de los pilares básicos en la mejora de la cultura de la seguridad.

Por otro lado, el entrenamiento de estas competencias puede desarrollarse a través de herramientas clásicas como la exposición teórica o más prácticas como la enseñanza basada en el caso. Los avances educativos están posicionando otros sistemas de aprendizaje como la simulación clínica, que aunque todavía no ha demostrado con suficiente evidencia el impacto en los resultados alcanzados si que ha emergido en algunas áreas específicas como las habilidades no técnicas.

La simulación confiere un ambiente seguro para aprender de los errores sin dañar al paciente. En otros ámbitos como la aviación ha demostrado ser útil y se ha convertido en un requisito previo a la práctica profesional.

La mayoría de iniciativas encontradas en fase piloto ponen de manifiesto que la enseñanza de la Seguridad del paciente está en su fase más preliminar y que es necesario desarrollar planes formativos que puedan ser

integrados en las diferentes fases de formación de las profesiones sanitarias

Nuestro proyecto de investigación ha intentado mostrar a través de la revisión bibliográfica el escenario actual de la formación en seguridad del paciente, encontrando que aunque hay ya mucho camino avanzado, todavía quedan importantes cuestiones por resolver, que deben investigarse en este ámbito.

La participación de expertos de seguridad a través del método Delphi y en base a los resultados obtenidos en nuestro estudio, pone en evidencia que son muchas las competencias contempladas como necesarias. De las 227 competencias iniciales identificadas en la fase preliminar 186 se puntuaron por encima de 7, teniendo en cuenta que se evaluaba de forma simultánea que pudieran ser trasladadas a un escenario clínico simulado. Las competencias más penalizadas en la primera ronda, fueron las relacionadas con los factores humanos y complejidad del sistema; algunas relacionadas con herramientas específicas importadas de otros ámbitos como el SBAR, call –out, check –back y todavía poco desarrolladas en nuestro país, algunas relacionadas con la resolución de conflictos o con conductas disruptivas y finalmente no se contempla el aprendizaje a través de la simulación para entrenar herramientas para el análisis de la gestión del riesgo sanitario como el análisis causa raíz o el análisis proactivo de los riesgos (AMFE). El alto índice de participación 28/30 invitados y su permanencia en la segunda ronda 26/30 podría atribuirse a un sesgo a la hora de elegir a los participantes, todos ellos expertos en seguridad y con responsabilidad la mayoría en la gestión del riesgo sanitario, lo que sin lugar a duda, traduce la implicación y posicionamiento favorable sobre esta nueva área de capacitación.

Es evidente que como en todo tipo de formación las competencias deben adquirirse de una forma paulatina y progresar en función de las necesidades específicas de cada profesional. Las competencias identificadas como competencias básicas deberían ser un requisito mínimo para todas las profesiones sanitarias con actividad en la práctica clínica, independientemente de su profesión o especialidad.

Finalmente a pesar de que la simulación clínica está presente cada vez con más fuerza en programas de formación, todavía son muy pocas las iniciativas en nuestro ámbito que utilicen esta herramienta para el aprendizaje. Son también escasos los escenarios clínicos que buscan enseñar competencias específicas en seguridad del paciente, teniendo la mayoría un perfil de habilidades técnicas.

La elaboración de escenarios clínicos simulados para el entrenamiento y evaluación en seguridad del paciente debería contemplar las competencias básicas identificadas y adaptarlo al tipo de simulación que mejor se adapte al mismo.

7. CONCLUSIONES

La formación en seguridad del paciente, constituye uno de los elementos clave para la mejora de la seguridad. Investigar en la manera de alcanzar dichas competencias es una necesidad. Nuestro trabajo contribuye de alguna manera a mejorar el conocimiento en dicha área al presentar una propuesta de competencias básicas que debería considerar incorporarse en el itinerario formativo de cualquier profesional sanitario.

El trasladar las competencias identificadas al ámbito de la simulación clínica y elaborar escenarios clínicos simulados requiere un esfuerzo evidente, siendo necesaria la validación de los mismos para asegurar la efectividad y factibilidad a la hora de cumplir su objetivo.

*Se ha solicitado el aval científico de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) para este proyecto, que fue concedido con fecha de 30 de julio de 2013

8. BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization. The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: WHO, 2002. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/en/>
- Ultimo acceso el 20 septiembre 2010.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds): To err is human. Building a Safer Health System. Washington, DC, National Academy Press; 1999.
- Beaubien JM, Baker DP. The use of simulation for training teamwork skills in health care: how low can you go? *Qual Saf Health Care*. 2004; 13 Suppl 1:i51-6.
- Hunt EA, Shilkofski NA, Stavroudis TA, Nelson KL. Simulation: translation to improved team performance. *Anesthesiol Clin*. 2007; 25(2):301-19.
- Weaver SJ, Salas E, Lyons R, Lazzara EH, Rosen MA, Diazgranados D, Grim JG, Augenstein JS, Birnbach DJ, King H. Simulation-based team training at the sharp end: A qualitative study of simulation-based team training design, implementation, and evaluation in healthcare. *J Emerg Trauma Shock*. 2010; 3(4):369-77.
- Improving patient safety through simulation research. Agency for healthcare research and quality 2006. From <http://www.ahrq.gov>.
- Del Moral I, Díaz de Terán JC, Rabanal JM et al. Nuevos procedimientos de entrenamiento en el manejo de crisis y emergencias médicas. En: Quesada A, Rabanal JM, editores. *Procedimientos técnicos en urgencias y emergencias*. Madrid: Ergón, S.A.; 2003. p. 479-486
- Ziv A, Small SD, Wolpe PR. Patient safety and simulation-based medical education. *Medical Teacher*, 2000; 22 (5): 489-495.
- Gaba DM. Improving anesthesiologists performance by simulating reality. *Anesthesiology* 1992; 76: 491-494.
- Rabanal JM, del Moral I, Quesada A et al. Los simuladores médicos en la formación continuada: nuestra experiencia con 553 médicos de urgencia hospitalarios. *Emergencias* 2003; 15: 333-338.
- Hammond J. Simulation in critical care and trauma education and training. *Curr Opin Crit Care* 2004; 10: 325-329.
- Salas E, Wilson KA, Burke CS, Priest HA. Using simulation-based training to improve patient safety: what does it take? *Journal on Quality and Patient Safety* 2005; 31: 363-371.
- Rall M, Dieckmann P. Simulation and patient safety: the use of simulation to enhance patient safety on a

systems level. *Current Anaesthesia Critical Care* 2005; 16: 273-281

- Nishisaki A, Keren R, Nadkarni V. Does simulation improve patient safety?: self-efficacy, competence, operational performance, and patient safety. *Anesthesiology Clin* 2007; 25: 225-236.
- Ziv, A, Berkenstad, H La educación médica basada en simulaciones. *JANO* 2008, 1701 42-45
- Rettedal, A, Freyer, S., Kleppa, R. Larsen, P. (1996). PatSim- simulator for practicing anesthesia and intensive care. *Int J Clin Monit Comput* 14, 11-16
- Reader TW, Cuthbertson BH. Challenges in using high-fidelity simulation to improve learning and patient safety. *Resuscitation*. 2012 Aug 21. [Epub ahead of print]
- Smith SD, Henn P, Gaffney R, Hynes H, McAdoo J, Bradley C. A study of innovative patient safety education. *Clin Teach*. 2012 Feb;9(1):37-4
- McCaughey CS, Traynor MK. The role of simulation in nurse education. *Nurse Educ Today*. 2010 Nov;30(8):827-32
- Fernandez GL, Lee PC, Page DW, D'Amour EM, Wait RB, Seymour NE. Implementation of full patient simulation training in surgical residency. *J Surg Educ*. 2010 Nov-Dec;67(6):393-9.
- Wright MC, Taekman JM, Barber L, Hobbs G, Newman MF, Stafford-Smith M. The use of high-fidelity human patient simulation as an evaluative tool in the development of clinical research protocols and procedures. *Contemp Clin Trials*. 2005 Dec;26(6):646-5
- OMS. Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide. 2009. http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/who_ps_curriculum_summary.pdf
- Frank JR, Brien S, (Editors) on behalf of The Safety Competencies Steering Committee. **The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions**. Ottawa, ON: Canadian Patient Safety Institute; 2008.<http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/safetyCompetencies/Documents/Safety%20Competencies.pdf>
- WALTON, M.M., BARRACLOUGH, B.H., VAN STAALDUINEN, S.A. and ELLIOTT, S.L., 2009. An Educational Approach to Improving Healthcare Safety and Quality. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 2(3), 136-142

9. ANEXOS

ANEXO I. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA “COMPETENCIAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE”

ANEXO II. REVISIÓN SOBRE PROYECTOS INTERNACIONALES SOBRE COMPETENCIAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE. MARCO INTERNACIONAL

ANEXO III. SOLICITUD DE COLABORACIÓN

ANEXO IV. COMPROMISO DE COLABORACIÓN

ANEXO V. PRIMER CUESTIONARIO COMPETENCIAS EN SP

ANEXO VI. CUESTIONARIO DEFINITIVO

ANEXO I. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA “COMPETENCIAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE”

1. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Se realizó una búsqueda bibliográfica de los artículos que han investigado las competencias en seguridad del paciente.

El objetivo fue analizar la evidencia científica sobre las competencias que deben alcanzar los profesionales sanitarios en la formación sobre Seguridad del Paciente, por lo que la búsqueda se enmarca en la formación en el ámbito sanitario y especialmente en la formación de médicos y enfermeras.

Se realizó una búsqueda bibliográfica el 21 de marzo del 2013 sin restricción de tiempo ni idioma en las siguientes bases de datos: PubMed (Medline), Embase, Web of Knowledge (incluyendo Social Sciences Citation Index), CINAHL, PsycInfo y Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Network Database.

La estrategia de búsqueda se enumera a continuación:

- #1 Search “patient safety”[TI] AND “competencies”[TIAB]
- #2 Search “Patient Safety”[Majr]
- #3 Search “Clinical Competence”[Majr]
- #4 Search (#2) AND (#3)
- #5 Search (#4) OR (#1)
- #6 Search “health personnel/education”[Majr] AND “patient safety”[Majr]
- #7 Search (#6 OR #5)

Después de eliminarse los duplicados quedaron 93 referencias, que fueron divididas en dos bloques aproximadamente iguales para ser revisadas manualmente por duplicado, por los cuatro autores divididos en dos parejas. Después del proceso de revisión manual, quedaron seleccionadas 69 referencias para revisar el texto completo.

Se enumeran por orden alfabético [1-69]

2. ANÁLISIS DE LOS ARTÍCULOS ORIGINALES SELECCIONADOS

Se encontraron y analizaron 69 artículos originales, publicados entre 2005 y 2013.

El **interés y relevancia de los artículos** se puntuó por los revisores de 1 a 5.

3. PRINCIPALES CONCLUSIONES

- Existe escasa evidencia científica en relación a las competencias en Seguridad del Paciente.
- La mayoría de estudios proceden del ámbito anglosajón (Estados Unidos, Canadá, Reino Unido)

- Muchas son experiencias piloto de determinadas instituciones educativas y sanitarias que presentan proyectos formativos orientados a la educación y formación de las profesiones sanitarias en la fase de grado (medicina y enfermería) y postgrado (médicos en periodo de formación).
- Algunas experiencias son específicas para algunas especialidades médicas: cirugía general, anestesiología, medicina interna.
- La mayoría de estudios son estudios cualitativos.
- Los estudios diseñados metodológicamente como pre y postintervención demuestran que la enseñanza de competencias en SP mejoran los conocimientos, habilidades y actitudes en dicha área.
- La simulación clínica está integrada en un porcentaje significativo de estas experiencias.
- Se demuestra el interés de las instituciones responsables de la formación de profesionales sanitarios en el desarrollo de competencias en Seguridad del paciente.
- La mayoría de iniciativas en fase piloto ponen de manifiesto que la enseñanza de la Seguridad del paciente está en su fase más preliminar y que es necesario desarrollar planes formativos que puedan ser integrados en las diferentes fases de formación de las profesiones sanitarias.
- Es necesario validar estas experiencias para que puedan ser difundidas y aplicadas en los diferentes ámbitos sanitarios

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS SELECCIONADAS

1. Aboumatar HJ, Thompson D, Wu A, Dawson P, Colbert J, Marsteller J, Kent P, Lubomski LH, Paine L, Pronovost P. Development and evaluation of a 3-day patient safety curriculum to advance knowledge, self-efficacy and system thinking among medical students. *BMJ Qual Saf.* 2012 May;21(5):416-22.
2. Aggarwal R, Mytton OT, Derbrew M, Hananel D, Heydenburg M, Issenberg B, MacAulay C, Mancini ME, Morimoto T, Soper N, Ziv A, Reznick R. Training and simulation for patient safety. *Qual Saf Health Care.* 2010 Aug;19 Suppl 2:i34-43.
3. Ahmed M, Arora S, Carley S, Sevdalis N, Neale G. Junior doctors' reflections on patient safety. *Postgrad Med J.* 2012 Mar; 88(1037):125-9.
4. Andermann A, Ginsburg L, Norton P, Arora N, Bates D, Wu A, Larizgoitia I; Patient Safety Research

- Training and Education Expert Working Group of WHO Patient Safety. Core competencies for patient safety research: a cornerstone for global capacity strengthening. *BMJ Qual Saf.* 2011 Jan; 20(1):96-101.
5. Ardizzone LL, Enlow WM, Evanina EY, Schnall R, Currie L. Impact of a patient safety curriculum for nurse anesthesia students. *J Nurs Educ.* 2009 Dec; 48(12):706-10.
 6. Armstrong GE, Spencer TS, Lenburg CB. Using quality and safety education for nurses to enhance competency outcome performance assessment: a synergistic approach that promotes patient safety and quality outcomes. *J Nurs Educ.* 2009 Dec;48(12):686-93.
 7. Arora S, Sevdalis N, Ahmed M, Wong H, Moorthy K, Vincent C. Safety skills training for surgeons: A half-day intervention improves knowledge, attitudes and awareness of patient safety. *Surgery.* 2012 Jul;152(1):26-31.
 8. Bakken S, Cook SS, Curtis L, Desjardins K, Hyun S, Jenkins M, John R, Klein WT, Paguntalan J, Roberts WD, Soupios M. Promoting patient safety through informatics-based nursing education. *Int J Med Inform.* 2004 Aug; 73(7-8):581-9.
 9. Bartels JE, Bednash G. Answering the call for quality nursing care and patient safety: a new model for nursing education. *Nurs Adm Q.* 2005 Jan-Mar; 29(1):5-13.
 10. Beasley JW, Wetterneck TB, Temte J, Lapin JA, Smith P, Rivera-Rodriguez AJ, Karsh BT. Information chaos in primary care: implications for physician performance and patient safety. *J Am Board Fam Med.* 2011 Nov-Dec; 24(6):745-51.
 11. Blum CA, Parcels DA. Relationship between high-fidelity simulation and patient safety in prelicensure nursing education: a comprehensive review. *J Nurs Educ.* 2012 Aug; 51(8):429-35.
 12. Bowie P, McKay J, Kelly M. Maximising harm reduction in early specialty training for general practice: validation of a safety checklist. *BMC Fam Pract.* 2012 Jun 21; 13:62.
 13. Byrnes PD, Crawford M, Wong B. Are they safe in there? - patient safety and trainees in the practice. *Aust Fam Physician.* 2012 Jan-Feb; 41(1-2):26-9.
 14. Castner J, Foltz-Ramos K, Schwartz DG, Ceravolo DJ. A leadership challenge: staff nurse perceptions after an organizational TeamSTEPPS initiative. *J Nurs Adm.* 2012 Oct; 42(10):467-72
 15. Chenot TM, Daniel LG. Frameworks for patient safety in the nursing curriculum. *J Nurs Educ.* 2010 Oct; 49(10):559-68.
 16. Daud-Gallotti R, Tibério Ide F. Assessing patient safety competencies during clerkship: a new experience with OSCE. *Med Teach.* 2010 Jan; 32(1):90-1.
 17. Debourgh GA. Synergy for patient safety and quality: academic and service partnerships to promote effective nurse education and clinical practice. *J Prof Nurs.* 2012 Jan-Feb; 28(1):48-61
 18. Doherty E, O'Keeffe D, Traynor O. Developing a human factors and patient safety programme at the Royal College of Surgeons in Ireland. *Surgeon.* 2011; 9 Suppl 1:S38-9.
 19. Duhn L, Karp S, Oni O, Edge D, Ginsburg L, VanDenKerkhof E. Perspectives on patient safety among undergraduate nursing students. *J Nurs Educ.* 2012 Sep; 51(9):526-31.
 20. Fay-Hillier TM, Regan RV, Gallagher Gordon M. Communication and patient safety in simulation for mental health nursing education. *Issues Mental Health Nurs.* 2012 Nov; 33(11):718-26
 21. Fassett WE. Key performance outcomes of patient safety curricula: root cause analysis, failure mode and effects analysis, and structured communications skills. *Am J Pharm Educ.* 2011 Oct 10; 75(8):164..
 22. Fleischut PM, Evans AS, Nugent WC, Faggiani SL, Kerr GE, Lazar EJ. Perspective: call to action: it is time for academic institutions to appoint a resident quality and patient safety officer. *Acad Med.* 2011 Jul; 86(7):826-8.
 23. Flowerdew L, Brown R, Vincent C, Woloshynowych M. Identifying nontechnical skills associated with safety in the emergency department: a scoping review of the literature. *Ann Emerg Med.* 2012 May; 59(5):386-94
 24. Ginsburg L, Castel E, Tregunno D, Norton PG. The H-PEPSS: an instrument to measure health professionals' perceptions of patient safety competence at entry into practice. *BMJ Qual Saf.* 2012 Aug; 21(8):676-84.
 25. Hall LW, Scott SD, Cox KR, Gosbee JW, Boshard BJ, Moylan K, Dellsperger KC. Effectiveness of patient safety training in equipping medical students to recognise safety hazards and propose robust interventions. *Qual Saf Health Care.* 2010 Feb; 19(1):3-8
 26. Hinrichs S, Dickerson T, Clarkson J. Stakeholder challenges in purchasing medical devices for patient safety. *J Patient Saf.* 2013 Mar; 9(1):36-43.
 27. Hull L, Arora S, Amaya AC, Wheelock A, Gaitán-Duarte H, Vincent C, Sevdalis N. Building global capacity for patient safety: a training program for surgical safety research in developing and transitional countries. *Int J Surg.* 2012; 10(9):493-9.

28. Ironside PM, Jeffries PR, Martin A. Fostering patient safety competencies using multiple-patient simulation experiences. *Nurs Outlook*. 2009 Nov-Dec; 57(6):332-7.
29. Issenberg SB, Chung HS, Devine LA. Patient safety training simulations based on competency criteria of the Accreditation Council for Graduate Medical Education. *Mt Sinai J Med*. 2011 Nov-Dec; 78(6):842-53.
30. Johnson JK, Miller SH, Horowitz SD. Systems-Based Practice: Improving the Safety and Quality of Patient Care by Recognizing and Improving the Systems in Which We Work. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 2: Culture and Redesign)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Aug.
31. King J, Anderson CM. The Canadian interprofessional patient safety competencies: their role in health-care professionals' education. *J Patient Saf*. 2012 Mar; 8(1):30-5.
32. Kleinpeter MA. Standardizing Ambulatory Care Procedures in a Public Hospital System to Improve Patient Safety. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin DI, editors. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 4: Programs, Tools, and Products)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005 Feb.
33. Kronman AC, Paasche-Orlow M, Orlander JD. Factors associated with disclosure of medical errors by housestaff. *BMJ Qual Saf*. 2012 Apr; 21(4):271-8.
34. Kyrkjebø JM, Brattebø G, Smith-Strøm H. Improving patient safety by using interprofessional simulation training in health professional education. *J Interprof Care*. 2006 Oct; 20(5):507-16.
35. Lee P, Allen K, Daly M. A 'Communication and Patient Safety' training programme for all healthcare staff: can it make a difference? *BMJ Qual Saf*. 2012 Jan; 21(1):84-8.
36. Lenburg, C.B., Klein, C., Abdur-Rahman, V., Spencer T. and Boyer S (2009). The COPA Model: A Comprehensive Framework Designed to Promote Quality Care and Competence for Patient Safety. *Nursing Education Perspectives*, 3(5): 312-316
37. Meurer, J. R., Meurer, L. N., Grube, J., Brasel, K. J., McLaughlin, C., Hargarten, S., & Layde, P. M. (2005). Combining Performance Feedback and Evidence-based Educational Resources. *Advances in Patient Safety*, 4: 237-252
38. Mikkelsen, J., & Holm, H. a. (2007). Contextual learning to improve health care and patient safety. *Education for health*, 20(3): 1-9.
39. Miltner, R. S., Patrician, P. a, Dawson, M., & Jukkala, A. (2012). Incorporating quality and safety education into a nursing administration curriculum. *The Journal of nursing administration*, 42(10): 478-82.
40. Naik, V. N., & Brien, S. E. (2013). Review article: Simulation: a means to address and improve patient safety. *Canadian journal of anaesthesia*, 60(2): 192-200.
41. Neudorf, K., Dyck, N., Scott, D., & Davidson Dick, D. (2008). Nursing education: a catalyst for the patient safety movement. *Healthcare quarterly*, 11(3 Spec No.): 35-9.
42. O'Leary, K. J., Afsar-Manesh, N., Budnitz, T., Dunn, A. S., & Myers, J. S. (2011). Hospital quality and patient safety competencies: development, description, and recommendations for use. *Journal of hospital medicine*, 6(9): 530-6.
43. Odell, M. (2011). Human factors and patient safety: changing roles in critical care. *Australian critical care*, 24(4): 215-217.
44. Okuyama, A., Martowirono, K., & Bijnen, B. (2011). Assessing the patient safety competencies of healthcare professionals: a systematic review. *BMJ quality & safety*, 20(11): 991-1000.
45. Pellegrini, V. D. (2012). Perspective : Ten Thousand Hours to Patient Safety , Sooner or Later. *Academic Medicine*, 87(2): 164-167.
46. Pernar, L. I. M. et al (2012). Using an Objective Structured Clinical Examination to Test Adherence to Joint Commission National Patient Safety Goal-Associated Behaviors. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 38(9): 414-418
47. Peterson, T. H., Susan, F., & Connors, R. H. (2012). A Safety Culture Transformation : Its Effects at a Children's Hospital. *J Patient Safety*, 8(3): 125-130.
48. Pingleton, S. K., Horak, B. J., Davis, D. a, Goldmann, D. a, Keroack, M. a, & Dickler, R. M. (2009). Is there a relationship between high-quality performance in major teaching hospitals and residents' knowledge of quality and patient safety? *Academic medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 84(11): 1510-1515.
49. Rad, S., & Ogunyemi, D. (2012). Using the health-care matrix to teach and improve patient safety culture in an OB/GYN residency training program. *Journal of patient safety*, 8(4): 177-181.
50. Rich, V. L. (2004). Creation of a Patient Safety Culture : A Nurse Executive Leadership Imperative. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses: Vol. 2*, pp. 45-56.

51. Riem, N., Boet, S., Bould, M. D., Tavares, W., & Naik, V. N. (2012). Do technical skills correlate with non-technical skills in crisis resource management: a simulation study. *British journal of anaesthesia*, 109(5): 723–728.
52. Sachdeva, A. K., Philibert, I., Leach, D. C., Blair, P. G., Stewart, L. K., Rubinfeld, I. S., & Britt, L. D. (2007). Patient safety curriculum for surgical residency programs: results of a national consensus conference. *Surgery*, 141(4):427–441.
53. Sayre, M. M., McNeese-Smith, D., Phillips, L. R., & Leach, L. S. (2012). A strategy to improve nurses speaking up and collaborating for patient safety. *The Journal of nursing administration*, 42(10): 458–460.
54. Sayre, M. M., McNeese-Smith, D., Leach, L. S., & Phillips, L. R. (2012). An educational intervention to increase “speaking-up” behaviors in nurses and improve patient safety. *Journal of nursing care quality*, 27(2): 154–160.
55. Schleyer, A. M., Best, J. a, McIntyre, L. K., Ehrmantraut, R., Calver, P., & Goss, J. R. (2012). Improving Resident Engagement in Quality Improvement and Patient Safety Initiatives at the Bedside: The Advocate for Clinical Education (ACE). *Am J Med Qual*. 2013 May-Jun;28(3):243-9.
56. Schwengel, D. a, Winters, B. D., Berkow, L. C., Mark, L., Heitmiller, E. S., & Berenholtz, S. M. (2011). A novel approach to implementation of quality and safety programmes in anaesthesiology. Best practice & research. *Clinical anaesthesiology*, 25(4): 557–567
57. Sculli, G. L., Fore, A. M., Neily, J., Mills, P. D., & Sine, D. M. (2011). The case for training Veterans Administration frontline nurses in crew resource management. *The Journal of nursing administration*, 41(12): 524–530.
58. Shekhter, I., Nevo, I., Fitzpatrick, M., Everett-Thomas, R., Sanko, J. S., & Birnbach, D. J. (2009). Creating a common patient safety denominator: the interns’ course. *Journal of graduate medical education*, 1(2): 269–72.
59. American Association of Colleges of Nursing (2006). Hallmarks of quality and patient safety : recommended baccalaureate competencies and curricular guidelines to ensure high- quality and safe patient care. *Journal of Professional Nursing*, 22(6): 329-330
60. Singh, R., Naughton, B., Taylor, J. S., Koenigsberg, M. R., Anderson, D. R., McCausland, L. L., Wahler, R. G., et al. (2005). A comprehensive collaborative patient safety residency curriculum to address the ACGME core competencies. *Medical education*, 39(12): 1195–1204.
61. Singh, R., Singh, A., Fish, R., McLean, D., Anderson, D. R., & Singh, G. (2009). A patient safety objective structured clinical examination. *Journal of patient safety*, 5(2): 55–60.
62. Smith, D.S. (2005). Patient Safety. *TCM (May/June)*: 74-79
63. Thompson, P. a, Navarra, M. B., & Antonson, N. (2005). Patient safety: the four domains of nursing leadership. *Nursing economics*, 23(6): 331–333.
64. Stievano, A., Jurado, M. G., Rocco, G., & Sasso, L. (2009). A new information exchange system for nursing professionals to enhance patient safety across Europe. *Journal of nursing scholarship*, 41(4): 391–398.
65. Vaismoradi, M., Salsali, M., & Marck, P. (2011). Patient safety: nursing students’ perspectives and the role of nursing education to provide safe care. *International nursing review*, 58(4): 434–442.
66. Wagner, D. P., Hoppe, R. B., & Lee, C. P. (2009). The patient safety OSCE for PGY 1 residents: a centralized response to the challenge of culture change. *Teaching and learning in medicine*, 21(1): 8–14.
67. Walton, M. M., Shaw, T., Barnett, S., & Ross, J. (2006). Developing a national patient safety education framework for Australia. *Quality & safety in health care*, 15(6): 437–442.
68. West, P., Sculli, G., Fore, A., Okam, N., Dunlap, C., Neily, J., & Mills, P. (2012). Improving patient safety and optimizing nursing teamwork using crew resource management techniques. *The Journal of nursing administration*, 42(1): 15–20.
69. Weber, M., Delaney, K. R., McCoy, K. T., Snow, D., Scharf, M. R., & Brackley, M. H. (2012). Quality and safety graduate competencies in psychiatric mental health nurse practitioner education. *Archives of psychiatric nursing*, 26(5): 350–357.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS SELECCIONADAS Y REVISADAS

| | |
|--|---|
| Referencia | Aboumatar HJ, Thompson D, Wu A, Dawson P, Colbert J, Marsteller J, Kent P, Lubomski LH, Paine L, Pronovost P. Development and evaluation of a 3-day patient safety curriculum to advance knowledge, self-efficacy and system thinking among medical students. <i>BMJ Qual Saf.</i> 2012 May;21(5):416-22. |
| Resumen original | <p>PURPOSE: To develop a patient safety curriculum and evaluate its impact on medical students' safety knowledge, self-efficacy and system thinking.</p> <p>METHODS: This study reports on curriculum development and evaluation of a 3-day, clinically oriented patient safety intersession that was implemented at the Johns Hopkins School of Medicine in January 2011. Using simulation, skills demonstrations, small group exercises and case studies, this intersession focuses on improving students' teamwork and communication skills and system-based thinking while teaching on the causes of preventable harm and evidence-based strategies for harm prevention. One hundred and twenty students participated in this intersession as part of their required second year curriculum. A pre-post assessment of students' safety knowledge, self-efficacy in safety skills and system-based thinking was conducted. Student satisfaction data were also collected.</p> <p>RESULTS: Students' safety knowledge scores significantly improved (mean +19% points; 95% CI 17.0 to 21.6; $p < 0.01$). Composite system thinking scores increased from a mean pre-intersession score of 60.1 to a post-intersession score of 67.6 ($p < 0.01$). Students had statistically significant increases in self-efficacy for all taught communication and safety skills. Participant satisfaction with the intersession was high.</p> <p>CONCLUSIONS: The patient safety intersession resulted in increased knowledge, system-based thinking, and self-efficacy scores among students. Similar intersessions can be implemented at medical, nursing, pharmacy and other allied health schools separately or jointly as part of required school curricula. Further study of the long-term impact of such education on knowledge, skills, attitudes and behaviours of students is warranted.</p> |
| Ámbito / Muestra | Johns Hopkins School of Medicine en Enero de 2011; 120 Estudiantes de medicina 2º año |
| Tipo de estudio:* | Estudio antes - después con un solo grupo tras una sesión evaluada a través de cuestionario y análisis cualitativo |
| Objetivo | Desarrollar un plan de formación (curriculum) en seguridad del paciente (SP) que consta de una sesión de tres días durante el segundo año de medicina y evaluar su impacto en el conocimiento, la autoeficacia y el pensamiento sistémico sobre SP de los estudiantes de medicina. Las habilidades a mejorar se desarrollan a través de técnicas de simulación, role – playing, ejercicios en grupos pequeños y estudio de casos. |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | Trabajo en equipo, habilidades de comunicación y pensamiento sistémico. Conocimientos sobre los EA prevenibles y las estrategias basadas en la evidencia para su prevención. |
| Resultados principales | Mejora significativa de los conocimientos en SP (+ 19% puntos, IC del 95% 17,0 a 21,6, $p < 0,01$) y pensamiento sistémico (60,1 a 67,6, $p < 0,01$). Eficacia en la mejora de la comunicación y habilidades de seguridad (Autoevaluación). Alto grado de satisfacción de los participantes. |
| Limitaciones | Se realiza en un solo centro. No valora de forma específica las competencias sino determinados dominios. No evalúa los resultados a largo plazo aunque los autores lo contemplan (seguimiento al año). Necesidad de que los formadores tengan una base para impartir los conocimientos en SP. Ausencia de una evaluación formal de las competencias y habilidades que han desarrollado por falta de tiempo y recursos que podría haberse hecho con un examen clínico estandarizado observado. Se ha hecho a través de cuestionario auto cumplimentado y por lo tanto estas calificaciones de los estudiantes podrían estar sujetas al sesgo de deseabilidad social. Para minimizar este efecto, se comunicaba a los estudiantes antes del comienzo de la sesión intermedia que las encuestas no tienen respuestas correctas e incorrectas y están siendo administrados sólo para la evaluación de programas propósitos. |
| Comentarios de los revisores | La formación en SP integrada a través de sesiones cortas en la formación de grado permite mejorar las competencias en SP de los estudiantes. Los autores destacan la importancia de convertir la SP en una ciencia para que los estudiantes la valoren de forma satisfactoria e integrarla en el aprendizaje. Posibilidad de ser extrapolado a otras profesiones (ej enfermería) y a otros niveles (residentes, formación continuada) Centrado en la mejora de la comunicación. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 4 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|--|
| Referencia | Aggarwal R, Mytton OT, Derbrew M, Hananel D, Heydenburg M, Issenberg B, MacAulay C, Mancini ME, Morimoto T, Soper N, Ziv A, Reznick R. Training and simulation for patient safety. <i>Qual Saf Health Care</i> . 2010 Aug;19 Suppl 2:i34-43. |
| Resumen original | <p>BACKGROUND: Simulation-based medical education enables knowledge, skills and attitudes to be acquired for all healthcare professionals in a safe, educationally orientated and efficient manner. Procedure-based skills, communication, leadership and team working can be learnt, be measured and have the potential to be used as a mode of certification to become an independent practitioner.</p> <p>RESULTS: Simulation-based training initially began with life-like manikins and now encompasses an entire range of systems, from synthetic models through to high fidelity simulation suites. These models can also be used for training in new technologies, for the application of existing technologies to new environments and in prototype testing. The level of simulation must be appropriate to the learners' needs and can range from focused tuition to mass trauma scenarios. The development of simulation centres is a global phenomenon which should be encouraged, although the facilities should be used within appropriate curricula that are methodologically sound and cost-effective.</p> <p>DISCUSSION: A review of current techniques reveals that simulation can successfully promote the competencies of medical expert, communicator and collaborator. Further work is required to develop the exact role of simulation as a training mechanism for scholarly skills, professionalism, management and health advocacy.</p> |
| Ámbito / Muestra | Simulación en el ámbito sanitario |
| Tipo de estudio:* | Revisión narrativa (revisión literatura + consenso de expertos) |
| Objetivo | Mostrar que la formación a través de la simulación es capaz de mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales de la salud en relación a la SP. Analiza el impacto de la simulación en el aprendizaje y su práctica en el ambiente sanitario y discute sus efectos sobre la SP en un marco apropiado de formación. En concreto analiza el papel de la simulación para alcanzar las competencias de la CanMEDs |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | The CanMEDs Framework of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada <u>Competencias Can MEDs:</u> médico experto, comunicador, colaborador, gestor sanitario, erudito (estudioso), profesional, promotor de la salud. |
| Resultados principales | La simulación puede ser una buena herramienta para el desarrollo de competencias tales como: experto médico, comunicación y trabajo en equipo. No existe suficiente evidencia para establecer que la simulación pueda ser útil para el entrenamiento de otras competencias tales como la erudición, profesionalismo, gestión y liderazgo, y promotor de la salud. Diseña una "report card" en la que a modo de semáforo evalúa el potencial de la simulación en el entrenamiento de cada una de las competencias. Evalúa el coste efectividad sin llegar a establecer conclusiones |
| Limitaciones | No orientado específicamente a la SP. No agrupa resultados. Es solo una revisión narrativa |
| Comentarios de los revisores | Dirigido a evaluar la simulación en el desarrollo de competencias. Solamente integración teórica. Es muy genérico y a pesar de establecerlo en su objetivo no analiza las competencias específicas en SP. Da una buena visión del papel de la simulación en la formación en el ámbito sanitario. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 2 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|--|
| Referencia | Ahmed M, Arora S, Carley S, Sevdalis N, Neale G. Junior doctors' reflections on patient safety. Postgrad Med J. 2012 Mar; 88(1037):125-9. |
| Resumen original | <p>AIM: To determine whether foundation year 1 (FY1) doctors reflect upon patient safety incidents (PSIs) within their portfolios and the potential value of such reflections for quality of care.</p> <p>METHODS: A cross-sectional retrospective review of every 'reflective practice' portfolio entry made by all FY1 doctors within an Acute Teaching Hospital Trust was conducted in February 2010. Entries were reviewed by two independent blinded researchers to determine whether they related to a PSI that is, any unintended or unexpected incident that could have or did lead to patient harm. For all entries rated positive by both reviewers, a content analysis approach was used to code PSI into incident type, contributing factors and patient outcome according to validated frameworks developed by the National Patient Safety Agency.</p> <p>RESULTS: 139 reflective practice entries were completed by 30 trainees (15 men, 15 women, mean age 24 years). Of the 139 entries, 49% reflected on a PSI. Of these, 22% were due to errors in clinical assessment; 22% were due to delayed access to care; 18% were due to infrastructure/staffing deficiencies; and 16% were due to medication errors. The most common contributing factors were team/social factors (23%), patient factors (22%), communication and task factors (both 17%). The majority of PSIs led to no harm. Six entries described PSIs resulting in patient death, the majority of which were attributable to diagnostic errors.</p> <p>CONCLUSIONS: FY1 doctors commonly reflect on PSIs within their professional portfolios. Such critical reflection can encourage learning but may also promote patient safety and the quality of healthcare across all medical specialties.</p> |
| Ámbito / Muestra | Médicos residentes en el primer año de práctica dentro de un programa puente específico (Foundation programme Year 1) en el Acute Teaching Hospital Trust (Reino Unido) durante 1 año |
| Tipo de estudio:* | Estudio transversal retrospectivo de revisión de historiales descriptivos de aprendizaje ("portfolios") |
| Objetivo | <p>Evaluar si los médicos en el primer año de su programa base incluyen en sus historiales reflexiones estructuradas sobre incidentes relacionados con la SP (IRSP) y explorar el valor potencial de dichas reflexiones en la calidad de la atención.</p> <p>Todos los médicos en UK tras acabar su carrera de medicina han de hacer un curso puente ("Foundation Program") de dos años de duración hasta empezar su especialidad. Durante este programa se les exige tener un historial electrónico donde van incluyendo sus experiencias de desarrollo profesional y reflexionan sobre las competencias que van adquiriendo.</p> |
| Dominios / competencias identificadas / evaluadas | <p>Reflexión estructurada (Identificación de IRSP, factores contribuyentes)</p> <p>No se identifican competencias específicas</p> |
| Resultados principales | De las 139 reflexiones procedentes de los historiales de 30 estudiantes (15 hombres, 15 mujeres, edad media 24 años) se reflejó un IRSP en un 49%. De estos, 22% se debieron a errores de evaluación clínica, 22% a retrasos en la provisión de cuidados, 18% a deficiencias en infraestructuras /recursos de personal y 16% a errores de medicación. El factor contribuyente más común fue: el equipo/ factores sociales (23%), factores de los pacientes (22%), la comunicación y los factores relacionados con la tarea (ambos 17%). La mayoría de los IRSP no provocó ningún daño. Seis relatos describen IRSP que provocaron la muerte del paciente, la mayoría de los cuales fueron atribuibles a errores de diagnóstico. |
| Limitaciones | Estudio cualitativo. Solamente de 30 alumnos. El estudio no está dirigido a identificar o evaluar competencias en SP. Se realiza en un ámbito muy concreto y a través de una herramienta muy específica (reflexión estructurada que se incluye en el historial de experiencias de aprendizaje). |
| Comentarios de los revisores | <p>El estudio muestra que un número importante de reflexiones anotadas en los historiales de los FY1 hacen referencia a incidentes relacionados con la SP y permite clasificar los incidentes y los factores contribuyentes. Interesante que la evaluación de esta herramienta permita detectar tipos de errores diferentes a los de otros métodos como los sistemas de notificación (i.e. mayor identificación de errores diagnósticos).</p> <p>Es original por revisar algo que nunca se había hecho. Pero es muy específico de UK por su curso puente. No lo veo útil como para complementar la notificación. Es una invasión a su intimidad (diario) que igual si saben que se utiliza para notificar lo dejan de utilizar...</p> |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | No hace referencia a competencias en SP 1 |

| | |
|--|---|
| Referencia | Andermann A, Ginsburg L, Norton P, Arora N, Bates D, Wu A, Larizgoitia I; Patient Safety Research Training and Education Expert Working Group of WHO Patient Safety. Core competencies for patient safety research: a cornerstone for global capacity strengthening. <i>BMJ Qual Saf.</i> 2011 Jan; 20(1):96-101. |
| Resumen original | <p>BACKGROUND: Tens of millions of patients worldwide suffer disabling injuries or death every year due to unsafe medical care. Nonetheless, there is a scarcity of research evidence on how to tackle this global health priority. The shortage of trained researchers is a major limitation, particularly in developing and transitional countries.</p> <p>OBJECTIVES: As a first step to strengthen capacity in this area, the authors developed a set of internationally agreed core competencies for patient safety research worldwide.</p> <p>METHODS: A multistage process involved developing an initial framework, reviewing the existing literature relating to competencies in patient safety research, conducting a series of consultations with potential end users and international experts in the field from over 35 countries and finally convening a global consensus conference.</p> <p>RESULTS: An initial draft list of competencies was grouped into three themes: patient safety, research methods and knowledge translation. The competencies were considered by the WHO Patient Safety task force, by potential end users in developing and transitional countries and by international experts in the field to be relevant, comprehensive, clear, easily adaptable to local contexts and useful for training patient safety researchers internationally.</p> <p>CONCLUSIONS: Reducing patient harm worldwide will require long-term sustained efforts to build capacity to enable practical research that addresses local problems and improves patient safety. The first edition of Competencies for Patient Safety Researchers is proposed by WHO Patient Safety as a foundation for strengthening research capacity by guiding the development of training programmes for researchers in the area of patient safety, particularly in developing and transitional countries, where such research is urgently needed.</p> |
| Ámbito / Muestra | 21 expertos internacionales (OMS SP) constituyen la "Task Force" |
| Tipo de estudio:* | Otros: Task Force (revisión bibliográfica y consenso de expertos). Estudio multifase (7 fases que son: 1. Diseño borrador, 2. Reunión para tratar 1º borrador, 3. Revisión literatura y reunión para elaborar 2º borrador, 4. Consulta interna a través de cuestionario, 5. Consulta externa a través de cuestionario a usuarios potenciales, 6. Consulta final con expertos internacionales, 7. Conferencia de consenso) |
| Objetivo | Desarrollar un conjunto de competencias para la investigación en SP que guíen el desarrollo de la educación y capacitación para promover el fortalecimiento de esta área que sean aplicables tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | Competencias en SP (8); Competencias para la investigación en SP (14); Competencias para la translación del conocimiento (9) |
| Resultados principales | Se identifica un marco de competencias para la investigación en SP divididas en 3 dominios: 1. Competencias sobre los conceptos fundamentales en relación con la ciencia de la SP en su contexto específico social, cultural y económico (8); 2. Competencias para diseñar y realizar investigación en SP: (14); 3. Competencias para participar en la translación del conocimiento y mejorar la seguridad de los cuidados de los pacientes (9). Estas competencias identificadas deben servir de guía a los investigadores en SP para llevar a cabo investigación que permitan entender mejor la magnitud y tipo de daño, identificar potenciales factores contribuyentes modificables y diseñar y evaluar intervenciones coste-efectivas que puedan de forma efectiva prevenir, reducir o mitigar la atención insegura y reducir el daño. |
| Limitaciones | Estudio solamente a nivel teórico. Se presentan las competencias identificadas pero deberá demostrarse en un futuro que el desarrollo de las mismas impacta en los resultados cuyo objetivo final es mejorar la seguridad del paciente. |
| Comentarios de los revisores | Metodología adecuada y detallada. Resultados interesantes. Estudio de consenso a nivel internacional. Podría haber estado más completo si hubiesen complementado además de la competencia cómo desarrollarla. Se centra en las competencias necesarias para la investigación en SP |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 3 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|--|
| Referencia | Ardizzone LL, Enlow WM, Evanina EY, Schnall R, Currie L. Impact of a patient safety curriculum for nurse anesthesia students. J Nurs Educ. 2009 Dec; 48(12):706-10. |
| Resumen original | Patient safety has become an important aspect of national health care initiatives. The purpose of this evaluation was to measure the impact of a patient safety education series for students enrolled in a nurse anesthesia program. Baseline surveys that measured patient safety competencies across three domains, attitudes, skills and knowledge, were administered to the students. A patient safety education series was delivered to the cohort and the survey was then readministered. Mean scores were compared using independent samples t tests. Attitude scores did not change from baseline to posttest. Participants scored higher on posttest means for both the patient safety skills and knowledge domains. Incorporating patient safety content into the nurse anesthesia master's degree curriculum may enhance clinicians' skills and knowledge related to patient safety, and the addition of a patient safety curriculum is important during the formative education process |
| Ámbito / Muestra | Enfermeras de anestesia de 2º año de un programa master de especialización de la Universidad de Columbia (27 estudiantes pre-test y 23 pos-test) |
| Tipo de estudio:* | Estudio antes – después con un solo grupo |
| Objetivo | <p>Evaluar el impacto de un programa formativo en SP para estudiantes de enfermería de anestesia. Se les proporcionaba la formación durante el segundo curso y se les administraba el cuestionario antes y después (52 ítems con 3 dominios).</p> <p>El programa incluía 3 disertaciones con contenido específico sobre SP en anestesia (Conceptos de SP y promoción de la asistencia sanitaria; Conocimiento de riesgos, casi errores y notificación de EA; Modelos de errores en la asistencia sanitaria; Seguimiento de indicadores de calidad) + 2 proyectos + participación en un sistema de notificación.</p> |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | <ul style="list-style-type: none"> • Actitudes relacionadas con SP • Habilidades relacionadas con SP: notificación de eventos adversos, informar sobre errores, participación en AMFE, ACR, participación en sesiones de mortalidad • Conocimientos relacionados con SP: definiciones básicas, cultura de seguridad, ratios de enfermería y resultados... |
| Resultados principales | La intervención no mejora las actitudes, con resultados pre y post formación similares (3,59 ambos). La puntuación en habilidades mejoró de 2,34 pre a 2,59 post y el dominio de conocimientos incrementó de 2,58 a 2,98 post intervención (diferencias no estadísticamente significativas). |
| Limitaciones | <p>Cuestionario sin validar los resultados en ese momento puesto que la validación se estaba realizando simultáneamente al estudio.</p> <p>El formato del CV basado en un programa de estudio de casos, aprendizaje en pequeños grupos y presentaciones.</p> <p>Falta grupo control.</p> <p>Ámbito muy específico con una muestra muy pequeña. A pesar de que los autores señalan una mejora en los conocimientos y habilidades las diferencias no son significativas</p> |
| Comentarios de los revisores | <p>La intervención (programa de formación) es muy limitada en cuanto a muestra (27-23) y también en cuanto a contenido (son tres charlas, estudio de casos, aprendizaje en pequeños grupos y promover la notificación a través de una web durante 9 meses).</p> <p>Aunque evalúa diferentes competencias, el programa formativo es limitado y genérico. Destacar como conclusiones de los autores que la formación previa a la incorporación laboral de los profesionales podría mejorar especialmente algunas actitudes que son más difíciles de modificar a posteriori y la necesidad de desarrollar un curriculum estructurado en SP.</p> |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 2 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|--|
| Referencia | Armstrong GE, Spencer TS, Lenburg CB. Using quality and safety education for nurses to enhance competency outcome performance assessment: a synergistic approach that promotes patient safety and quality outcomes. J Nurs Educ. 2009 Dec;48(12):686-93. |
| Resumen original | As nursing programs respond to vital initiatives such as Quality and Safety Education for Nurses (QSEN), nursing faculty will discover important shared values exist between competency-based curricular models and the latest call for stronger foci on safety and quality. This article describes how one university is using the QSEN competencies to enhance its competency outcome performance assessment (COPA)-based curriculum, thereby updating and strengthening its graduates' skills in quality improvement and safety. Faculty at the school found QSEN and COPA share the same concerns for promoting student competence and continuing competence in nursing practice to safeguard patient safety and quality care. Nursing faculty whose teaching is focused in a competency-based curriculum are well positioned to respond to the call to integrate QSEN competencies into their curricula. |
| Ámbito / Muestra | Universidad de enfermería de Denver, Colorado |
| Tipo de estudio:* | Otros: descripción de un programa formativo integrado |
| Objetivo | Describir como la integración del programa Quality and Safety Education for Nurses (QSEN) y un curriculum basado en competencias (Modelo COPA) constituye un proceso lógico para promover la formación de calidad, las competencias de enfermería y una atención del paciente segura. |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | Modelo COPA: <ul style="list-style-type: none"> - Habilidades de evaluación e intervención - Comunicación - Pensamiento crítico - Habilidades personales en el cuidado - Habilidades formativas - Habilidades de gestión - Habilidades de liderazgo - Integración de conocimientos Competencias QSEN: <ul style="list-style-type: none"> - Cuidado centrado en el paciente - Comunicación y trabajo en equipo - Práctica basada en la evidencia - Mejora de la calidad - Seguridad - Informática |
| Resultados principales | La iniciativa QSEN proporciona varias categorías de contenidos esenciales de competencias que se entrelazan en esencia, en todos los cursos a través del currículum/programa. Guía el desarrollo del curso y el enfoque del aprendizaje del estudiante hacia unos cuidados de enfermería seguros y competentes. El modelo COPA establece la estructura de la aplicación de estas competencias tanto en los resultados de las competencias basadas en la práctica como de la evaluación del rendimiento normalizado a través de un herramienta tanto en cursos didácticos como clínicos. Está integración en un marco unificado, crea una relación sinérgica positiva entre el contenido esencial y los resultados finales deseados y la verificación del rendimiento de esa competencia. La integración de los dos modelos de competencias dan lugar a sinergias. La formación basada en competencias posiciona de forma favorable el desarrollo de competencias de la QSEN. |
| Limitaciones | Los autores hacen referencia a su experiencia sin mostrar resultados objetivos |
| Comentarios de los revisores | Desarrollo teórico ampliamente detallado. No se evalúa la efectividad de la sinergia sino que solo se describe la síntesis teórica de los programas. Ambos modelos son genéricos y no hacen referencia a competencias específicas en seguridad del paciente aunque puedan ser aplicadas en la formación en dicho ámbito |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 2 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|---|
| Referencia | Arora S, Sevdalis N, Ahmed M, Wong H, Moorthy K, Vincent C. Safety skills training for surgeons: A half-day intervention improves knowledge, attitudes and awareness of patient safety. <i>Surgery</i> . 2012 Jul;152(1):26-31. |
| Resumen original | <p>BACKGROUND: Education and training of health care professionals is necessary to achieve sustainable improvements in patient safety. Despite its inherently risky nature, little training specifically in safety has been conducted in the surgical disciplines. In this study we explored the effects of a safety skills training program on surgical residents' knowledge, attitudes, and awareness of patient safety.</p> <p>METHODS: A half-day training program incorporating safety awareness, analysis, and improvement skills was delivered to surgical residents from 19 hospitals in London, United Kingdom. Participants were assessed in terms of safety knowledge (MCQs) and attitudes to safety (validated questionnaire; scale 1 to 5) before and after training. To determine long-term effects, 6 months after training participants identified and reported on observed safety events in their own workplace by using an observational form for data collection.</p> <p>RESULTS: A total of 27 surgeons participated in the training program. Knowledge of safety significantly improved after the course (mean pre = 45.26% vs mean post = 70.59%, $P < .01$) as did attitudes to error analysis and improving safety (mean pre 3.50 vs mean post 3.97, $P < .001$) and ability to influence safety (mean pre 3.22 vs mean post 3.49, $P < .01$). After the course, participants reported richer, detailed sets of observations demonstrating enhanced understanding, recognition, and analysis of patient safety issues in their workplace.</p> <p>CONCLUSION: Safety skills training with positive educational outcomes can be delivered in a half day. Such a course may allow patient safety to be integrated into any curriculum, thereby training the next generation of the healthcare workforce to maintain the safety momentum.</p> |
| Ámbito / Muestra | 19 hospitales de Londres (27/48 residentes de cirugía general) |
| Tipo de estudio:* | Estudio antes – después de un solo grupo |
| Objetivo | Desarrollar y evaluar un programa de entrenamiento de habilidades en conocimiento, análisis y mejora de SP. El programa duraba 3 horas. Constaba de 3 sesiones. Se utilizaban conferencias, discusión en grupo, vídeos, pero no simulación. |
| Dominios / competencias identificadas / evaluadas | <ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos: definiciones y conceptos, epidemiología, eventos adversos y sus consecuencias, aproximación sistemática, factores humanos, seguridad en otros ambientes. • Análisis en SP: Protocolo de Londres; beneficios del análisis de incidentes • Mejora en SP: comunicación y trabajo en equipo; soluciones orientadas al sistema e individuales |
| Resultados principales | Los conocimientos en SP mejoraron de forma significativa (pre = 45.26% vs post = 70.59%, $P < .01$) así como las actitudes sobre el análisis de los errores y mejora de la seguridad (pre 3.50 vs post 3.97, $P < .001$) y la capacidad de influir en la SP (pre 3.22 vs post 3.49, $P < .01$). No mejoraron las creencias personales sobre SP ni la percepción de los errores de forma significativa. La notificación de los participantes tras el programa se ha visto enriquecida, con observaciones detalladas y un análisis más exhaustivo de los IRSP en el ámbito de trabajo. Encuesta de satisfacción muy positiva |
| Limitaciones | Muestra escasa y sin grupo control |
| Comentarios de los revisores | Utilidad de un programa de 3 horas sin necesidad de recursos especiales (como simulación) y puede integrarse en la actividad formativa habitual. Programa Sencillo y fácilmente extrapolable a otros ámbitos. Se evalúa el impacto a medio plazo (6 meses). Presentan el contenido del programa y la evaluación de los resultados a través de cuestionarios con valoración de las propiedades psicométricas |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 4 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|---|
| Referencia | Bakken S, Cook SS, Curtis L, Desjardins K, Hyun S, Jenkins M, John R, Klein WT, Paguntalan J, Roberts WD, Soupios M. Promoting patient safety through informatics-based nursing education. <i>Int J Med Inform.</i> 2004 Aug; 73(7-8):581-9. |
| Resumen original (NO) | The Institute of Medicine (IOM) Committee on Quality of Health Care in America identified the critical role of information technology in designing safe and effective health care. In addition to technical aspects such as regional or national health information infrastructures, to achieve this goal, healthcare professionals must receive the requisite training during basic and advanced educational programs. In this article, we describe a two-pronged strategy to promote patient safety through an informatics-based approach to nursing education at the Columbia University School of Nursing: (1) use of a personal digital assistant (PDA) to document clinical encounters and to retrieve patient safety-related information at the point of care, and (2) enhancement of informatics competencies of students and faculty. These approaches may be useful to others wishing to promote patient safety through using informatics methods and technologies in healthcare curricula. |
| Ámbito / Muestra | Experiencia de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Columbia |
| Tipo de estudio:* | Otros: Descripción de una estrategia de mejora de seguridad |
| Objetivo | Se proponen 2 estrategias dirigidas a mejorar la SP en relación con los sistemas de información: Uso de PDA para el registro e información relacionada con la SP y formación en competencias informáticas |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | Sistemas y tecnología de información Competencias informáticas |
| Resultados principales | Los autores concluyen que a través de las diferentes actividades formativas se prepara a las enfermeras en el uso avanzado de las tecnologías de la información, lo cual impactará en una práctica más segura y basada en la evidencia Detallan el programa establecido y las aplicaciones relevantes (en tablas resumen en el documento). Como lecciones aprendidas en su implementación destacan la importancia de: la sensibilidad de la organización (directivos, informáticos, además de profesores y alumnos); presupuesto clave (para compra y soporte PDA etc); contar con personas expertas para desarrollar estos programas informáticos; dar formación y competencias a los alumnos para que las aprendan; estandarizar con procedimientos el manejo de las aplicaciones. Es importante explotar la información, siendo diferente este nivel al nivel de usuario y como desventaja que la tecnología cambia muy rápido por lo que hay que estar continuamente adaptándose. |
| Limitaciones | Se presenta la experiencia y el desarrollo de las estrategias pero no se analizan resultados ni la efectividad de las mismas |
| Comentarios de los revisores | Se centra exclusivamente en mejorar las competencias en el ámbito de la gestión de la información y la informática. Se realiza un análisis de las lecciones aprendidas durante el desarrollo del proyecto. Describe detalladamente la utilidad y las herramientas, aplicaciones, software que han identificado como importantes en esta materia. No hay muchos artículos al respecto. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 2 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|---|--|
| Referencia | Bartels JE, Bednash G. Answering the call for quality nursing care and patient safety: a new model for nursing education. <i>Nurs Adm Q.</i> 2005 Jan-Mar; 29(1):5-13. |
| Resumen original (NO) | Current discussion on the need to dramatically change nursing education and practice is based on clear concerns about the changing nature of healthcare. The increasingly complex healthcare system of our nation provides sophisticated interventions yet concerns about quality persist. A new model of education and practice is proposed and this model is being implemented through a groundbreaking partnership to prepare a master's educated, entry-level, generalist nursing clinician to lead and guide care at the point of care. The competencies associated with this new clinician are discussed and future implications for evaluation and monitoring are shared. |
| Ámbito / Muestra | Enfermería |
| Tipo de estudio:* | Revisión narrativa |
| Objetivo | Se propone un nuevo modelo de formación y práctica de la enfermería adaptado a las necesidades actuales de la prestación sanitaria, se discuten las competencias necesarias para su desarrollo y las futuras implicaciones a la hora de evaluar y monitorizar La propuesta de este nuevo rol ("Clinical Nurse Leader") la realiza la AACN (American Association of Colleges of Nurses) tras revisar lo que se realiza en otros países y lo ve como clave para dar respuestas a las nuevas exigencias de calidad y seguridad. |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | No se desarrollan: Liderazgo, Trabajo en equipo, Implementar estrategias |

| | |
|--|---|
| Resultados principales | Es necesario que la formación de los profesionales se adapte a las necesidades actuales y sólo así se podrá ofrecer una atención segura y de calidad. El programa en formato máster de 10-12 semanas de duración destinado a enfermeras con BSC (Bachelor of Science Nursing) es un programa generalista que les debe capacitar para el liderazgo, la coordinación de programas, realización de guías, protocolos, etc |
| Limitaciones | Propuesta de un modelo formativo sin evaluar su impacto real en los resultados ni describir los métodos para que pueda realmente producirse el cambio. |
| Comentarios de los revisores | Habla de las nuevas competencias de enfermería y específicamente del concepto de la figura de líderes de enfermería clínica pero sin entrar en las competencias relacionadas con SP |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 1 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|---|
| Referencia | Beasley JW, Wetterneck TB, Temte J, Lapin JA, Smith P, Rivera-Rodriguez AJ, Karsh BT. Information chaos in primary care: implications for physician performance and patient safety. J Am Board Fam Med. 2011 Nov-Dec; 24(6):745-51. |
| Resumen original (NO) | PURPOSE: The purpose of this article is to explore the concept of information chaos as it applies to the issues of patient safety and physician workload in primary care and to propose a research agenda. METHODS: We use a human factors engineering perspective to discuss the concept of information chaos in primary care and explore implications for its impact on physician performance and patient safety. RESULTS: Information chaos is comprised of various combinations of information overload, information underload, information scatter, information conflict, and erroneous information. We provide a framework for understanding information chaos, its impact on physician mental workload and situation awareness, and its consequences, and we discuss possible solutions and suggest a research agenda that may lead to methods to reduce the problem. CONCLUSIONS: Information chaos is experienced routinely by primary care physicians. This is not just inconvenient, annoying, and frustrating; it has implications for physician performance and patient safety. Additional research is needed to define methods to measure and eventually reduce information chaos. |
| Ámbito / Muestra | Atención primaria |
| Tipo de estudio:* | Revisión narrativa |
| Objetivo | Explorar el concepto de “caos de la información” basándose en la ingeniería de los factores humanos aplicado a la SP y cargas de trabajo en atención primaria y proponer una agenda de investigación para minimizar este riesgo |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | Factores humanos Información |
| Resultados principales | El concepto de caos de información comprende varias combinaciones: información excesiva, información escasa, dispersa, conflictiva, errónea. Las consecuencias del caos de información son: sobrecarga mental y una falta de conciencia de la situación que puede provocar problemas en la resolución, en la identificación, en la toma de decisiones, en el diagnóstico o en el tratamiento. Además subrayan tres factores que pueden afectar todavía más cuando la información es caótica: las interrupciones, la insuficiente experiencia del médico y la falta de tiempo. Propone diferentes estrategias para disminuir los riesgos asociados con el caos de la información (ej. preparar la visita médica y la historia electrónica) y plantea una serie de preguntas que la investigación debería responder en relación a este aspecto. |
| Limitaciones | Hace una revisión de los riesgos derivados de la información pero no analiza de forma específica las competencias para gestionarlos . |
| Comentarios de los revisores | Se centra en el impacto de los problemas de la información y comunicación en la SP. Propone rediseñar sistemas para evitarlos pero no se centra en el desarrollo de las competencias necesarias para ello. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 1 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|---|
| Referencia | Blum CA, Parcels DA. Relationship between high-fidelity simulation and patient safety in prelicensure nursing education: a comprehensive review. J Nurs Educ. 2012 Aug; 51(8):429-35. |
| Resumen original | Advances in nursing simulation technology raise the question “Are educators feeling pressure to accommodate the learning styles of the techno-age student?” This integrative review evaluates the current quantitative evidence from preintervention-postintervention and control-experimental research studies related to the use of simulation in prelicensure nursing education directed at enhancing safety in nursing practice. A thorough review of the available literature using truncated search terms in several databases yielded 258 scholarly, peer-reviewed articles, of which 18 articles directly addressed the posed research question related to simulation and safety. Replete with student reports of simulation as an enjoyable learning activity, the literature does not yet support simulation over other approaches to the teaching-learning of safety competencies in nursing. Therefore, nurse educators must continue to select the most appropriate methods based on the specific course, student, or program type, with concentrated focus on competency-based safety education in nursing. |
| Ámbito / Muestra | Estudios pre-post intervención e investigaciones experimentales con grupo control utilizando simulación de alta fidelidad en formación del grado de enfermería que analizan el impacto sobre la seguridad del paciente. 1989 a 2011 CINAHL “simulat, nurs, safe” incluye 258 referencias y analiza finalmente 18 estudios que cumplen los criterios de inclusión. |
| Tipo de estudio:* | Revisión sistemática |
| Objetivo | Analizar la evidencia actual del uso de la simulación de alta fidelidad en la formación en SP en el grado de enfermería. Extraer conclusiones sobre las fortalezas y debilidades de éste método de formación en dicha área. |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | NP |
| Resultados principales | Aunque la simulación clínica parece tener relevancia como método de formación, son necesarios estudios que comparen los diferentes métodos formativos y su relación con la transferencia del conocimiento a la práctica clínica. La revisión bibliográfica no muestra que la simulación sea una aproximación mejor respecto a otros métodos por lo que debe investigarse realmente qué métodos son los más útiles para entrenar las competencias en SP. |
| Limitaciones | Evalúa la simulación de forma genérica sin analizar las competencias entrenadas |
| Comentarios de los revisores | No analiza específicamente las competencias, centrándose de forma genérica en los resultados del uso de la simulación para el aprendizaje de la SP |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 1 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|--|
| Referencia | Bowie P, McKay J, Kelly M. Maximising harm reduction in early specialty training for general practice: validation of a safety checklist. <i>BMC Fam Pract.</i> 2012 Jun 21; 13:62. |
| Resumen original | <p>BACKGROUND: Making health care safer is a key policy priority worldwide. In specialty training, medical educators may unintentionally impact on patient safety e.g. through failures of supervision; providing limited feedback on performance; and letting poorly developed behaviours continue unchecked. Doctors-in-training are also known to be susceptible to medical error. Ensuring that all essential educational issues are addressed during training is problematic given the scale of the tasks to be undertaken. Human error and the reliability of local systems may increase the risk of safety-critical topics being inadequately covered. However adherence to a checklist reminder may improve the reliability of task delivery and maximise harm reduction. We aimed to prioritise the most safety-critical issues to be addressed in the first 12-weeks of specialty training in the general practice environment and validate a related checklist reminder.</p> <p>METHODS: We used mixed methods with different groups of GP educators (n=127) and specialty trainees (n=9) in two Scottish regions to prioritise, develop and validate checklist content. Generation and refinement of checklist themes and items were undertaken on an iterative basis using a range of methods including small group work in dedicated workshops; a modified-Delphi process; and telephone interviews. The relevance of potential checklist items was rated using a 4-point scale content validity index to inform final inclusion.</p> <p>RESULTS: 14 themes (e.g. prescribing safely; dealing with medical emergency; implications of poor record keeping; and effective & safe communication) and 47 related items (e.g. how to safety-net face-to-face or over the telephone; knowledge of practice systems for results handling; recognition of harm in children) were judged to be essential safety-critical educational issues to be covered. The mean content validity index ratio was 0.98.</p> <p>CONCLUSION: A checklist was developed and validated for educational supervisors to assist in the reliable delivery of safety-critical educational issues in the opening 12-week period of training, and aligned with national curriculum competencies. The tool can also be adapted for use as a self-assessment instrument by trainees to guide patient safety-related learning needs. Dissemination and implementation of the checklist and self-rating scale are proceeding on a national, voluntary basis with plans to evaluate its feasibility and educational impact.</p> |
| Ámbito / Muestra | Medicina de Familia y Comunitaria (GP en Escocia). 127 formadores y 9 especialistas en medicina de familia en 2 regiones de Escocia |
| Tipo de estudio:* | Cualitativo: Grupos focales + técnica Delphi + entrevista telefónica. Validación de contenido |
| Objetivo | Priorizar los temas de SP esenciales que deberían ser tratados en las primeras 12 semanas de formación de especialistas en el entorno de la atención primaria y validar un listado de verificación relacionado |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | <p>14 temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescripción segura • Emergencias médicas • Gestión clínica específica • Afrontación efectiva de los resultados de las pruebas diagnósticas • Derivación de pacientes • Tomar conciencia de los riesgos de registros incompletos • Realizar consultas de forma segura • Comunicación efectiva y segura • Ser conscientes de la responsabilidad personal • Protección infantil • Mejorar la seguridad personal • Enfatizar la importancia del ambiente de aprendizaje • Uso seguro de los sistemas de información • 47 items relacionados |
| Resultados principales | Se desarrolla y valida una lista de verificación para asegurar que los responsables de la formación de especialistas proveen los temas principales en SP durante las primeras 12 semanas de entrenamiento. La herramienta puede también utilizarse a modo de autoevaluación por los estudiantes para asegurar los conocimientos en SP que cubran las necesidades de los pacientes. La diseminación e implantación de la herramienta está en la actualidad siendo evaluada para comprobar su factibilidad e impacto educacional |
| Limitaciones | Se basa específicamente en el desarrollo de un listado que contiene los dominios o competencias considerados esenciales en SP pero no se desarrolla el proceso de evaluación. Los que han participado en la validación han sido voluntarios. La muestra para validarlo ha sido muy reducida. No se ha triangulado la información. |
| Comentarios de los revisores | Es un artículo donde se desarrolla una exhaustiva metodología tanto cualitativa como de validación de los resultados del cuestionario. Con un objetivo muy interesante y novedoso. Faltaría complementarlo con satisfacción de los alumnos y si es eficiente en relación a una mejora de resultados en SP |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 3 |

| | |
|--|---|
| Referencia | Byrnes PD, Crawford M, Wong B. Are they safe in there? - patient safety and trainees in the practice. Aust Fam Physician. 2012 Jan-Feb; 41(1-2):26-9. |
| Resumen original | <p>BACKGROUND: Due to the projected increase of medical graduates and general practice registrars, a rapid increase in new trainers and practices is required. The resulting mix of relatively inexperienced trainers and trainees makes the examination of the important question of patient safety even more pertinent.</p> <p>OBJECTIVE: To describe practical techniques that look beyond the door of the closed consulting room to detect unconscious incompetence in trainees.</p> <p>DISCUSSION: Trainees can both be conscious of their incompetence and ask for help, or unconscious of their incompetence. Many articles have been written on teaching trainees who ask for help, but it is the trainee who does not ask for help who may be at most risk of serious problems, and therefore compromise patient safety. Formative assessment and feedback should be used to empower trainees as self-regulated learners. There are seven principles of good feedback practice that help develop self-regulation. This article provides practical teaching tips for supervisors in general practice</p> |
| Ámbito / Muestra | Medicina de familia |
| Tipo de estudio:* | Revisión narrativa / artículo de opinión |
| Objetivo | Describir diferentes técnicas o herramientas que permiten revisar ("look beyond the door") las consultas para detectar errores de falta de competencia ("incompetencia no consciente") en médicos en formación cuando no están directamente supervisados |
| Dominios / competencias identificadas / evaluadas | Solicitar ayuda. Supervisión. Retroalimentación efectiva Autorregulación |
| Resultados principales | Se proponen diferentes herramientas para detectar errores relacionados con la falta de competencia de médicos de atención primaria en periodo de formación tales como la revisión estructurada de historias clínicas, presencia del tutor durante la consulta y revisión posterior estructurada, auto-reflexión diaria, grabación en video y revisión, auditorias de pruebas solicitadas. |
| Limitaciones | Se presentan diferentes técnicas propuestas sin una revisión de su efectividad ni su impacto real. Artículo de opinión simplemente descriptivo |
| Comentarios de los revisores | Analiza un aspecto importante sobre la SP en atención primaria donde puede ser más difícil detectar errores y donde las características de una medicina más aislada o menos supervisada hacen que los profesionales en formación pueden no ser conscientes de su incompetencia y por ello no solicitar ayuda |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 2 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|--|
| Referencia | Castner J, Foltz-Ramos K, Schwartz DG, Ceravolo DJ. A leadership challenge: staff nurse perceptions after an organizational TeamSTEPPS initiative. J Nurs Adm. 2012 Oct; 42(10):467-72 |
| Resumen original | The purpose of this study was to measure RNs' perceptions of teamwork skills and behaviors in their work environment during a multiphase multisite nursing organizational teamwork development initiative. Teamwork is essential for patient safety in healthcare organizations and nursing teams. Organizational development supporting effective teamwork should include a just culture, engaged leadership, and teamwork training. A cross-sectional survey study of bedside RNs was conducted in one 5-hospital healthcare system after a TeamSTEPPS teamwork training initiative. TeamSTEPPS teamwork training related to improved RN perceptions of leadership. Initiatives to align the perspectives and teamwork efforts of leaders and bedside nurses are indicated and should involve charge nurses in the design. |
| Ámbito / Muestra | 5 hospitales de agudos en el noroeste de EEUU. 456 enfermeras (22%) |
| Tipo de estudio:* | Estudio antes - después de un solo grupo tras intervención valorado a través de un cuestionario |
| Objetivo | Medir las percepciones de estudiantes de enfermería sobre las habilidades del trabajo en equipo y el comportamiento en el lugar de trabajo tras implantar el TeamsSTEPPS |
| Dominios / competencias identificadas / evaluadas | TeamsSTEPPS Estructura del equipo Liderazgo Monitorización situación Soporte mutuo Comunicación |
| Resultados principales | La valoración de los diferentes ítems a través de una encuesta demostró que la comunicación fue aceptable en el 95,9%; el soporte mutuo en el 91,9%; la monitorización de la situación en el 90% , la estructura del equipo en el 81,1% y el liderazgo en el 69,4% . Comparando los grupos en los que se había realizado formación del TeamsSTEPPS: El entrenamiento con TeamsSTEPPS se relacionó con una mejora en las percepciones de las enfermeras en el liderazgo. |

| | |
|--|---|
| Limitaciones | Los resultados pueden no ser extrapolables por tratarse de una muestra de conveniencia. Cuestionario auto administrado (sesgo de deseabilidad social). No valoración estadística (prueba normal). |
| Comentarios de los revisores | Pone de manifiesto la importancia del liderazgo en el trabajo en equipo y menciona algunas estrategias que pueden ayudar al desarrollo de competencias relacionadas con el mismo |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 3 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|---|
| Referencia | Chenot TM, Daniel LG. Frameworks for patient safety in the nursing curriculum. J Nurs Educ. 2010 Oct; 49(10):559-68. |
| Resumen original | Patient safety has recently received a great deal of media coverage. Professional and regulatory agencies have indicated that patient safety education should be provided to health care workers to improve health outcomes. This study's primary purpose was to gain a better understanding of the current status of patient safety awareness among prelicensure nursing students. Data were collected from two samples (N = 150 and 318), and nursing curricula were examined from seven institutions. Measurement integrity studies indicated that patient safety awareness can be measured validly and reliably. Demographic variables were correlated with patient safety awareness. A content analysis found that all of the participating nursing schools included at least three of the six core competencies of the Quality and Safety Education for Nurses (QSEN) (Cronenwett et al., 2007) in their curriculum; one school exhibited all six. Our findings led to conclusions and recommendations for nurse educators and for future research on patient safety education in the nursing curriculum. |
| Ámbito / Muestra | N= Fase I 150 y Fase II 318. Fase III: Curriculum de enfermería en 7 instituciones. SE de EEUU |
| Tipo de estudio:* | Estudio exploratorio que consta de tres fases: I. Pilotaje y análisis de las propiedades psicométricas del cuestionario "Healthcare Professionals Patient Safety Assessment Curriculum Survey (HPPSACS)", II. Distribución del cuestionario a las estudiantes de enfermería. III. Estudio cualitativo para obtener información sobre el curriculum de varias universidades. |
| Objetivo | Examinar la formación en SP actual de los estudiantes de enfermería e investigar los conocimientos, habilidades y actitudes sobre SP. Establecer recomendaciones del conocimiento necesario basado en las competencias de enfermería para actuar como profesionales seguros en el sistema sanitario |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | Quality and Safety Education for Nurses [QSEN]: cuidados centrados en el paciente, trabajo en equipo y colaboración, práctica basada en la evidencia, mejora de la calidad, seguridad e informática. |
| Resultados principales | El conocimiento sobre la SP puede medirse de forma válida y fiable con el cuestionario (alpha de Cronbach > 0,64). Edad y sexo son variables independientes sin relación, mientras que las variables demográficas y el tipo de programa correlacionan con el conocimiento sobre la SP. De todas las escuelas de enfermería todos los programas incluyen al menos 3 de las competencias de la QSEN y uno incluye las 6 competencias. |
| Limitaciones | La herramienta utilizada (encuesta) está adaptada de otros ámbitos como la formación médica, los resultados están basados en la percepción de los encuestados. La muestra ha sido solo de estudiantes de enfermería en su último periodo formativo. Baja tasa de respuesta. Se analizan un número pequeño de instituciones por lo que los resultados podrían no ser extrapolables. |
| Comentarios de los revisores | El estudio es importante al analizar a través de una herramienta específica las competencias en seguridad del paciente en enfermería validándola de alguna manera para su uso, pero tal y como proponen los autores todavía es necesario extender la investigación y especialmente relacionar los resultados de este tipo de encuestas con los resultados finales sobre los pacientes (reducción de los errores). No se profundiza en las competencias |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 2 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|---|
| Referencia | Daud-Gallotti R, Tibério Ide F. Assessing patient safety competencies during clerkship: a new experience with OSCE. <i>Med Teach</i> . 2010 Jan; 32(1):90-1. |
| Resumen original | No se incluye. Carta |
| Ámbito / Muestra | Facultad de Medicina de Sant Paulo (Brasil). 95 estudiantes de medicina (5º año) |
| Tipo de estudio:* | Evaluación programa formativo |
| Objetivo | Demostrar la utilidad de un <i>Objective Structured Clinical Examination</i> (OSCE) incluyendo una sección de SP |
| Dominios / competencias identificadas / evaluadas | Reconocimiento de un error médico /información al paciente Relación médico paciente Comportamientos humanísticos |
| Resultados principales | No se presentan resultados, excepto una menor puntuación en la competencia del reconocimiento del error comparada con la relación médico-paciente y el comportamiento humanístico. Menos del 60% de los estudiantes consideraron la disculpa después del error médico. Considera que la OSCE es una buena herramienta para evaluar las competencias en SP |
| Limitaciones | No se presenta la metodología ni prácticamente resultados. Se trata de una carta al director |
| Comentarios de los revisores | La efectividad de la herramienta es subjetiva sin presentar resultados que lo avalen |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 1 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|---|
| Referencia | Debourgh GA. Synergy for patient safety and quality: academic and service partnerships to promote effective nurse education and clinical practice. <i>J Prof Nurs</i> . 2012 Jan-Feb; 28(1):48-61 |
| Resumen original | Responding to the growing concern about medical error and patient harm, nurse educators are seeking innovative strategies to ensure that nursing students develop the knowledge, skills, and attitudes that enable them to safely and effectively manage patient care. A nursing school and hospital affiliate engaged in a partnership to increase opportunities for students to acquire these competencies. The Synergy Partnership Model aligns agency safety and quality initiatives with the school's student outcome competencies. The partnership model establishes participant commitment, clarifies professional actions and accountabilities, and structures the integration of student learning with the clinical practice of agency nurses and physicians. A collection of evidence-based, best-practices resources provides students, faculties, and staff the tools to implement the partnership paradigm. A descriptive pilot study design with a convenience sample of students (N = 24) enrolled in a third-semester, prelicensure clinical nursing course measured students' safety and quality knowledge and the students' perceptions of team behaviors and communication effectiveness. Survey data reveal moderate to large effect sizes in gains for safety and quality knowledge and for students' increased confidence in their impact on patient care outcomes. |
| Ámbito / Muestra | 24 estudiantes de enfermería 3º semestre pre-licenciatura |
| Tipo de estudio:* | Estudio antes – después de un solo grupo donde se evalúa a través de un cuestionario |
| Objetivo | Evaluar los conocimientos en seguridad y calidad de los estudiantes y sus percepciones en relación al trabajo en equipo y comunicación efectiva tras ponerse en práctica un modelo colaborativo (ámbito académico –hospitalario) |
| Dominios / competencias identificadas / evaluadas | El modelo se basa en las competencias definidas por <i>The Quality and Safety Education for Nurses</i> (QSEN): <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados centrados en el paciente • Práctica basada en la evidencia • Mejora de la calidad • Informática • Seguridad del Paciente • Trabajo en equipo y colaboración |
| Resultados principales | Presentan un modelo de colaboración (Synergy Partnership Model) entre una facultad de enfermería y un centro médico terciario dirigido a mejorar la concienciación y el conocimiento de la responsabilidad profesional y mejora de la comunicación y trabajo en equipo. El modelo incluye una serie de recursos para promover prácticas seguras y de calidad. Las encuestas demuestran un efecto de moderado a grande en mejora del conocimiento en seguridad y calidad y un incremento de la confianza de los estudiantes sobre el impacto en los resultados del paciente. Mejora en la concienciación y conocimientos relacionados con la SP |

| | |
|--|---|
| Limitaciones | Pequeño tamaño de la muestra. No hay control sobre las variables de intervención (distintos profesores...) La metodología intrínseca (autoevaluación por encuestas) no permite asegurar que la mejora en la percepción sea trasladable a la práctica clínica o genere cambios en el comportamiento. La herramienta utilizada para la evaluación del aprendizaje aparentemente es muy simple para poder evaluar competencias. Interés de realizar estudios observacionales controlados en los que se tengan en cuenta todas las variables. |
| Comentarios de los revisores | Refuerza la importancia de que la formación teórica se combine con la práctica clínica en un ambiente de trabajo en equipo. Se presenta el contenido del programa formativo y las herramientas utilizadas ampliamente y en detalle. Aunque se presenta el contenido curricular no se analizan de forma específica las competencias. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 2 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|---|
| Referencia | Doherty E, O'Keeffe D, Traynor O. Developing a human factors and patient safety programme at the Royal College of Surgeons in Ireland. Surgeon. 2011; 9 Suppl 1:S38-9. |
| Resumen original | Personal skills are now recognized to be important components of effective medical practice. These skills are explicit in the CANMED competencies from Canada, the recommendations of the ACGME from the United States and the recently revised 'Tomorrow's Doctors' paper from the Medical Council in the United Kingdom. The recommended core competencies which encompass personal skills in these international manifestos highlight a paradigm shift in a system which emphasized technical skills and knowledge to a recognition of the key role played by personal skills. |
| Ámbito / Muestra | Real Colegio de Cirujanos de Irlanda |
| Tipo de estudio:* | Artículo ilustrativo |
| Objetivo | Presentar un programa de formación en SP y factores humanos . Formación teórica (e-learning) + simulación clínica. El programa consta de 15 días de formación obligatoria distribuidos durante los dos años del entrenamiento básico (Basic Surgical Training) y para los tres primeros años del entrenamiento avanzado (Higher Surgical Training) |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | <u>Programa básico (Año 1):</u> Factores humanos y SP Comunicación con pacientes y familiares Gestión de crisis <u>Programa básico (Año 2):</u> Resolución de conflictos y negociación Trabajo en equipo SP e información de errores <u>Programa avanzado (1º año):</u> Error médico y SP Gestión del estrés Inteligencia emocional <u>Programa avanzado (2º año)</u> Personalidad y profesionalismo Habilidades de negociación avanzada Trabajo en equipo <u>Programa avanzado (3º año)</u> Habilidades presentación / intervención Toma de decisiones críticas Liderazgo |
| Resultados principales | No se describen. La evaluación del programa se realiza por tres vías: – Escribir tareas reflexivas, – Evaluación de las habilidades (OSCE). – Evaluación de la inteligencia emocional: se utilizan un par de métodos todavía en estudio |
| Limitaciones | Se presenta solo el contenido del programa enunciando los módulos sin entrar a analizar las competencias específicas. Se presenta alguna de las herramientas para la evaluación del programa. No se muestran resultados |
| Comentarios de los revisores | No se desarrolla el contenido del programa ni se presentan resultados en cuanto a su aplicación. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 2 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|--|
| Referencia | Duhn L, Karp S, Oni O, Edge D, Ginsburg L, VanDenKerkhof E. Perspectives on patient safety among undergraduate nursing students. <i>J Nurs Educ.</i> 2012 Sep; 51(9):526-31. |
| Resumen original | Incorporating patient safety principles in academic and clinical education for health science professionals is necessary to support widespread adoption of safety practices. It is vital to understand nursing students' perspectives on patient safety and the extent to which patient safety is addressed in the classroom and clinical settings. In this cross-sectional study, students in all 4 years of an undergraduate program were asked to complete the Health Professional Education in Patient Safety Survey. Eighty-one percent (238 of 293) of students completed the questionnaire. Responses were favorable, with students reporting confidence in learning about a variety of patient safety competencies. Of note, there were decreasing levels of confidence in the third-year and fourth-year students and low-to-moderate correlation between classroom and clinical responses. These results support the importance of consistently engaging students in safety principles early in and throughout their health care programs. |
| Ámbito / Muestra | Estudiantes de enfermería en un programa de Canadá (238). Tasa de respuesta 63% |
| Tipo de estudio:* | Estudio transversal a través de un cuestionario (Health Professional Education in Patient Safety Survey H-PEPSS) |
| Objetivo | Examinar las perspectivas de estudiantes de enfermería en relación a la confianza de lo aprendido en SP. Evaluar en qué medida se incorporó la SP en sus programas formativos a nivel teórico y en la práctica clínica. Se utilizó la encuesta H-PEPSS modificada. |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | Evalúan todas las competencias incluidas en la H-PEPSS y específicamente 6 subescalas que engloban las competencias del modelo <i>Canadian Patient Safety Institute's Safety Competencies</i> y una subescala adicional de seguridad clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Seguridad clínica • Trabajo en equipo • Comunicación • Gestión del riesgo • Factores humanos y ambientales • Eventos adversos • Cultura de seguridad |
| Resultados principales | Los estudiantes muestran en general confianza en haber aprendido sobre algunas competencias en SP, siendo mayor esta confianza en los primeros cursos que en los dos últimos. Las puntuaciones más elevadas se obtienen en algunos aspectos tales como la higiene de manos, control de infección, uso seguro del medicamento y prácticas seguras en general. También consideran haber aprendido en aspectos relacionados con la comunicación con los pacientes y otros profesionales. Los resultados son menos positivos en aspectos relacionados con el trabajo en equipo en la práctica clínica y en las competencias relacionadas con el reconocimiento, respuesta e información sobre eventos adversos. Se muestran los resultados específicamente en el ámbito teórico y en el práctico y se encuentra una correlación entre la teórica y la práctica en las 7 subescalas analizadas |
| Limitaciones | La propia de utilizar una herramienta que evalúa la percepción de forma subjetiva sin relacionarla con los resultados clínicos. A pesar de que la n es elevada la muestra incluye un solo centro. Señalar además la baja tasa de respuesta de alumnos de cuarto curso |
| Comentarios de los revisores | Incluye un numero significativo de estudiantes durante los diferentes cursos académicos evaluando las clases teóricas y la práctica clínica. Analiza los resultados de forma crítica |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 3 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|---|--|
| Referencia | Fassett WE. Key performance outcomes of patient safety curricula: root cause analysis, failure mode and effects analysis, and structured communications skills. <i>Am J Pharm Educ.</i> 2011 Oct 10; 75(8):164.. |
| Resumen original | As colleges and schools of pharmacy develop core courses related to patient safety, course-level outcomes will need to include both knowledge and performance measures. Three key performance outcomes for patient safety coursework, measured at the course level, are the ability to perform root cause analyses and healthcare failure mode effects analyses, and the ability to generate effective safety communications using structured formats such as the Situation-Background-Assessment-Recommendation (SBAR) situational briefing model. Each of these skills is widely used in patient safety work and competence in their use is essential for a pharmacist's ability to contribute as a member of a patient safety team. |
| Ámbito / Muestra | Farmacia |
| Tipo de estudio:* | Revisión narrativa |
| Objetivo | Presentar diferentes herramientas para el desarrollo de competencias en SP |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | Análisis de eventos adversos/ Gestión de riesgos proactiva y reactiva: AMFE; Análisis causa raíz Comunicación efectiva: SBAR |

| | |
|--|---|
| Resultados principales | Se hace énfasis en la importancia de la participación de los farmacéuticos en la SP y equipos interdisciplinarios y por ello la necesidad de formarse desde el grado en las competencias necesarias para ello. |
| Limitaciones | No se revisan de forma exhaustiva. Enfocado a farmacia. Solo revisión narrativa |
| Comentarios de los revisores | Se describen muy bien 3 herramientas para la mejora de la SP y experiencias aplicadas en el ámbito sanitario. Se hace énfasis en la importancia de considerar en la evaluación del currículo de seguridad resultados de rendimiento tales como la habilidad para utilizar las herramientas presentadas pero no las competencias necesarias para ello. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 2 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|---|
| Referencia | Fay-Hillier TM, Regan RV, Gallagher Gordon M. Communication and patient safety in simulation for mental health nursing education. Issues Mental Health Nurs. 2012 Nov; 33(11):718-26 |
| Resumen original | The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) found that 65% of medical sentinel events or medical errors are associated with communication breakdowns. In addition to the JCAHO, The Institute of Medicine, in their Core Competencies for health care professional education, recommend improvement in professional communication, collaboration, and a patient-centered approach to provide safety. Consistency of opportunities for students to practice their communication and collaboration skills is limited based on the variety of clinical experiences that are available. Simulation would provide consistency in students' experiences. Students can practice giving a structured report, providing and receiving peer feedback, and obtaining patient feedback in a safe setting through a simulation experience. A structured hand-off shift report using a technique such as SBAR communication has been found to improve patient safety in health care environments. This paper examines the implementation of a simulation experience for students taking a Mental Health course in a Bachelor of Science in Nursing (BSN) Program to support their practice of patient and professional communication, as well as, collaboration skills with a patient-centered approach using a standardized patient simulation |
| Ámbito / Muestra | Salud mental. Enfermería 9 estudiantes |
| Tipo de estudio:* | Revisión narrativa. Presentación de un programa formativo basado en la simulación (modelo de Jeffries) |
| Objetivo | Demostrar la utilidad de la simulación clínica en el desarrollo de competencias en SP tales como la comunicación, y habilidades de colaboración y aproximación centrada en el paciente |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | Comunicación con los pacientes Habilidad para utilizar el SBAR Evaluación de habilidades por pares |
| Resultados principales | El artículo expone el desarrollo de un escenario clínico simulado para el aprendizaje y evaluación de una competencia específica, la comunicación en el ámbito de la salud mental |
| Limitaciones | Solo hace una valoración cualitativa de las percepciones de los participantes en los escenarios sin evaluar el aprendizaje de manera formal. No se realiza una evolución pre y post test, muestra no aleatorizada y pequeña; no utiliza instrumentos para la evaluación validados ni hay grupo control. Se realiza en el ámbito concreto de la salud mental |
| Comentarios de los revisores | Se basa más en la presentación de la experiencia formativa que en la identificación / evaluación de competencias |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 1 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|---|
| Referencia | Fleischut PM, Evans AS, Nugent WC, Faggiani SL, Kerr GE, Lazar EJ. Perspective: call to action: it is time for academic institutions to appoint a resident quality and patient safety officer. Acad Med. 2011 Jul; 86(7):826-8. |
| Resumen original | In meeting the Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) core competency requirements, teaching hospitals often find it challenging to ensure effective involvement of housestaff in the area of quality and patient safety (QPS). Because housestaff are the frontline providers of care to patients, and medical errors occasionally occur based on their actions, it is essential for health care organizations to engage them in QPS processes. In early 2008 a Housestaff Quality Council (HQC) was established at New York-Presbyterian Hospital, Weill Cornell Medical Center, to improve QPS by engaging housestaff in policy and decision-making processes and to promote greater housestaff participation in QPS initiatives. It was quickly realized that the success of the HQC was highly contingent on alignment with the institution's overall QPS agenda. To this end, the position of resident QPS officer was created to strengthen the relationship between the hospital's strategic goals and the HQC. The authors describe the success of the resident QPS officers at their institution and observe that by appointing and supporting resident QPS officers, hospitals will be better able to meet their quality and safety goals, residency programs will be able to fulfill their required ACGME core competencies, and the overall quality and safety of patient care can be improved. Simultaneously, the creation of this position will help to create a new cadre of physician leaders needed to further the goals of QPS in health care |
| Ámbito / Muestra | New York-Presbyterian Hospital, Weill Cornell Medical Center |
| Tipo de estudio:* | Artículo de opinión. Descripción de una experiencia |
| Objetivo | Presentar el interés de hacer partícipes a los residentes en los programas de calidad y seguridad y presentar la experiencia desarrollada en un centro |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | No aplica |
| Resultados principales | Demuestra que la creación de una figura de residente líder en calidad y seguridad alineado e inmerso dentro de la estructura de la organización puede ayudar a conseguir que la organización alcance sus objetivos en dicho ámbito y que los programas de formación desarrollen sus competencias y mejorar la SP. Además permite generar futuros líderes en SP. |
| Limitaciones | |
| Comentarios de los revisores | Artículo que no entra en la identificación ni evaluación de competencias |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|-------------------------|--|
| Referencia | Flowerdew L, Brown R, Vincent C, Woloshynowych M. Identifying nontechnical skills associated with safety in the emergency department: a scoping review of the literature. Ann Emerg Med. 2012 May; 59(5):386-94 |
| Resumen original | <p>STUDY OBJECTIVE: Understanding the nontechnical skills specifically applicable to the emergency department (ED) is essential to facilitate training and more broadly consider interventions to reduce error. The aim of this scoping review is to first identify and then explore in depth the nontechnical skills linked to safety in the ED.</p> <p>METHODS: The review was conducted in 2 stages. In stage 1, online databases were searched for published empirical studies linking nontechnical skills to safety and performance in the ED. Articles were analyzed to identify key ED nontechnical skills. In stage 2, these key skills were used to generate additional key words, which enabled a second search of the literature to be undertaken and expand on the evidence available for review.</p> <p>RESULTS: In stage 1, 11 articles were retrieved for data analysis and 9 core emergency medicine nontechnical skills were identified. These were communicating, managing workload, anticipating, situational awareness, supervising and providing feedback, leadership, maintaining standards, using assertiveness, and decisionmaking. In stage 2, a secondary search, using these 9 skills and related terms, uncovered a further 21 relevant articles. Therefore, 32 articles were used to describe the main nontechnical skills linked to safety in the ED.</p> <p>CONCLUSION: This article highlights the challenges of reviewing a topic for which the terms are not clearly defined in the literature. A novel methodological approach is described that provides a structured and transparent process for reviewing the literature in emerging areas of interest. A series of literature reviews focusing on individual nontechnical skills will provide a clearer understanding of how the skills identified contribute to safety in the ED</p> |

| | |
|--|---|
| Ámbito / Muestra | Urgencias. Periodo de estudio:1988 y noviembre 2010. Se realizó en 2 fases. Fase 1: Se utilizaron como fuentes de datos MEDLINE, EMBASE, PsychINF y Health Information Resources. Las palabras clave incluyeron 3 conceptos: 1. "Nontechnical" or "team work" or "human factor" or "leadership"; 2. "Emergency medicine" or "emergency department" or "accident and emergency" or "emergency physician" or "resuscitation" or "trauma team" or "arrest team"; 3. "Error" or "safety" or "critical incident" or "adverse event" (and all variations). Se incluyeron 11 artículos. Fase 2: Las habilidades no técnicas identificadas se utilizaron para ampliar la revisión utilizando una lista expandida de términos: "communication," "handover," "handoff," "workload," "interruption," "anticipate," "plan," "brief," "situational awareness," "supervision," "feedback," "standards," "authority," "assert," "hierarchy," "decision-making,". Se incluyeron 21 artículos |
| Tipo de estudio:* | Revisión sistemática |
| Objetivo | Identificar y analizar en profundidad las habilidades no técnicas relacionadas con la seguridad en el ámbito de Urgencias |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | Comunicación, gestión de cargas de trabajo, anticipación, conciencia situacional, supervisión y retroalimentación, liderazgo, manteniendo los estándares, asertividad y toma de decisiones. |
| Resultados principales | Identifica 9 habilidades no técnicas |
| Limitaciones | Aunque las habilidades no técnicas serían superponibles a diferentes ámbitos, la revisión está dirigida a los Servicios de Urgencias. Los artículos identificados muestran un grado de calidad de la evidencia (GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) bajo o muy bajo. Sin embargo, investigaciones cualitativas son útiles para identificar y definir los "problemas" que podrían luego ser explorados cuantitativamente. |
| Comentarios de los revisores | Revisión que aporta luz sobre habilidades no técnicas que tienen relevancia en la formación en SP aunque finalmente no entra en detalle en su contenido. La metodología utilizada en la revisión con una segunda fase de ampliación de términos permite identificar un número significativo de habilidades no técnicas relacionadas con la SP. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 4 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--------------------------|--|
| Referencia | Ginsburg L, Castel E, Tregunno D, Norton PG. The H-PEPSS: an instrument to measure health professionals' perceptions of patient safety competence at entry into practice. <i>BMJ Qual Saf.</i> 2012 Aug; 21(8):676-84. |
| Resumen original | BACKGROUND: Enhancing competency in patient safety at entry to practice requires introduction and integration of patient safety into health professional education. As efforts to include patient safety in health professional education increase, it is important to capture new health professionals' perspectives of their own patient safety competence at entry to practice. Existing instruments to measure patient safety knowledge, skills and attitudes have been developed largely to examine the impact of specific patient safety curricular initiatives and the psychometric analyses of the instruments used thus far have been exploratory in nature. METHODS: Confirmatory factor analytic approaches are used to extensively test the Health Professional Education in Patient Safety Survey (H-PEPSS), a newly designed survey rooted in a patient safety competency framework and designed to measure health professionals' self-reported patient safety competence around the time of entry to practice. The H-PEPSS focuses primarily on the socio-cultural aspects of patient safety including culture, teamwork, communication, managing risk and understanding human factors. RESULTS: Results support a parsimonious six-factor measurement model of health professionals' perceptions of patient safety competency. These results support the validity of a reduced version of the H-PEPSS and suggest it can be appropriately used at or near training completion with a variety of health professional groups. CONCLUSIONS: Given increased demands for patient safety competency among health professionals at entry to practice and slow, but emerging changes in health professional education, ongoing research to understand the extent of patient safety competency among health professionals around the time of entry to practice will be important |
| Ámbito / Muestra | Profesionales sanitarios recién graduados: 814 médicos; 965 residentes de medicina; 2196 enfermeras y 521 farmacéuticos fueron invitados a participar. Finalmente participaron 1247 |
| Tipo de estudio:* | Estudio transversal mediante cuestionario en página web |
| Objetivo | Evaluar y determinar las propiedades psicométricas del cuestionario H-PEPSS (Health Professional Education in Patient Safety Survey) que evalúa las competencias alcanzadas a través de programas de formación en SP según la estructura de competencias del CPSI (Canadian Patient Safety Institute Safety) incluyendo los niveles 1 y 2 del modelo de evaluación de Kirkpatrick (nivel 1 reacciones, 2 aprendizaje, 3 comportamientos y 4 resultados) |

| | |
|--|---|
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | H-PEPSS se centra principalmente en los aspectos socio-culturales de la seguridad del paciente incluyendo cultura, trabajo en equipo, comunicación, gestión del riesgo y la comprensión de los factores humanos. |
| Resultados principales | El cuestionario se estructura en 16 ítems agrupados en 6 factores de alta consistencia interna. Los resultados apoyan la validez de una versión reducida del H-PEPSS y sugieren que puede ser usado apropiadamente en o cerca de la finalización de la formación con una variedad de grupos profesionales sanitarios. |
| Limitaciones | Como todos los cuestionarios, la evaluación se basa en una medición subjetiva autoreportada de los que la realizan y podrían ser de interés otras evaluaciones prácticas como el ECOE. Dificultad para la generalización (solo realizado en una provincia – Ontario) Tasa de respuesta baja (30%). |
| Comentarios de los revisores | Es interesante que se contemple la validación de un cuestionario para la evaluación de las competencias aunque sea solo de niveles 1 y 2. Muestra amplia (1247) Aunque no desarrolla las competencias, valida una encuesta para poder medir la efectividad de programas formativos haciendo énfasis en los aspectos psicométricos de la misma. Está basada en las competencias definidas por el <i>Canadian Patient Safety Institute</i> |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 3 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|---|
| Referencia | Hall LW, Scott SD, Cox KR, Gosbee JW, Boshard BJ, Moylan K, Dellsperger KC. Effectiveness of patient safety training in equipping medical students to recognise safety hazards and propose robust interventions. <i>Qual Saf Health Care</i> . 2010 Feb; 19(1):3-8 |
| Resumen original | OBJECTIVES: In an effort to improve patient safety attitudes and skills among third-year medical students, two patient safety training sessions were added to their curriculum, complementing a previously implemented second-year curriculum on quality improvement, patient safety and teamwork. METHODS: Safety attitudes and skills were assessed before and after students completed the medicine clerkship training and were compared with historical controls. Students identified and reported on observed safety events, with their reports matched to event type and harm score with contemporaneous safety reports from University of Missouri's Patient Safety Network (PSN). Comparisons were assessed by five internal safety experts using criteria for report submission "worthiness", blame tone, target of blame and presence/strength of proposed solutions. RESULTS: Students completing the third-year safety booster conferences expressed statistically higher comfort levels with identifying the cause of an error than did the student control group ($p < 0.05$). Medical students proposed safety interventions that were more robust than those suggested by event reporters regarding similar events within our health system ($p < 0.0001$). The worthiness and blame tone of medical student reports were not statistically different than event reports in PSN. CONCLUSIONS: Completion of two 1-h patient safety booster conferences in the third year of medical school led to increased student comfort in safety event analysis. Students documented stronger resolution robustness scores, suggesting similar training should be offered to PSN reporters. Medical students represent an underutilised resource for identifying and proposing solutions for patient safety issues. |
| Ámbito / Muestra | Estudiantes de Medicina de 3º año Universidad de Misouri-Columbia. Se incluyen 146 estudiantes |
| Tipo de estudio:* | Diseño pre y post intervención y comparación con grupo control histórico |
| Objetivo | Demostrar la efectividad de incorporar sesiones de entrenamiento (2 sesiones de 1 hora) para mejorar las actitudes y habilidades en SP de estudiantes en la identificación de riesgos y proponer acciones de mejora. Esta actividad se añade a otra realizada en el 2º año. |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | Identificación de riesgos Propuestas de acciones de mejora |
| Resultados principales | Los estudiantes que han completado las sesiones de recuerdo durante el tercer año tienen niveles más elevados estadísticamente significativos de confort con la identificación de las causas de los EA que el grupo control ($p < 0.05$). Todos los alumnos mostraron una mayor capacidad para proponer intervenciones de mejora de la seguridad que aquellos que notificaron los eventos ($p < 0.0001$). Sugieren la importancia de incorporar a los estudiantes como fuente para identificar eventos adversos y proponer acciones de mejora |
| Limitaciones | Un solo centro. |
| Comentarios de los revisores | Se limita a analizar el impacto en 2 competencias específicas |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 3 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|--|
| Referencia | Hinrichs S, Dickerson T, Clarkson J. Stakeholder challenges in purchasing medical devices for patient safety. J Patient Saf. 2013 Mar; 9(1):36-43. |
| Resumen original | <p>OBJECTIVE: This study identifies the stakeholders who have a role in medical device purchasing within the wider system of health-care delivery and reports on their particular challenges to promote patient safety during purchasing decisions.</p> <p>METHODS: Data was collected through observational work, participatory workshops, and semi-structured qualitative interviews, which were analyzed and coded. The study takes a systems-based and engineering design approach to the study. Five hospitals took part in this study, and the participants included maintenance, training, clinical end-users, finance, and risk departments.</p> <p>RESULTS: The main stakeholders for purchasing were identified to be staff from clinical engineering (Maintenance), device users (Clinical), device trainers (Training), and clinical governance for analyzing incidents involving devices (Risk). These stakeholders display varied characteristics in terms of interpretation of their own roles, competencies for selecting devices, awareness and use of resources for purchasing devices, and attitudes toward the purchasing process. The role of "clinical engineering" is seen by these stakeholders to be critical in mediating between training, technical, and financial stakeholders but not always recognized in practice.</p> <p>CONCLUSIONS: The findings show that many device purchasing decisions are tackled in isolation, which is not optimal for decisions requiring knowledge that is currently distributed among different people within different departments. The challenges expressed relate to the wider system of care and equipment management, calling for a more systemic view of purchasing for medical devices.</p> |
| Ámbito / Muestra | 5 hospitales. Participaron: mantenimiento, usuarios clínicos, departamento de finanzas y gestores de riesgo |
| Tipo de estudio:* | Otros: Metodología cualitativa variada que incluye trabajo de observación, talleres participativos y entrevistas semiestructuradas. |
| Objetivo | Identificar a los principales grupos de interés en la compra de dispositivos médicos para la seguridad del paciente |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | No se contemplan |
| Resultados principales | Muchas de las decisiones de compra de dispositivos se abordan de forma aislada sin considerar los conocimientos que pueden aportar otros profesionales. Se establece la necesidad de una visión más sistémica en dicho proceso |
| Limitaciones | No tiene relación con las competencias en SP |
| Comentarios de los revisores | El artículo no se relaciona con el tema revisado |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|---|
| Referencia | Hull L, Arora S, Amaya AC, Wheelock A, Gaitán-Duarte H, Vincent C, Sevdalis N. Building global capacity for patient safety: a training program for surgical safety research in developing and transitional countries. <i>Int J Surg.</i> 2012; 10(9):493-9. |
| Resumen original | <p>BACKGROUND: Recent studies show a significant rate of adverse events in hospitalized patients in developing/transitional countries--with approximately 18% of them related to surgical procedures. Understanding and preventing these errors requires adequate training in patient safety research methods--however, relevant training programs are currently lacking. We developed, delivered and evaluated a training program to address this gap.</p> <p>METHODS: A one-day training program was developed based on the recently published WHO core competencies for patient safety research. The focus was on surgical patient safety research - including human factors, operating room (OR) teamwork, the OR environment, and safety culture. Feasibility, relevance and preliminary evaluation of the program ('proof of concept' testing) was conducted in Bogotá, Colombia in July 2011. A validated evaluation framework was utilized, assessing participants' objective knowledge, attitudes, and observational skills.</p> <p>RESULTS: 30 postgraduate students from a range of clinical/non-clinical disciplines signed up and 17 attended the program. Participants' knowledge of surgical patient safety significantly improved upon program completion (Mean pre-course=55% vs. Mean post-course=68%, $P<0.01$), as did their confidence and understanding of problems and methodologies to assess OR patient safety, and teamwork issues ($P<0.05$). Observational skills in recognizing safety-related behaviors using OTAS (i.e., quality of teamwork) improved on qualitative evaluation.</p> <p>CONCLUSIONS: We have developed a viable, WHO-driven training program that can be delivered to clinical and non-clinical researchers to develop their competencies and thereby build capacity in developing/transitional countries to carry out surgical safety research. All program materials are available in English and Spanish for research, training and dissemination.</p> |
| Ámbito / Muestra | 17 estudiantes postgraduados de ámbito clínico y no clínico de una Universidad de Bogotá- Colombia |
| Tipo de estudio:* | Estudio antes - después de un solo grupo |
| Objetivo | Describir, desarrollar y evaluar la factibilidad, relevancia y efectividad preliminar de un programa de formación en investigación sobre cirugía segura (8 horas en dos medias jornadas). El programa consta de varias partes didácticas (disertaciones, presentaciones ppt, discusiones interactivas, grupos de trabajo, grupos de discusión). El estudio incluye tanto el desarrollo del programa como su impartición y evaluación. |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | <p>Competencias OMS para investigación en SP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos sobre SP: <ul style="list-style-type: none"> – Factores humanos – Trabajo en equipo – Cultura de seguridad – Cirugía segura • Metodología de investigación: <ul style="list-style-type: none"> – Evaluación del trabajo en equipo en quirófano mediante observación – Investigación cualitativa |
| Resultados principales | <p>La evaluación se realiza conforme a la estructura de Kirkpatrick's (Engloba 4 niveles-- nivel 1 reacciones, 2 aprendizaje, 3 comportamientos y 4 resultados). Se evalúan los niveles 1-2-3.</p> <p>Los conocimientos en SP mejoraron de forma significativa tras completar el programa (a través de una evaluación multirrespuesta) así como las actitudes de los intervinientes (a través de una encuesta de SP). La investigación cualitativa demuestra una mejora en el reconocimiento de comportamientos relacionados con el trabajo en equipo utilizando instrumentos observacionales (OTAS: Observational Teamwork Assessment for Surgery). En global el programa fue evaluado de forma positiva por los participantes.</p> |
| Limitaciones | Número limitado de participantes en el programa (17) y disponiendo de datos para el análisis solo de 14. Se incluyen un grupo muy heterogéneo de estudiantes de postgrado (farmacéuticos, economistas, ingenieros, fisiólogos, epidemiólogos, optometristas, pediatras, diseñadores industriales, psicólogos, y enfermeras) |
| Comentarios de los revisores | Interesante por realizarse en el ámbito de países en vías de desarrollo y utilizando el marco de formación en investigación para la SP de la OMS. El intento de evaluación es importante pero el número de participantes es muy pequeño. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 3 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|---|
| Referencia | Ironside PM, Jeffries PR, Martin A. Fostering patient safety competencies using multiple-patient simulation experiences. Nurs Outlook. 2009 Nov-Dec; 57(6):332-7. |
| Resumen original | This multisite study examined the impact of multiple-patient simulation experiences on the development of nursing students' patient safety competencies in the final semester of their baccalaureate or associate degree nursing program. It extends the Jeffries Simulation Model by investigating how the student factors of tolerance for ambiguity and self-reported grade point average (GPA), in addition to age, relate to the outcomes of simulation. The study showed that students' safety competencies improved significantly from the first to the second simulation. Student age, GPA, and tolerance of ambiguity were not significantly correlated to the students' demonstration of patient safety competencies. The findings of this study contribute to the science of nursing education by providing evidence for nursing educators related to the impact of multiple-patient simulations on improving and documenting students' patient safety competencies before their entry into the workforce. |
| Ámbito / Muestra | 8 escuelas de enfermería de Indiana; 67 estudiantes de enfermería del último semestre |
| Tipo de estudio:* | Estudio multicéntrico antes - después de un solo grupo |
| Objetivo | Evaluar el impacto de la simulación multi-paciente en el desarrollo de competencias en SP en enfermería. Se utiliza el modelo de simulación de Jeffries. Además analiza si los factores de los estudiantes (edad, GPA, tolerancia a la ambigüedad) se relacionan con alcanzar las competencias. Se realizaron dos simulaciones (en el marco de un programa de formación en gestión que duraba 10 semanas), la primera entre la 3-4 semana y la segunda entre la 9-10 semana. Previa a la primera simulación y tras la segunda se distribuye el cuestionario MSTAT-I (Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale-I) (22 ítems) que permite valorar la tolerancia a la ambigüedad cuando no se conoce toda la información y el KSA (the Quality and Safety in Education in Nursing Project) (16 ítems) tras las simulaciones. |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | The Quality and Safety Education for Nursing (QSEN) project Seguridad Cuidados centrados en el paciente Colaboración / trabajo en equipo Informática Mejora de la calidad Práctica basada en la evidencia |
| Resultados principales | Las competencias mejoran entre la primera y segunda simulación de forma significativa. No hay asociación entre la edad, GPA y tolerancia con la mejora de las competencias entre una y otra simulación. |
| Limitaciones | Poco control de los factores de confusión. Se evalúa la adquisición de competencias en escenarios simulados, no en la realidad. Se realiza en un ámbito específico por lo que puede no ser generalizable. |
| Comentarios de los revisores | Hace más énfasis en la metodología y en aspectos de la simulación que en el análisis de las competencias |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 2 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|-------------------------|---|
| Referencia | Issenberg SB, Chung HS, Devine LA. Patient safety training simulations based on competency criteria of the Accreditation Council for Graduate Medical Education. Mt Sinai J Med. 2011 Nov-Dec; 78(6):842-53. |
| Resumen original | This report reviews and critically evaluates the development of 3 movements in healthcare that have had a profound impact on changes occurring at all levels of medical education: patient safety, healthcare simulation, and competency-based education (exemplified by the Accreditation Council for Graduate Medical Education). The authors performed a critical and selective review of the literature from 1999 to 2011 to identify uses of simulation to address patient-safety issues aligned according to the Accreditation Council for Graduate Medical Education 6 core competencies: (1) patient care; (2) medical knowledge; (3) interpersonal and communication skills; (4) professionalism; (5) practice-based learning; and (6) systems-based practice. The research synthesis is reported to inform and provide evidence about how simulation is used to train and evaluate learners on a range of patient-safety issues for each of the core competencies: There is emerging evidence that simulation can be used in training efforts to reduce medical errors related to medical knowledge and patient care (particular invasive procedures as well as improved communication and teamwork skills). There remains limited evidence on its impact to improve patient safety related to more complex competencies of practice-based learning and systems-based practice. Simulation-based learning can lead to positive patient outcomes and reduction of medical errors particularly when used for individual skills. However, particular attention needs to be placed on the organizational context in which it is implemented if improvements in practice-based learning and systems-based practice are to be realized. |
| Ámbito / Muestra | NP |

| | |
|--|--|
| Tipo de estudio:* | Revisión narrativa |
| Objetivo | Revisión de la literatura en relación al uso de la simulación para la mejora de la SP y de acuerdo a las competencias definidas por la ACGME |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | <ul style="list-style-type: none"> • Medicina centrada en el paciente • Conocimiento médico • Habilidades interpersonales y de comunicación • Profesionalismo • Aprendizaje basado en la práctica • Práctica basada en el sistema |
| Resultados principales | Existe evidencia cada vez mayor de que la simulación puede ser útil en la formación en SP reduciendo los errores médicos especialmente en procedimientos invasivos, comunicación y trabajo en equipo. Existe todavía evidencia muy limitada en demostrar la efectividad para el desarrollo de otras competencias más complejas como las prácticas basadas en el sistema y el aprendizaje basado en la práctica |
| Limitaciones | No están definidos los criterios de revisión bibliográfica. No es una revisión sistemática, aportando la perspectiva de los autores. Muestra limitada de estudios representativos. |
| Comentarios de los revisores | Las competencias utilizadas en la revisión no son específicas de la SP sino de la formación de profesionales médicos aunque los ejemplos utilizados dentro de cada competencia sí que se relacionan con la SP. No proporciona información sobre el impacto sobre la SP. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 4 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|---|---|
| Referencia | Johnson JK, Miller SH, Horowitz SD. Systems-Based Practice: Improving the Safety and Quality of Patient Care by Recognizing and Improving the Systems in Which We Work. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. <i>Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 2: Culture and Redesign)</i> . Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Aug. |
| Resumen original | As the complexity of health care delivery has increased, it has become essential for physicians to understand how individual practices relate to the larger system of care. ¹ It is within this context that the Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) and the American Board of Medical Specialties (ABMS) identified systems-based practice (SBP) as one of the six core competencies in which physicians must be proficient to deliver patient care that is safe and high in quality. SBP is challenging to define, incorporate into training and practice, and evaluate. Competency in SBP requires that physicians understand how patient care relates to the health care system as a whole and how to use the system to improve the quality and safety of patient care. Systems thinking is the cornerstone of SBP. Fostering the ability to recognize the contribution of the system is important for medical students, residents, and practicing physicians. However, current efforts in medical education focus on mastering knowledge of disease, diagnostic skills, and treatment at the level of the physician-patient interaction. As a result, there is a preoccupation with system components, while the system as a whole and its effect on the quality and safety of care remain invisible. To clarify the definition of SBP and to develop effective strategies for teaching and assessing SBP, it is necessary to provide a broad awareness of systems within a context of systems thinking. Patient safety is a good entry point into SBP because the concepts of safety, errors, and harm all place the individual, whether patient or provider, within the framework of a system. |
| Ámbito / Muestra | NP |
| Tipo de estudio:* | Revisión narrativa. Capítulo de un libro |
| Objetivo | Definir el concepto de prácticas basadas en el sistema (SBP) y desarrollar estrategias para enseñar y evaluar dichas prácticas. Mostrar la importancia de desarrollar competencias relacionadas con estos aspectos en la formación de los profesionales sanitarios |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) and the American Board of Medical Specialties (ABMS): Prácticas basadas en el sistema. Teoría de los sistemas. Sistemas que piensan |
| Resultados principales | Los autores remarcan la importancia del sistema y su falta de integración en la enseñanza médica. Indican que es preciso clarificar la definición de SBP y desarrollar estrategias efectivas para enseñar y asignar SBP. Para eso es necesario proporcionar una amplia concienciación sobre la teoría de los sistemas, siendo la SP un buen punto de entrada ya que por su propia definición tiene un componente individual (paciente y proveedor) y del sistema. También proponen incluir esta competencia en las certificaciones, utilizando a las sociedades científicas como catalizadores. |
| Limitaciones | Se centra en la revisión de una de las competencias a desarrollar en SP. No explicita cómo medir que la competencia en SBP contribuye a mejorar la calidad y la SP. |

| | |
|--|---|
| Comentarios de los revisores | No es un artículo original. No la evalúa ni se considera cómo incluirla en el curriculum en SP |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 1 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|---|
| Referencia | King J, Anderson CM. The Canadian interprofessional patient safety competencies: their role in health-care professionals' education. J Patient Saf. 2012 Mar; 8(1):30-5. |
| Resumen original | <p>OBJECTIVES: Ensuring the safe care of patients in any health-care setting is paramount for all health-care professionals. Recent research has shown that there are thousands of preventable adverse events happening each year in health care. As a result of these findings, the Canadian Patient Safety Institute was established in 2003 with a mandate to ensure the safety of health care in Canada.</p> <p>METHODS: One strategy to assist with this goal was the development of an interprofessional competences framework to help improve patient safety across the health-care continuum.</p> <p>RESULTS: This paper will report on the framework development process, which resulted in the identification of 6 domains that represent overall patient safety competencies. The domains are as follows: (1) contribute to a culture of patient safety; (2) work in teams for patient safety; (3) communicate effectively for patient safety; (4) manage safety risks; (5) optimize human and environmental factors; and (6) recognize, respond to, and disclose adverse events.</p> <p>CONCLUSIONS: The intent of this framework is that these domains, including the underlying knowledge, skills, and attitude competencies, can be applied to all health-care professionals in any setting. In addition, as one explores each competency, it is evident that an interprofessional approach is essential to ensuring patient safety.</p> |
| Ámbito / Muestra | Canadian Patient Safety Institute |
| Tipo de estudio:* | Otros: Diseño interdisciplinar de un curriculum formativo. Las fases del estudio son: 1. Revisión del entorno y de la literatura 2. Creación de un comité de dirección multidisciplinar 3. Grupos de trabajo interprofesionales que desarrollan cada dominio 4. Panel de expertos |
| Objetivo | Desarrollar y presentar un marco de competencias interprofesional para la mejora de la seguridad del paciente. |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | <ul style="list-style-type: none"> • Contribuir a la cultura de seguridad • Trabajo en equipo por la SP • Comunicación efectiva • Gestión de riesgos • Optimizar los factores humanos y ambientales • Reconocer, responder e informar sobre los eventos adversos |
| Resultados principales | Se presenta la metodología utilizada para la identificación de las competencias. Se identifican 6 dominios que cubren las competencias en seguridad del paciente. Se pretende que estos dominios, incluyendo los conocimientos, habilidades y actitudes correspondientes puedan ser aplicados en la formación de los profesionales sanitarios. Se destaca la importancia de la aproximación interprofesional. |
| Limitaciones | |
| Comentarios de los revisores | Se presenta una de las iniciativas más completas y desarrolladas sobre las competencias en SP. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 5 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|---|
| Referencia | Kleinpeter MA. Standardizing Ambulatory Care Procedures in a Public Hospital System to Improve Patient Safety. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin DI, editors. Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 4: Programs, Tools, and Products). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005 Feb. |
| Resumen original | The Medical Center of Louisiana at New Orleans (MCLNO) provides care to primarily indigent and medically underserved patients in Louisiana. The hospital and ambulatory clinics serve as a clinical laboratory for students from schools of medicine, pharmacy, and nursing, and allied health programs. In response to a potential threat to patient safety, an initial review of the dental procedures performed at MCLNO was done, and then a review of all procedures approved for the medical staff credentialing process was performed. The initial findings revealed a lack of standardization of patient flow and process for ambulatory procedures, disparities in perioperative evaluations, inadequate nursing care in the immediate postoperative period, and problems in the environments for performing procedures. A multidisciplinary team was assembled to review all procedures and develop standardized processes to improve patient safety for ambulatory procedures. To determine the appropriate level of care for patients, perioperative evaluations, monitoring and followup, nursing practice standards, clinical practice guidelines, and Medicare ambulatory procedure codes were reviewed. Following review, recommendations were adopted by the Medical Staff's Credentials Committee to update the standard credentials for each department and to grant additional privileges for credentialed members of the medical staff based on training, competencies, and experience |
| Ámbito / Muestra | Proceso dental ambulatorio en un Centro Médico de Louisiana (New Orleans) |
| Tipo de estudio:* | Narrativa. Capítulo de un libro |
| Objetivo | Se revisa el proceso dental que provee un Centro Médico de New Orleans estableciendo a raíz de los hallazgos encontrados un nuevo proceso estandarizado dirigido a mejorar la seguridad del paciente evaluando posteriormente su cumplimiento . |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | Se hace énfasis en la mejora de determinadas competencias/ procedimientos: Identificación del paciente Comunicación Uso seguro de la medicación Cirugía segura (Plan TARGET) Uso seguro de bombas de perfusión Efectividad alarmas clínicas Vigilancia de la infección relacionada con la asistencia sanitaria |
| Resultados principales | Se rediseña un nuevo proceso basado en la estandarización y centrado en la mejora de la seguridad del paciente. Se incluye formación en Seguridad del Paciente. Se consigue la acreditación por la JCAHO |
| Limitaciones | Se presenta la experiencia de un centro sobre un proceso de mejora de la calidad pero no se evalúan específicamente competencias |
| Comentarios de los revisores | No relacionado directamente con la revisión |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 1 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|---|
| Referencia | Kronman AC, Paasche-Orlow M, Orlander JD. Factors associated with disclosure of medical errors by housestaff. <i>BMJ Qual Saf.</i> 2012 Apr; 21(4):271-8. |
| Resumen original | <p>PURPOSE: Attributes of the organisational culture of residency training programmes may impact patient safety. Training environments are complex, composed of clinical teams, residency programmes, and clinical units. We examined the relationship between residents' perceptions of their training environment and disclosure of or apology for their worst error.</p> <p>METHOD: Anonymous, self-administered surveys were distributed to Medicine and Surgery residents at Boston Medical Center in 2005. Surveys asked residents to describe their worst medical error, and to answer selected questions from validated surveys measuring elements of working environments that promote learning from error. Subscales measured the microenvironments of the clinical team, residency programme, and clinical unit. Univariate and bivariate statistical analyses examined relationships between trainee characteristics, their perceived learning environment(s), and their responses to the error.</p> <p>RESULTS: Out of 109 surveys distributed to residents, 99 surveys were returned (91% overall response rate), two incomplete surveys were excluded, leaving 97: 61% internal medicine, 39% surgery, 59% male residents. While 31% reported apologising for the situation associated with the error, only 17% reported disclosing the error to patients and/or family. More male residents disclosed the error than female residents ($p=0.04$). Surgery residents scored higher on the subscales of safety culture pertaining to the residency programme ($p=0.02$) and managerial commitment to safety ($p=0.05$). Our Medical Culture Summary score was positively associated with disclosure ($p=0.04$) and apology ($p=0.05$).</p> <p>CONCLUSION: Factors in the learning environments of residents are associated with responses to medical errors. Organisational safety culture can be measured, and used to evaluate environmental attributes of clinical training that are associated with disclosure of, and apology for, medical error.</p> |
| Ámbito / Muestra | 97 residentes de cirugía y medicina del Boston Medical Center |
| Tipo de estudio:* | Estudio transversal a través de cuestionario anónimo autoadministrado |
| Objetivo | Medir las percepciones de los residentes sobre el ambiente donde se están formando y su relación con la SP y con la respuesta tras haber cometido un error. Evaluar la asociación entre las características de los residentes y si notifican el error o si piden disculpas tras ocurrir. |
| Dominios / competencias identificadas / evaluadas | Información a pacientes y familiares sobre un error Modelo basado en el sistema |
| Resultados principales | Se obtienen a través de 3 cuestionarios que valoran diferentes aspectos: Team Psychological Safety, Residency Programme Error Orientation, and Managerial Safety Commitment. Dichos cuestionarios evalúan la cultura de seguridad. Los valores más altos de cultura de seguridad se relacionaron con una mayor información sobre los eventos adversos a los pacientes y familiares así como el ofrecimiento de disculpas. |
| Limitaciones | Dificultad para la generalización ya que son resultados de residentes de un único centro. Resultados antiguos ya que el cuestionario se distribuyó en 2005-06 y desde entonces hay más programas de SP. El tamaño muestral es modesto. Se analiza un único error que es el que notifican que es el más grave para ellos pero que puede que no sea representativo. |
| Comentarios de los revisores | Solo evalúa una competencia específica sin relacionarla con un determinado programa de formación |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 1 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|-------------------------|--|
| Referencia | Kyrkjebø JM, Brattebø G, Smith-Strøm H. Improving patient safety by using interprofessional simulation training in health professional education. <i>J Interprof Care.</i> 2006 Oct; 20(5):507-16. |
| Resumen original | Modern medicine is complex. Reports and surveys demonstrate that patient safety is a major problem. Health educators focus on professional knowledge and less on how to improve patient care and safety. The ability to act as part of a team, fostering communication, co-operation and leadership is seldom found in health education. This paper reports the findings from pilot testing a simulated training program in interprofessional student teams. Four teams each comprising one medical, nursing, and intensive nursing student ($n = 12$), were exposed to two simulation scenarios twice. Focus groups were used to evaluate the program. The findings suggest that the students were satisfied with the program, but some of the videos and simulation exercises could be more realistic and more in accordance with each other. Generally they wanted more interprofessional team training, and had learned a lot about their own team performance, personal reactions and lack of certain competencies. Involving students in interprofessional team training seem to be more likely to enhance their learning process. The students' struggles with roles, competence and team skills underline the need for more focus on combining professional knowledge learning with team training. |

| | |
|--|--|
| Ámbito / Muestra | 4 Equipos de estudiantes de ciencias de la salud (4 estudiantes de medicina de 5º y 6º curso, 4 estudiantes de enfermería de 3º y 4º y 4 enfermeros posgraduados estudiantes de intensivos). Universidad de Bergen, Noruega |
| Tipo de estudio:* | Estudio cualitativo: grupo focal |
| Objetivo | Evaluar la estructura, diseño y resultados de un programa de formación utilizando la simulación y examinando la experiencia de los estudiantes que realizan el mismo. Cada equipo constaba de un médico, una enfermera y una enfermera de intensivos y se les presentaron dos escenarios de simulación que luego se evaluaron a través del grupo focal con guión estructurado. |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | No se definen, aunque de forma genérica se hace referencia a trabajo en equipo, comunicación, cooperación y liderazgo. |
| Resultados principales | En general los estudiantes están satisfechos con el programa y consideran algunos escenarios más reales que otros. Se valora de forma positiva el entrenamiento interprofesional y el trabajo en equipo como elementos claves formativos |
| Limitaciones | Muestra muy limitada (12 estudiantes) en un único ámbito. Limitación de la propia metodología (grupos focales) para obtener resultados |
| Comentarios de los revisores | El artículo muestra la simulación como herramienta de aprendizaje aunque no se centra en el análisis de las competencias específicas. La visión cualitativa resulta interesante pero en este caso la forma de obtener los resultados a través de grupos focales podría hacer que los participantes estuviesen influenciados unos de otros. Con tan pocos alumnos podrían haberse planteado entrevistas semiestructuradas para enviar la influencia entre los participantes. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 1 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|---|---|
| Referencia | Lee P, Allen K, Daly M. A 'Communication and Patient Safety' training programme for all healthcare staff: can it make a difference? <i>BMJ Qual Saf.</i> 2012 Jan; 21(1):84-8. |
| Resumen original | Communication breakdown is a factor contributing to most cases of patient harm, and this harm continues to occur at unacceptable levels. Responding to this evidence, the Metro South District of Queensland Health (Australia) has developed a communication skills training programme titled 'Communication and Patient Safety'. The three modules, each lasting 3 1/2 h, cover both staff-to-patient and staff-to-staff communication issues, and an unusual feature is that clinical and non-clinical staff attend together. Following positive evaluation data from our initial pilot programme (involving 350 staff in a single hospital), the programme was expanded to all five hospitals in the district, and has now been completed by over 3000 staff. The results show that despite the significant time commitment, participants find the courses useful and relevant (Kirkpatrick level 1), they learn and retain new material (level 2), and they report changes in behaviour at individual, team and facility levels (level 3). Although it remains a challenge to obtain quantitative data showing that training such as this directly improves patient safety (level 4), our qualitative and informal feedback indicates that participants and their managers perceive clear improvements in the 'communication culture' after a workplace team has attended the courses. Improving 'communication for safety' in healthcare is a worldwide imperative, and other healthcare jurisdictions should be able to obtain similar results to ours if they develop and support interactive, non-didactic training in communication skills. |
| Ámbito / Muestra | Profesionales sanitarios y no sanitarios de 5 hospitales en el distrito del sur de Queensland (Australia). Aprox. 3000 participantes. Parte de los resultados que se muestran son del estudio piloto de 350 profesionales en un hospital, que es el grupo de intervención. |
| Tipo de estudio:* | Estudio antes - después de un grupo (1 hospital) tras programa de comunicación en SP. Hay dos grupos control (otros 2 hospitales) con los que se le compara (estudio piloto). Después se realiza un seguimiento cualitativo de la implantación progresiva de la formación. |
| Objetivo | Demostrar el impacto de un programa de formación para mejorar la comunicación en el ámbito de la SP ('Communication and Patient Safety': CAPS) aplicado a unos 3000 profesionales tanto sanitarios como no sanitarios. El programa consta de tres módulos de formación (cada uno de 3½ h de duración) que consisten en un mix de ejercicios prácticos, videos y pequeños grupos de discusión además el aprendizaje de técnicas como el SBAR. |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | Comunicación: Comunicación efectiva, escucha activa, comunicación no verbal, SBAR, comportamiento de equipo aceptable, trabajo en equipo, transferencia de información (<i>handovers</i>), listas de verificación (<i>checklists</i>), repetir la información (<i>read-back</i>), <i>briefing</i> y <i>de-briefing</i> , respeto, reducción de la intensidad de la agresividad verbal. |

| | |
|--|--|
| Resultados principales | Uso de un cuestionario validado para evaluar la efectividad del programa formativo. Se valora la satisfacción de los intervinientes. Se utiliza un modelo de evaluación de 4 niveles (Kirkpatrick): reacción a la formación, aprendizaje, transferencia en el comportamiento y resultados. El entrenamiento de habilidades en comunicación en un marco interprofesional alcanza resultados positivos en los 3 primeros niveles Los autores constatan una reacción favorable a la formación, una mejora en el aprendizaje, cambios en el comportamiento y mejora en los resultados (cultura de seguridad) |
| Limitaciones | La efectividad se mide en el ámbito teórico no en el práctico. No muestra cómo es el cuestionario para poder valorar qué dominios se evalúan ni los resultados que se obtienen de forma detallada. Sólo proporciona los resultados significativos de algunos ítems. |
| Comentarios de los revisores | Aunque se demuestra un cambio significativo en la práctica adoptándose diferentes herramientas para la mejora de la comunicación los resultados que se presentan son muy limitados y genéricos. No mide la efectividad sobre los resultados de forma específica (cuantitativa) haciendo una valoración subjetiva de la bondad de la intervención. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 2 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|--|
| Referencia | Lenburg, C.B., Klein, C., Abdur-Rahman, V., Spencer T. and Boyer S (2009). The COPA Model: A Comprehensive Framework Designed to Promote Quality Care and Competence for Patient Safety. <i>Nursing Education Perspectives</i> , 3(5): 312-316 |
| Resumen original (NO) | Patient safety and quality care are issues of major concern for nursing and all health care professions. Initiatives driven by these concerns have been undertaken during the past decade by organizations and agencies at the local, state, and national levels. One comprehensive framework used by many schools and agencies is Lenburg's Competency Outcomes and Performance Assessment Model (COPA). This article explores the basic concepts and related principles that are fundamental in refocusing the curriculum to promote practice-based competence. The framework emphasizes eight core practice competencies; competency-based outcomes; practice-driven learning; and competency performance examinations. The article also highlights Klein's doctoral research, which compares the effects on teaching and learning in a sample of diverse nursing programs, some of which use and some that do not use the model. Key findings are summarized with recommendations for further study. The COPA Model also is briefly compared to an emerging competency initiative. |
| Ámbito / Muestra | Enfermería. Modelo de formación en competencias |
| Tipo de estudio:* | Revisión narrativa |
| Objetivo | Describir el modelo COPA (Competency Outcomes Performance Assessment) |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | El modelo incluye 8 competencias fundamentales (genéricas: es un modelo pedagógico genérico): – Habilidades de evaluación e intervención – Comunicación – Pensamiento crítico – Cuidados a personas/habilidades de relación – Habilidades formativas – Habilidades de gestión – Habilidades de liderazgo – Integración de conocimientos |
| Resultados principales | La implementación del modelo COPA supone cambios de rol para profesores y alumnos, implicando una reorientación de la enseñanza con cambios dinámicos en el aprendizaje y en la enseñanza. Sirve para mejorar la motivación del alumno para practicar las habilidades adquiridas y para mejorar su preparación final consiguiendo mayor competencia y confianza. Estos cambios pueden mejorar la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados de los estudiantes para implementar prácticas seguras. |
| Limitaciones | Faltan experiencias clínicas entre los diferentes programas de estudio (incluyendo COPA o sin él) para determinar el impacto en el aprendizaje del alumno y en el desarrollo de sus competencias |
| Comentarios de los revisores | Es un modelo pedagógico genérico. Interesante como tal, pero sin relación concreta con nuestro tema |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 2 |

| | |
|--|--|
| Referencia | Meurer, J. R., Meurer, L. N., Grube, J., Brasel, K. J., Mclaughlin, C., Hargarten, S., & Layde, P. M. (2005). Combining Performance Feedback and Evidence-based Educational Resources. <i>Advances in Patient Safety</i> , 4: 237-252 |
| Resumen original (NO) | <p>OBJECTIVE: This study is intended to advance patient safety by demonstrating the effectiveness of coupling surveillance report performance feedback with evidence-based educational materials and other communications that help hospitals identify priorities and methods for medical injury prevention.</p> <p>METHODS: Medical injury surveillance findings are reported semiannually to hospitals to support their quality improvement efforts. We developed educational manuals for five priority medical injury topics that covered indicator definitions, problem scope, interventions to prevent injuries, and evaluation methods. Bimonthly newsletters provide updates. Evaluation of 123 hospitals in a randomized controlled trial with structured surveys and medical injury surveillance is ongoing.</p> <p>RESULTS: Preliminary results at 29 intervention hospitals suggest our approach resonates with stakeholders, has the general support of participating hospitals, addresses barriers to using information, and builds on existing competencies. Conclusions: While the impact of this medical injury prevention educational strategy requires further evaluation, the results may guide construction of performance reports, educational manuals, and newsletters to maximize the usefulness of patient safety information.</p> |
| Ámbito / Muestra | 123 hospitales generales de agudos del estado norteamericano de Wisconsin. Divididos en 3 grupos: control (34 hospitales sin intervención), solo feed-back (60 hospitales) e intervención (29 hospitales) |
| Tipo de estudio:* | Caso-control |
| Objetivo | <p>Describir una intervención que está todavía en marcha que pretende conseguir un impacto en la prevención de eventos adversos a nivel hospitalario.</p> <p>Durante 2 años, los 29 hospitales del grupo de intervención y los 60 del grupo solo feed-back han recibido informes periódicos de vigilancia sobre áreas priorizadas de daño incluyendo sus datos individuales y los datos estatales agregados.</p> <p>Durante el segundo año del proyecto, los hospitales del grupo de intervención también recibieron manuales formativos desarrollados por el grupo de investigación. Cada manual contiene: recomendaciones basadas en la evidencia, intervenciones recomendadas y artículos de revisión específicos del área de daño priorizada, asociados con los datos administrativos al alta de su propio hospital para dichas áreas priorizadas. Además, la persona coordinadora de la intervención se encarga de clarificar la información contenida en los informes y en los manuales para ayudar en la interpretación de los datos y en la aplicación de los manuales con el fin de orientar los esfuerzos de mejora de la seguridad del paciente por parte de los profesionales del área de calidad de los hospitales. Los hospitales siguen recibiendo los informes semestrales de vigilancia y además newsletters bimestrales para reforzar las recomendaciones e intervenciones clave y proporcionar actualizaciones y nueva información específica de las áreas priorizadas.</p> <p>Los datos de vigilancia de las áreas priorizadas de daño se obtienen a partir de la base de datos administrativa y se presentan mediante unos indicadores construidos por el propio grupo de investigación</p> |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | <p>La práctica basada en la evidencia.</p> <p>Los cinco tópicos sobre los que se realiza intervenciones para prevenir errores médicos son: complicaciones de la anticoagulación, infecciones urinarias relacionadas con el sondaje vesical, lesiones relacionadas con los catéteres venosos centrales, eventos cardíacos perioperatorios durante la cirugía no cardíaca(IAM, arritmias, paros cardíacos), infecciones de herida quirúrgica y problemas de heridas</p> |
| Resultados principales | <p>Todavía no se ha evaluado. La idea es determinar el impacto de la intervención comparando los indicadores administrativos de los tres grupos.</p> <p>Los resultados preliminares son positivos en el grupo intervención y cuenta con el soporte general de los participantes. Aborda barreras para usar la información y se basa en las competencias existentes. No supone una carga adicional a los profesionales sanitarios que están más abiertos a su uso. Los hospitales que más se benefician son aquellos suficientemente grandes como para tener suficiente número de eventos adversos pero pequeños para tener fuentes de mejora propias en seguridad de pacientes y en calidad asistencial.</p> <p>Los factores que impiden el uso de estos informes son que aportan un exceso de información para algunos hospitales y el retraso superior a un año entre el suministro de los datos de los errores detectados en los hospitales y la retroalimentación en seguridad.</p> |
| Limitaciones | No se menciona la validación de los indicadores utilizados en la intervención, que son al mismo tiempo parte de la intervención y la medida de impacto de la misma, por lo que de entrada cabría cuestionar todo el diseño de la intervención, pues no conocemos la sensibilidad de la medida que se pretende utilizar para medir los resultados. |
| Comentarios de los revisores | Este artículo no tiene relación con nuestro tema. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 2 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|--|
| Referencia | Mikkelsen, J., & Holm, H. a. (2007). Contextual learning to improve health care and patient safety. <i>Education for health</i> , 20(3): 1-9. |
| Resumen original (NO) | <p>Two unmatched blood units were transfused to a patient undergoing surgery. In order to learn from this kind of error, the department had to report the adverse event, the staff had to discuss the situation of what went wrong and why and how to improve their routines to prevent such errors in the future. In health care, learning to improve quality and safety needs to occur at the individual, team and organisational levels. However, most formal learning occurs at the individual level at the start of a professional career. Errors are too often seen as personal carelessness or incompetence to be corrected by “naming, blaming and shaming.” However, errors occur within the context of teams in organisations and learning needs to move from the individual to the context. Thus, understanding and improving how health professionals work together in organisations is a crucial part of the efforts to improve patient care and safety.</p> <p>OBJECTIVE: The purpose of this paper is to show how health personnel can improve and avoid harmful errors in patient care by delivering care within the setting of a clinical team and addressing and analyzing errors through a systematic learning process. This paper describes this learning process in detail and shows how it can be applied to various clinical situations to improve patient safety.</p> <p>FINDINGS: Learning takes place on several levels: from single-loop learning (adaptive learning) through double-loop learning (reflection in and on action) to triple-loop learning (meta-learning), and extending ones understanding and competencies of how to learn individually and in groups. Linking professional knowledge (e.g. medical sciences) and improvement knowledge (knowledge of system improvement), and paying attention to multidisciplinary team learning, are crucial to understanding how patient care and safety can be improved in clinical microsystems.</p> |
| Ámbito / Muestra | Profesionales sanitarios. Aprendizaje contextual |
| Tipo de estudio:* | Revisión narrativa |
| Objetivo | Presentar la importancia del aprendizaje contextual para desarrollar las competencias necesarias para una práctica sanitaria segura. Se incluyen algunos ejemplos de cómo realizarlo. El artículo describe este proceso de aprendizaje en detalle y muestra cómo puede aplicarse a varias situaciones clínicas para mejorar la seguridad del paciente. |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | Solo se mencionan de pasada: Práctica basada en la evidencia Enfoques hacia la mejora de la calidad Informática |
| Resultados principales | No aplica |
| Limitaciones | No aplica |
| Comentarios de los revisores | <p>Un artículo muy interesante desde el punto de vista pedagógico, al presentar la importancia del aprendizaje contextual para desarrollar una cultura de seguridad en la organización, pero se queda en los principios generales.</p> <p>La simulación es una herramienta para integrar el conocimiento profesional y la mejoría del conocimiento en equipos interdisciplinarios.</p> <p>Para entender cómo mejorar la seguridad del paciente en los microsistemas clínicos se debe vincular el conocimiento profesional (ciencias médicas) y la mejoría del conocimiento (conocimiento de la mejora del sistema), y prestar atención al aprendizaje del equipo multidisciplinario.</p> |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 2 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|------------------------------|--|
| Referencia | Miltner, R. S., Patrician, P. a, Dawson, M., & Jukkala, A. (2012). Incorporating quality and safety education into a nursing administration curriculum. <i>The Journal of nursing administration</i> , 42(10): 478–82. |
| Resumen original (NO) | The Quality and Safety Education for Nursing initiative is aimed at developing student competences in quality and safety. Because practicing nurses have not been exposed to this initiative, nurse leaders must be aware of these competencies to develop these competencies in existing staff members. This article provides a roadmap to curriculum development in a nursing administration graduate program focused on quality and safety. |
| Ámbito / Muestra | Directivos de enfermería |
| Tipo de estudio:* | Otros: descripción de una adaptación curricular |
| Objetivo | Incluir las competencias de educación en calidad y seguridad en enfermería de nivel avanzado en un currículo de dirección de enfermería. |

| | |
|--|---|
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | Se mencionan 6 competencias para la formación de enfermeras en calidad y seguridad (Quality and Safety Education for Nursing Project) que pretenden adaptarse desde el ámbito del pregrado al de los directivos de enfermería: 1. Cuidados centrados en el paciente 2. Trabajo en equipo y colaboración 3. Práctica basada en la evidencia 4. Mejora de la calidad 5. Seguridad 6. Informática Para cada competencia se establecen requisitos de conocimiento, habilidades y actitudes. |
| Resultados principales | Se desarrolló y aprobó un programa máster en dirección de enfermería (Nursing and Health Systems Administration) de 12 módulos y 34 créditos. Las competencias QSEN se integraron en el currículo incorporando elementos de 2 o más competencias en cada módulo y además se crearon dos módulos específicos de calidad y seguridad. |
| Limitaciones | No aplica |
| Comentarios de los revisores | Se trata de un ejemplo de cómo integrar las competencias de calidad y seguridad en un programa máster más amplio, considerando en este caso que el formar a los líderes repercutirá de manera sustancial en la cultura de seguridad de las organizaciones y contribuirá a la formación permanente de los profesionales de enfermería en este ámbito. Se debe incorporar la educación en seguridad y en calidad en los planes de estudio de las enfermeras. Los líderes de enfermería deben llevar a cabo la transformación del pensamiento acerca de la calidad y la seguridad de pacientes, demostrar habilidades como la gestión de recursos humanos y habilidades financieras |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 2 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|---|---|
| Referencia | Naik, V. N., & Brien, S. E. (2013). Review article: Simulation: a means to address and improve patient safety. <i>Canadian journal of anaesthesia</i> , 60(2): 192–200. |
| Resumen original (NO) | PURPOSE. The purpose of this article is to review the role of technical and nontechnical skills in routine and crisis situations. We discuss the role of different simulation modalities in addressing these skills and competencies to enhance patient safety. PRINCIPAL FINDINGS. Human and system errors are a recognized cause of significant morbidity and mortality. Technical skills encompass the medical and procedural knowledge required for patient care, while nontechnical skills are behaviour-based and include task management, situation awareness, teamwork, decision-making, and leadership. Both sets of skills are required to improve patient safety. Healthcare simulation can provide an opportunity to practice technical and nontechnical skills in a patient-safe environment. More specifically, these skills are most required in dynamic and crisis situations, which may best be practiced in a simulated patient setting. CONCLUSION. Healthcare simulation is a valuable tool to improve patient safety. Simulation-based education can focus on the necessary technical and nontechnical skills to enhance patient safety. Simulation-based research can serve as a means to identify gaps in current practice, test different solutions, and show improved practice patterns by studying performance in a setting that does not compromise patient safety. |
| Ámbito / Muestra | Simulación en seguridad del paciente |
| Tipo de estudio:* | Revisión narrativa |
| Objetivo | Considerar el papel de distintas modalidades de simulación para abordar las competencias técnicas y no técnicas necesarias para manejar situaciones habituales y de crisis y aumentar la seguridad del paciente. |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | Solo de refilón se enumeran las competencias de seguridad del paciente del modelo canadiense: 1. Contribuye a la cultura de seguridad del paciente 2. Trabaja en equipo por la seguridad del paciente 3. Se comunica de manera efectiva para la seguridad del paciente 4. Maneja los riesgos para la seguridad 5. Optimiza los factores humanos y los factores ambientales 6. Reconoce, responde a y comunica los eventos adversos |

| | |
|--|--|
| Resultados principales | <ul style="list-style-type: none"> – Se requieren tanto habilidades técnicas (conocimientos médicos y capacidad de realizar procedimientos) como no técnicas para reducir las condiciones generadoras de errores. – Las habilidades no técnicas incluyen: gestión de la tarea, trabajo en equipo, liderazgo, reconocimiento de la situación, toma de decisiones. Las habilidades no técnicas necesitan aprenderse. – La formación basada en la simulación con equipos multiprofesionales proporciona un contexto para el aprendizaje de habilidades no técnicas y facilita el compartir modelos mentales. La fidelidad al ambiente es importante como contexto de aprendizaje. – La investigación translacional está emergiendo para validar la formación para la SP basada en la simulación. <p>La simulación clínica proporciona oportunidades para practicar habilidades técnicas y no técnicas en un ambiente seguro para el paciente. Las habilidades no técnicas requeridas en situaciones dinámicas y críticas son las que mejor pueden ser practicadas en simulación (gestión de tareas, trabajo en equipo, liderazgo, conciencia de situación, toma de decisiones).</p> <p>Se explican modalidades de simulación disponibles para la seguridad del paciente, los cuatro principios básicos de aprendizaje en simulación (reconocimiento de patrones, interacción entre emociones y aprendizaje, efectividad del debriefing, importancia de la práctica deliberada). Se incide en la importancia del mantenimiento de la competencias en el tiempo y en el papel de la investigación en simulación para conseguir demostrar mejoras en seguridad de paciente</p> |
| Limitaciones | Existen pocos estudios prospectivos que evalúen el impacto de simulación con maniqués en seguridad de pacientes |
| Comentarios de los revisores | El artículo se centra en las posibles aplicaciones de la simulación, más que propiamente en las competencias para la seguridad del paciente. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 2 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|---|--|
| Referencia | Neudorf, K., Dyck, N., Scott, D., & Davidson Dick, D. (2008). Nursing education: a catalyst for the patient safety movement. <i>Healthcare quarterly</i> , 11(3 Spec No.): 35–9. |
| Resumen original (NO) | Creating a culture of safety in healthcare systems is a goal of leaders in the patient safety movement. Commitment of leadership to safety in the Saskatchewan Institute of Applied Science and Technology (SIASST) Nursing Division has resulted in the development of the Patient Safety Project Team (PSPT) and a steady shift in the culture of the organization toward a systems approach to patient safety. Graduates prepared with the competencies necessary to be diligent about their practice and skilled in determining the root causes of system error in healthcare will become leaders in shifting the healthcare culture to strengthen patient safety. The PSPT believes this cultural shift begins with the education system. It involves modifications to curricula content, facilitation of multidisciplinary processes, and inclusion of theory and practice that reflect critical inquiry into healthcare and nursing education systems to ensure patient safety. In this paper the practical approaches and initiatives of the PSPT are reviewed. The integration of Patient Safety Core Curriculum modules for competency development is described. The policy for reporting adverse events and near misses is outlined. In addition, the student-focused reporting tool, the results and the implications for teaching in the clinical setting are discussed. Processes used to engage faculty are also addressed. |
| Ámbito / Muestra | Formación de pregrado en enfermería en una institución canadiense |
| Tipo de estudio:* | Otros: artículo ilustrativo |
| Objetivo | <p>Ejemplificar la importancia del modelo educativo para promover el cambio de cultura necesario para mejorar la seguridad del paciente. Se presentan ejemplos de las iniciativas realizadas desde una institución de formación del grado de enfermería, tanto en la introducción de módulos específicos en el curriculum, la adopción de un sistema de notificación y análisis de incidentes u otras iniciativas dirigidas al claustro.</p> <p>Identificar los procesos adoptados por los sistemas de formación de enfermería para preparar a los estudiantes y a los profesores en las competencias requeridas en seguridad de pacientes. Se revisan los enfoques y las iniciativas de la Saskatchewan Institute of Applied Science and Technology (SIASST) de la División de Enfermería con el desarrollo del Patient Safety Project Team (PSPT)</p> |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | <p>Se han elaborado 7 módulos para el curriculum formativo con los siguientes objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Examinar elementos clave desde una perspectiva actual 2. Examinar las tendencias actuales desde la perspectiva local, provincial, nacional y global 3. Analizar los modelos que se utilizan actualmente para mejorar la seguridad y reducir el daño 4. Examinar el concepto de enfoque de sistema 5. Analizar las teorías del cambio, la teoría de la transformación y el aprendizaje transformacional 6. Examinar la relación entre cultura y resultados en el paciente 7. Analizar las prácticas de administración de medicamentos, los estándares y las políticas que contribuyen al daño. |
| Resultados principales | No aplica |
| Limitaciones | No aplica |

| | |
|--|---|
| Comentarios de los revisores | Un artículo puramente ilustrativo de lo que se está haciendo en una institución educativa, con escaso detalle sobre los cambios en el currículum formativo Del análisis de los datos surgen preguntas como ¿se debe modificar el ambiente para mejorar el aprendizaje y reducir el daño?, ¿se debe preparar a los estudiantes para los ambientes dinámicos donde ejercerán? (zona de silencio donde preparar la medicación a administrar para evitar distracciones que contribuyen al error). La formación de enfermería puede actuar como catalizador para mejorar los sistemas educativos sanitarios y la seguridad del paciente. También se comentan estrategias para fomentar la seguridad entre los líderes sanitarios y para que los profesores participen (simulaciones de baja , intermedia y alta fidelidad, presentación multimedia, etc.) |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 2 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|---|---|
| Referencia | O'Leary, K. J., Afsar-Manesh, N., Budnitz, T., Dunn, A. S., & Myers, J. S. (2011). Hospital quality and patient safety competencies: development, description, and recommendations for use. <i>Journal of hospital medicine</i> , 6(9): 530–6. |
| Resumen original (NO) | <p>BACKGROUND: Hospitalists are poised to have a tremendous impact on improving the quality of care for hospitalized patients. However, many hospitalists are inadequately prepared to engage in efforts to improve quality, because medical schools and residency programs have not traditionally emphasized healthcare quality and patient safety in their curricula.</p> <p>METHODS: Through a multistep process, the Society of Hospital Medicine (SHM) Quality Improvement Education (QIE) subcommittee developed the Hospital Quality and Patient Safety (HQPS) Competencies to provide a framework for developing and assessing curricula and other professional development experiences. This article describes the development, provides definitions, and makes recommendations on the use of the HQPS Competencies.</p> <p>RESULTS: The 8 areas of competence include: Quality Measurement and Stakeholder Interests, Data Acquisition and Interpretation, Organizational Knowledge and Leadership Skills, Patient Safety Principles, Teamwork and Communication, Quality and Safety Improvement Methods, Health Information Systems, and Patient Centeredness. Reflecting differing levels of hospitalist involvement in healthcare quality, 3 levels of expertise within each area of competence have been established: basic, intermediate, and advanced. Standards for each competency area use carefully selected action verbs to reflect educational goals for hospitalists at each level.</p> <p>CONCLUSIONS: Formal incorporation of the HQPS Competencies into professional development programs, and innovative educational initiatives and curricula, will help provide current hospitalists and the next generations of hospitalists with the needed skills to be successful.</p> |
| Ámbito / Muestra | Médicos de asistencia hospitalaria (hospitalists). Medicina Interna |
| Tipo de estudio:* | Otros: análisis y consenso |
| Objetivo | <p>Desarrollar, proporcionar definiciones y realizar recomendaciones en el uso de competencias en calidad y seguridad de pacientes en el hospital (HQPS).</p> <p>Elaborar un modelo de competencias en calidad y seguridad del paciente para los médicos especializados en asistencia hospitalaria (hospitalists): Hospital Quality and Patient Safety (HQPS) Competencies.</p> <p>La <i>Society of Hospital Medicine</i> (SHM) Hospital Quality and Patient Safety (HQPS) estableció un comité de Formación en Mejora de la Calidad para determinar las necesidades de los médicos de esta especialidad en materia de calidad y seguridad del paciente partiendo de los programas formativos ya existentes y ampliándolos. Los miembros del comité eran especialistas (hospitalists) con amplia experiencia en calidad asistencial y en formación.</p> <p>Se realizó una evaluación en profundidad de los materiales y ofertas formativas existentes, dando especial énfasis a las lagunas en contenidos relevantes para los médicos de esta especialidad.</p> <p>Se diseñó un modelo de competencias como base para desarrollar currículos formativos y otras experiencias profesionales en materia de calidad y seguridad del paciente.</p> |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | <p>Se definen 8 áreas de competencias y 3 niveles (básico, intermedio y avanzado) con estándares para cada nivel y área.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medición de la calidad e intereses de las partes interesadas (stakeholders) 2. Obtención e interpretación de datos 3. Conocimiento de la organización y habilidades de liderazgo 4. Principios de la Seguridad del Paciente 5. Trabajo en equipo y comunicación 6. Métodos de mejora de la calidad y de la seguridad 7. Sistemas de información en el ámbito sanitario 8. Atención centrada en el paciente |

| | |
|--|--|
| Resultados principales | El modelo Las competencias HQPS proporcionan el marco para el desarrollo de planes de estudio y experiencia profesional en calidad asistencial y en seguridad de pacientes. |
| Limitaciones | Las ligadas al consenso de expertos Falta de evaluación de si se están logrando los objetivos deseados. Pocos estudios han evaluado la validez y fiabilidad de los instrumentos diseñados para evaluar las competencias relacionadas con la calidad asistencial. No existen investigaciones específicas a nivel hospitalario en este campo. No incluye análisis de los beneficios clínicos en el cuidado del paciente. |
| Comentarios de los revisores | Se presenta un modelo de competencias para una especialidad concreta. Solo se aportan sugerencias y propuestas de utilización, pero no ejemplos de su utilidad ni evaluación. La mayoría de las facultades de medicina y de los programas de residencia no enfatizan en sus planes de estudio la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes. La incorporación formal de las competencias HQPS proporcionaría a los médicos de hospital las herramientas necesarias para adquirir dichas habilidades. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 3 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|--|
| Referencia | Odell, M. (2011). Human factors and patient safety: changing roles in critical care. Australian critical care, 24(4): 215–217. |
| Resumen original (NO) | The high numbers of patients suffering from adverse incidents has resulted in wide spread commitment to improving patient safety. While a lack of technical skill can play a part, there is growing evidence that poor non-technical skills can be a major cause of error in healthcare. Non-technical skills, or human factors, play an important role in improving team function and improving these skills can drive improvements in patient safety and outcome. This editorial challenges traditional role stereo-types, and argues that fundamental changes in the behaviour of professionals need to be made, and sustained, in order that the whole team can make a valuable contribution to the patient safety agenda. |
| Ámbito / Muestra | Profesionales sanitarios en general |
| Tipo de estudio:* | Otros: editorial |
| Objetivo | Poner en cuestión los estereotipos tradicionales vinculados a los roles y argumentar que es necesario realizar cambios fundamentales en los comportamientos de los profesionales de manera sostenida para que todo el equipo pueda contribuir de manera decisiva a las mejoras en la seguridad de los pacientes. Reflejar la creciente evidencia de que la falta de habilidades no técnicas son la principal causa de error en el sistema sanitario. |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | Se enumeran las 7 categorías de habilidades no técnicas que integran los factores humanos: 1. Reconocimiento de la situación 2. Toma de decisiones 3. Comunicación 4. Trabajo en equipo 5. Liderazgo 6. Gestión del estrés 7. Afrontamiento del cansancio /fatiga |
| Resultados principales | No aplica |
| Limitaciones | No aplica |
| Comentarios de los revisores | Breve editorial que enfatiza la importancia de incidir en los factores humanos para mejorar la seguridad del paciente. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 1 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|---|---|
| Referencia | Okuyama, A., Martowirono, K., & Bijnen, B. (2011). Assessing the patient safety competencies of healthcare professionals: a systematic review. <i>BMJ quality & safety</i> , 20(11): 991–1000. |
| Resumen original (NO) | <p>BACKGROUND: Patient safety training of healthcare professionals is a new area of education. Assessment of the pertinent competencies should be a part of this education. This review aims to identify the available assessment tools for different patient safety domains and evaluate them according to Miller's four competency levels.</p> <p>METHODS: The authors searched PubMed, MEDLINE, the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Web of Science, psycINFO and the Education Resource Information Center (ERIC) from the start of each database to December 2010 for English-language articles that evaluated or described tools for the assessment of the safety competencies of individual medical and/or nursing professionals. Reports on the assessment of technical, clinical, medication and disclosure skills were excluded.</p> <p>RESULTS: Thirty-four assessment tools in 48 studies were identified: 20 tools for medical professionals, nine tools for nursing professionals, and five tools for both medical and nursing professionals. Twenty of these tools assessed the two highest Miller levels ('shows how' and 'does') and four tools were directed at multiple levels. Most of the tools that aimed at the higher levels assessed the skills of working in teams (17 tools), risk management (15 tools), and communication (11 tools). Internal structure (reliability, 22 tools) and content validity (14 tools) when described were found to be moderate. Only a small number of tools addressed the relationship between the tool itself and (1) other assessments (concurrent, predictive validity, eight tools), and (2) educational outcomes (seven tools).</p> <p>CONCLUSIONS: There are many tools designed to assess the safety competencies of healthcare professionals. However, a reliable and valid toolbox for summative testing that covers all patient safety domains at Miller's four competency levels cannot yet be constructed. Many tools, however, are useful for formative feedback.</p> |
| Ámbito / Muestra | <p>Artículos en inglés publicados hasta diciembre de 2010. La búsqueda se realizó utilizando PubMed, MEDLINE, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Web of Science, psycINFO, y Education Resource Information Center (ERIC).</p> <p>Criterios de selección de artículos: que los sujetos del estudio fuesen médicos, residentes, estudiantes de medicina, enfermeras o estudiantes de enfermería; que el artículo describiera instrumentos para la evaluación de competencias individuales en materia de seguridad, centrándose en conocimientos, habilidades o conductas; y que el contenido cubierto por la evaluación incluyera los dominios del <i>Canadian Safety Competencies Framework</i>.</p> <p>Se seleccionaron 48 artículos.</p> |
| Tipo de estudio:* | Revisión sistemática |
| Objetivo | Identificar y evaluar los instrumentos disponibles para evaluar las competencias en materia de seguridad de médicos, residentes, estudiantes de medicina, enfermeras y estudiantes de enfermería en el contexto hospitalario. |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | <p>Los dominios incluidos en el <i>Canadian Safety Competencies Framework</i> (2008), que incluye 6 dominios/competencias fundamentales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contribución a una cultura de seguridad del paciente. 2. Trabajo en equipo para la SP 3. Comunicación efectiva para la SP 4. Gestión de riesgos de SP 5. Optimización de los factores humanos y ambientales 6. Reconocer, responder a y comunicar los eventos adversos. <p>Una vez identificados los dominios de SP cubiertos por los instrumentos de evaluación, dichos instrumentos se clasificaron según los 4 niveles de competencia de Miller: "conoce" "sabe cómo" "muestra cómo" y "lo hace". Para cada uno de estos niveles de competencia, el formando debería ser capaz de demostrar la capacidad de repetir o replicar un protocolo, aplicar los principios en una situación conocida, adaptar los principios a nuevas situaciones y relacionar los nuevos conocimientos con principios aprendidos previamente.</p> |
| Resultados principales | Se identificaron 34 instrumentos específicos de evaluación. Los instrumentos cubren los 4 niveles de competencia de Miller. Sin embargo, la fiabilidad y validez de los mismos, en los casos en que se menciona, es modesta. Los instrumentos no cubren todo el espectro de competencias de SP en todos los niveles de competencia de Miller y en muchos casos solo sirven para situaciones clínicas concretas. En concreto se identificaron 20 instrumentos para médicos, 9 para enfermeras y 5 para ambos tipos de profesionales. De ellos, 20 instrumentos evalúan los dos niveles más altos de Miller ("muestra cómo" y "lo hace"). De ellos, la mayoría evalúan las competencias de trabajo en equipo (17 instrumentos), gestión del riesgo (15) y comunicación (11). En los casos en que se describe la estructura interna (fiabilidad, 22 instrumentos) y la validez de contenido (14), éstas son moderadas. Solo en un pequeño número de instrumentos se plantea la relación entre la herramienta en sí y otras evaluaciones (concurrencia, validez predictiva: 8 instrumentos) o resultados de formación (7 instrumentos). |
| Limitaciones | Las que puedan estar ligadas a los términos utilizados en la búsqueda y que ésta solo incluye artículos en inglés. |

| | |
|--|---|
| Comentarios de los revisores | Tiene el interés de conocer la situación de los instrumentos de evaluación de competencias en SP existentes, partiendo de la asunción de un modelo previo de competencias. Todavía no se ha elaborado un conjunto de herramientas fiables que cubran las cuatro competencias de Miller en seguridad de pacientes. La mayoría de las herramientas existentes son útiles para retroalimentación formativa en áreas específicas de trabajo. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 3 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|--|
| Referencia | Pellegrini, V. D. (2012). Perspective : Ten Thousand Hours to Patient Safety , Sooner or Later. Academic Medicine, 87(2): 164–167. |
| Resumen original (NO) | A call by the Institute of Medicine to advance the cause of patient safety catalyzed the current focus on duty hours limits during resident education. Unrelated benefits to resident education have accrued from those efforts, but, despite rigorous study of the issue, there is little evidence of a positive impact on patient safety resulting from trainee duty hours adjustments. Moreover, the discussion has become worrisomely myopic in its singular preoccupation with the impact of postgraduate medical education duty hours on safe patient care. The author argues that patient safety efforts should focus instead on the three essential elements of capacity, of which a discussion of duty hours and fatigue are an important part, commitment, and competence. Commitment requires altruism and professionalism, which are discouraged by a shift-work orientation. Competence is essential for safe patient care; as duty hours are constricted in the name of reducing fatigue-related medical error, it must be remembered that a certain amount of time is required to both acquire a knowledge base and attain proficiency in needed technical skills. Until a competency-based educational system can be implemented, the profession and patients would be well served by a heightened awareness of the increased number of years required in a constrained work hours environment to achieve proficiency in the independent practice of medicine, especially when procedural competence is required. Such a realization will inevitably result in voluntary lengthening of some residency training programs, particularly in surgical disciplines and those medical specialties with a prominent procedural component. |
| Ámbito / Muestra | Residentes de cirugía (traumatología) |
| Tipo de estudio:* | Otros: artículo de opinión |
| Objetivo | Poner en cuestión el focalizar la cuestión de la seguridad del paciente en el problema del cansancio y la falta de sueño de los residentes, eludiendo así abordar otros temas fundamentales y las consecuencias que la restricción del número de horas de actividad clínica tiene en la preparación de los especialistas. |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | <ul style="list-style-type: none"> – Capacidad: implica autorregulación y por tanto reconocer cuándo uno no está en condiciones de realizar su actividad clínica de manera segura por la condición física o psíquica en que se encuentra. – Compromiso: dedicación altruista al cuidado del paciente y responsabilidad ininterrumpida. – Competencia: sin ella, no hay seguridad del paciente |
| Resultados principales | No aplica Al reducir las horas de guardia para incrementar la seguridad del paciente se disminuye el tiempo para adquirir habilidades técnicas. Eso implica la necesidad de aumentar los años de residencia requeridos para adquirir competencia en la práctica de la medicina, especialmente cuando se requiere competencia en la realización de procedimientos. Se propone alargar de manera voluntaria algunos programas de residencia especialmente en las especialidades quirúrgicas y en aquellas especialidades médicas que impliquen la realización de un mayor número de procedimientos. |
| Limitaciones | No aplica |
| Comentarios de los revisores | Se trata de un artículo de opinión muy centrado en la situación del sistema americano, pero con planteamientos sin duda extensibles a otras realidades. En lo referente a las competencias, los planteamientos son genéricos, más de índole filosófica y orientados a lo que debe ser un programa de formación de residentes de cirugía. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 1 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|---|---|
| Referencia | Pernar, L. I. M. et al (2012). Using an Objective Structured Clinical Examination to Test Adherence to Joint Commission National Patient Safety Goal-Associated Behaviors. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 38(9): 414-418 |
| Resumen original (NO) | <p>BACKGROUND: A study was conducted at a tertiary care academic medical center to assess a simulation-based, single-station Objective Structured Clinical Examination (OSCE) designed to evaluate intern trainees' familiarity with and adherence to behaviors associated with Joint Commission National Patient Safety Goals and The Joint Commission Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery.</p> <p>METHOD: Subjects were interns, from all disciplines, completing basic skills training during intern orientation. The OSCE scenario was designed to assess 13 behaviors associated with four National Patient Safety Goals (1, 2, 3, and 7) from 2009 and 2010 and the Universal Protocol. Sessions were digitally recorded and independently reviewed by two observers, who scored behaviors using a standardized score sheet. Behaviors were assigned point values and tabulated for all trainees. Kappa coefficient was calculated to assess interrater reliability.</p> <p>RESULTS: One-hundred eleven (74.5%) of 149 interns completed the station. The average time to completion was 6.9 minutes (standard deviation [SD] 1.8; range, 3.5-12.6). Interns scored an average of 9.5 points (SD, 4.7; range, 2-20; mode, 8) of 26. The interrater reliability for the two reviewers was 0.9. Interns most frequently requested chlorhexidine to sterilize the patient's skin (98.2% of interns demonstrated); identifying an unlabeled medication vial as inappropriate for use was the most frequently missed item (8.1% of interns demonstrated).</p> <p>CONCLUSIONS: Behaviors related to tenets of patient safety and quality care can be assessed using a simple to design and execute OSCE. Using simulation to test behaviors associated with the National Patient Safety Goals may be a desirable adjunct to traditional simple knowledge-based tests.</p> |
| Ámbito / Muestra | 111 de 149 residentes de primer año recién incorporados a los diversos programas de especialización (el 52% a Medicina Interna) en un hospital terciario de 747 camas en Boston, asociado a la Facultad de Medicina de Harvard. La prueba tenía lugar durante una jornada de orientación previa a la incorporación a la actividad clínica. Todos los residentes habían recibido formación on-line sobre calidad y seguridad en los meses previos a su incorporación al hospital. Los residentes realizaban la prueba de simulación sin saber a qué estaba orientada. |
| Tipo de estudio:* | Diseño con observaciones solo post sin grupo control |
| Objetivo | <p>Valorar la idoneidad de un examen clínico objetivo estructurado constituido por un único escenario (station) de simulación, diseñado para evaluar la familiaridad de los residentes recién incorporados y su adhesión a los comportamientos asociados a los National Patient Safety Goals (NPSG) de la Joint Commission y al protocolo universal para prevenir la cirugía en lugar erróneo, con paciente erróneo y procedimiento erróneo.</p> <p>La prueba se grababa y dos observadores expertos juzgaban de manera independiente la idoneidad de las conductas siguiendo una lista de verificación.</p> |
| Dominios / competencias identificadas / evaluadas | <p>Los NPSG (de diferentes años) se asociaban a la realización de conductas específicas durante la prueba:</p> <ol style="list-style-type: none"> Handoff/Transferencias (2009): <ul style="list-style-type: none"> solicita información adicional/transferencia Utilizar al menos dos identificadores del paciente (2009, 2010): <ul style="list-style-type: none"> utiliza la pulsera para verificar la identidad del paciente compara la pulsera con al menos otra identificación del paciente Cumplir con las recomendaciones de higiene de manos (2009, 2010): <ul style="list-style-type: none"> Utiliza producto de base alcohólica (PBA) para las manos antes de tocar al paciente Prácticas basadas en la evidencia para prevenir las infecciones relacionadas con catéteres centrales (2009, 2010): <ul style="list-style-type: none"> Utiliza PBA para las manos antes de realizar la técnica estéril Utiliza gorro, mascarilla, bata y guantes para colocar el catéter Pide clorhexidina Protocolo universal: realizar un proceso de verificación previo al procedimiento (2009, 2010): <ul style="list-style-type: none"> Solicitar una parada de seguridad que incluya el nombre del paciente, otros identificadores, procedimiento y lugar Etiquetar toda la medicación (2009, 2010): <ul style="list-style-type: none"> Identifica un vial de medicamento no etiquetado como inadecuado para ser utilizado. |
| Resultados principales | Los revisores analizaron 12,7 horas de grabación. La duración media del escenario fue de 6,9 minutos y la puntuación media obtenida fue de 9,5 con un máximo posible de 26 si se hubieran realizado todas las conductas esperadas. El coeficiente kappa interobservadores fue de 0,9. Los autores consideran que esta prueba sencilla es discriminativa y fiable y permite conocer qué conductas asociadas a objetivos de seguridad se ponen en juego y sobre qué áreas es necesario dirigir los futuros esfuerzos formativos. |
| Limitaciones | <p>No está clara la validez de la prueba, ya que no sabemos si existe correspondencia entre lo sucedido en una situación tan especial imbuida en una jornada de orientación antes de la incorporación a la actividad clínica y la realidad.</p> <p>Heterogeneidad de los participantes que explica la variabilidad en la ejecución de la simulación.</p> <p>Realización en un único centro, datos no generalizables.</p> |

| | |
|---|---|
| Comentarios de los revisores | No queda claro cuál es el objetivo de la prueba, más allá de ligar un escenario muy específico de simulación al conocimiento y asimilación de una serie de objetivos de seguridad sobre los que no se sabe si los residentes han recibido formación específica. Lo lógico sería utilizar esta prueba para evaluar la realización de conductas que se espera que estén incorporadas al repertorio de los residentes tras su aprendizaje en escenarios clínicos. El uso de un test simple de simulación sirve para evaluar los comportamientos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad asistencial. Se debería adjuntar la simulación en seguridad a los test basados exclusivamente en el conocimiento. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 2 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|---|---|
| Referencia | Peterson, T. H., Susan, F., & Connors, R. H. (2012). A Safety Culture Transformation : Its Effects at a Children's Hospital. <i>J Patient Safety</i> , 8(3): 125–130. |
| Resumen original | <p>OBJECTIVE: To improve pediatric patient safety at a tertiary, 200-bed children's hospital by changing the safety culture and implementing processes, practices, and measures to sustain improvements. Although many core quality and safety measures exist for adult acute-care facilities, equivalent measures for pediatrics are lacking.</p> <p>METHODS: Helen DeVos Children's Hospital in Grand Rapids, Michigan, part of the Spectrum Health system, led a 2-year initiative beginning in late 2007 to improve pediatric patient safety. Key strategies included safety-based staff training, training in root cause analysis, failure mode classification of events and safety behavior, integration of and collaboration between risk management and clinical staff, consistent coding and classification of serious safety events and adoption of multiple safety metrics, creating a new safety leadership infrastructure, and fostering transparency of data and safety event details.</p> <p>RESULTS: The 2-year initiative led to an estimated 68% decrease in the number of serious safety events and adoption of a serious safety event metric reported monthly. In addition, compliance with the ventilator-associated pneumonia bundle rose from 2% to 96%; hand hygiene compliance rates rose from 56% to 95%; and the Children's Asthma Care-3 core measure, home management plan of care given to patient/ caregiver, rose from 0% to 83% within 6 months. Medication errors with serious harm were reduced to only two during the initiative, and ventilator-associated pneumonias dramatically decreased, with only one occurring in 2009.</p> <p>CONCLUSIONS: The initiative led to key improvements in safety culture and patient safety and also had a broad impact on several clinical quality outcome measures. Using safety metrics improves transparency and enables future benchmarking with peer institutions to help improve pediatric patient safety nationwide. Because of the initiative's success in our children's hospital, the entire Spectrum Health system, including more than 16,000 staff members, is now undertaking a similar effort</p> |
| Ámbito / Muestra | Hospital pediátrico de 200 camas en Michigan |
| Tipo de estudio:* | Intervención organizacional con medición pre-post de algunos parámetros |
| Objetivo | Mejorar la seguridad del paciente en un hospital pediátrico mediante un cambio en la cultura de seguridad y la implementación de procesos, prácticas y medidas para mantener las mejoras. La intervención abarcó toda la organización y contó con el apoyo constante de la gerencia. Las estrategias fundamentales fueron: formación obligatoria en seguridad del paciente para todo el personal y la adopción y refuerzo, tanto a nivel de unidad como en toda la institución, de los nuevos comportamientos de seguridad adquiridos. Se formó a los líderes clínicos en análisis causa-raíz y se clasificaron los incidentes y conductas de seguridad utilizando un sistema estandarizado de modo de fallos, se estableció una integración y colaboración entre el personal de gestión de riesgos y el personal clínico, se estableció una codificación y clasificación consistente de los incidentes de seguridad graves y se adoptaron múltiples mediciones de seguridad; se creó una nueva infraestructura de liderazgo para la seguridad y se promovió la transparencia de los datos y los detalles de los incidentes de seguridad. |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | No se explicitan ni evalúan competencias concretas |
| Resultados principales | Tras los dos años que duró la intervención se produjo un descenso estimado del 68% en el número de incidentes de seguridad graves y se adoptó un sistema de medida de los mismos con información mensual. El cumplimiento de las medidas de prevención de la NAVM pasó del 2% al 96%; la adherencia a la higiene de manos pasó del 56% al 95% y el porcentaje de planes de manejo del asma en casa entregados a los pacientes/cuidadores pasó de 0 a 83% en 6 meses. Los errores de medicación con daño grave se redujeron a 2 durante la iniciativa y las NAVM también disminuyeron dramáticamente (solo se produjo 1 en 2009). La iniciativa impulsó mejoras importantes en la cultura de seguridad Gran impacto en varias medidas de resultados clínicos en seguridad de pacientes. |

| | |
|--|--|
| Limitaciones | Básicamente la falta de medidas basales pre intervención en algunos de los parámetros incluidos como objetivos de la intervención. |
| Comentarios de los revisores | Es una intervención organizacional global y no se describen ni evalúan de manera detallada los diferentes aspectos de la misma. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 2 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|---|---|
| Referencia | Pingleton, S. K., Horak, B. J., Davis, D. a, Goldmann, D. a, Keroack, M. a, & Dickler, R. M. (2009). Is there a relationship between high-quality performance in major teaching hospitals and residents' knowledge of quality and patient safety? <i>Academic medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges</i> , 84(11): 1510–1515. |
| Resumen original (NO) | <p>PURPOSE: The relationship of the quality of teaching hospitals' clinical performance to resident education in quality and patient safety is unclear. The authors studied residents' knowledge of these areas in major teaching hospitals with higher- and lower-quality performance rankings. They assessed the presence of formal and informal quality curricula to determine whether programmatic differences exist.</p> <p>METHOD: The authors used qualitative research methodology with purposeful sampling. They gathered data from individual structured interviews with residents and key educational and quality leaders in six medical schools and teaching hospitals, which represented a range of quality performance rankings, geographic regions, and public or private status.</p> <p>RESULTS: No relationship emerged between a hospital's quality status, residents' curriculum, and the residents' understanding of quality. Residents' definitions of quality and safety and their knowledge of the practice-based learning and systems-based practice competencies were indistinguishable between hospitals. Residents in all programs had extensive patient safety knowledge acquired through an informal curriculum in the hospital setting. A formal curriculum existed in only two programs, both of them ambulatory settings.</p> <p>CONCLUSIONS: Residents' learning about quality and patient safety is extensive, largely through a positive informal curriculum in the teaching hospital and, less frequently, via a formal curriculum. No relationship was found between the quality performance of the teaching hospital and the residents' curriculum or understanding of quality or safety. Residents seem to learn through an informal curriculum provided by hospital initiatives and resources, and thus these data suggest the importance of major teaching hospitals in quality education.</p> |
| Ámbito / Muestra | Residentes (24) y líderes del ámbito de la educación y de la calidad (28) de 6 centros médicos docentes de diferentes zonas geográficas de EEUU, tres públicos y tres privados, con hospitales clasificados en los lugares 11, 12, 14, 42, 52 y 72 del ranking anual de resultados en calidad y seguridad que se realiza entre 82 centros docentes del país. Se compararon los dos grupos de mejores y peores resultados. |
| Tipo de estudio:* | Cualitativo: entrevistas estructuradas. |
| Objetivo | El estudio tenía dos objetivos. Primero, describir los conocimientos de los residentes sobre calidad y seguridad del paciente en los centros docentes, además de los currículos u otros métodos formativos responsables de la transmisión del conocimiento. En segundo lugar, se pretendía determinar si existían diferencias en los programas formativos entre los centros docentes con mejor y peor situación en el ranking de resultados en calidad asistencial. |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | <p>El estudio analiza la presencia de ciertos parámetros educativos en calidad y seguridad del paciente a partir del contenido de las entrevistas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Concepto/definición de calidad y seguridad: <ul style="list-style-type: none"> Medicina basada en la evidencia Satisfacción del paciente Mejora Evitar el daño Aprendizaje basado en la práctica: <ul style="list-style-type: none"> Revisión sistemática de pacientes individuales Aprendizaje a través de sesiones, utilizar listas de verificación Aprendizaje basado en el sistema: <ul style="list-style-type: none"> Capacidad de describir factores del sistema de atención |
| Resultados principales | No se encontró relación entre el ranking de calidad del hospital, el curriculum de los residentes y la comprensión de los residentes sobre la calidad asistencial. Las definiciones de calidad y seguridad y el conocimiento sobre el aprendizaje basado en la práctica y las competencias sobre la práctica basada en el sistema no se diferenciaban entre los residentes de los diferentes hospitales. Los residentes de todos los programas tenían un conocimiento amplio sobre la seguridad del paciente que habían adquirido de manera informal en el contexto hospitalario. Solo existía un curriculum formal en dos programas, ambos de ámbito ambulatorio. |

| | |
|--|---|
| Limitaciones | Es un estudio metodológicamente bien planteado desde el punto de vista cualitativo, aunque quizá el método elegido no es el más adecuado para los objetivos que se pretendían. No se incluyen todos los centros médicos docentes, no generalizable. No se llevó a cabo una revisión a fondo en cada centro. Clasificación subjetiva de datos en temas dominantes. |
| Comentarios de los revisores | No aporta nada específico referente a la adquisición de competencias para la seguridad del paciente. Quizá lo más interesante sea poner sobre la mesa la importancia del aprendizaje informal a partir de la cultura de seguridad de la organización. Señala la importancia de los hospitales docentes en la promoción de planes de estudios informales en calidad y seguridad de pacientes. Es importante el liderazgo de los principales hospitales docentes en calidad asistencial. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 2 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|------------------------------|--|
| Referencia | Rad, S., & Ogunyemi, D. (2012). Using the health-care matrix to teach and improve patient safety culture in an OB/GYN residency training program. <i>Journal of patient safety</i> , 8(4): 177–181. |
| Resumen original (NO) | OBJECTIVE: To assess the utility of health-care matrix in teaching patient safety in terms of the Institute of Medicine Aims for health-care improvement and Accreditation Council for Graduate Medical Education competencies. METHODS: As part of residency education, health-care matrix conference is held monthly. A multidisciplinary team is invited. Residents choose cases and develop a draft matrix under faculty supervision. The matrix is presented, and consensus action plan is generated after discussion. Approximately 2 years after initiation of the program, residents completed an anonymous 15-item survey. RESULTS: The study included 26 health-care matrix conferences from 2007 to 2009. Main reasons for residents' selection of cases were management issues (42%), bleeding complications (35%), and medication errors (23%). Major contributors to patient safety concerns by Institute of Medicine Aims were timeliness (65%), and those by Accreditation Council for Graduate Medical Education competencies were system issues (77%), medical knowledge (69%), and communication issues (66%). Residents agreed that the program was useful. No resident thought that the program should be cancelled. Only 39% feel their communication skills were improved, 48% felt that preparation was time consuming, and 29% felt awkward presenting errors of superiors. Review of action plans developed after each matrix showed that implementation of recommendations was initiated in 92% of the cases. CONCLUSIONS: The health-care matrix curriculum can be used to teach patient safety culture, assess system processes, and improve patient care. This report highlights the importance of system issues, timeliness, medical knowledge, and communication for patient safety concerns. |
| Ámbito / Muestra | Residentes de un programa de obstetricia/ginecología del Cedars-Sinai Medical Center en Los Angeles. Se revisan los seminarios sobre casos analizados por 26 residentes de diferentes años y responden al cuestionario 20 residentes. |
| Tipo de estudio:* | Diseño con observaciones solo post sin grupo control |
| Objetivo | Evaluar la utilidad de los seminarios en los que los residentes analizan un caso utilizando un modelo estandarizado (Patient Healthcare Matrix) desarrollado por el Vanderbilt University Medical Center en la formación para la seguridad del paciente a los residentes de obstetricia y ginecología desde la perspectiva de los 6 objetivos para la mejora propuestos por el Institute of Medicine (IOM) y las competencias exigidas por el Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). La hipótesis del estudio es que los seminarios basados en el modelo pueden utilizarse para enseñar a los residentes temas de seguridad del paciente desde una perspectiva sistémica y en un contexto exento de culpabilización. Se analizan los análisis realizados en dos años de seminarios mensuales y se pasó a los residentes un cuestionario de percepción sobre la utilidad del programa formativo. |

| | |
|--|---|
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | <p>El modelo estandarizado de análisis es una matriz con las 6 competencias exigidas por el ACGME x los 6 objetivos para la mejora del IOM:</p> <ol style="list-style-type: none"> Competencias: <ul style="list-style-type: none"> – Atención al paciente – Conocimiento y habilidades médicas – Habilidades interpersonales y de comunicación – Profesionalidad – Práctica basada en el sistema – Aprendizaje y mejora basados en la práctica Objetivos de calidad: atención segura, proporcionada a tiempo, efectiva, eficiente, equitativa y centrada en el paciente <p>El modelo incluye además un último apartado de propuestas para la mejora:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ¿Qué tiene que hacerse? – ¿Quién lo va a hacer? – ¿Para cuándo? – Resultados esperados |
| Resultados principales | <p>La revisión de los modelos de análisis de casos realizados durante los seminarios muestra que de los objetivos del IOM un 65% de los casos se centran en la atención proporcionada a tiempo (timeliness) y con respecto a las competencias del ACGME un 77% plantea problemas sistémicos, un 69% falta de conocimiento médico y un 66% problemas de comunicación.</p> <p>En cuanto al cuestionario: aunque bastantes residentes consideraban que el programa les quitaba demasiado tiempo (48%) y no les ayudaba a mejorar sus habilidades de comunicación (61%), ninguno pensaba que debía cancelarse. Además, la mayoría (71%) no se sintió incómodo por presentar errores realizados por sus superiores. La utilización de la matriz ayudó a los residentes a identificar resultados de la asistencia sanitaria y problemas relacionados con la calidad de la atención. Fueron capaces de reconocer factores del sistema que podían afectar a los cuidados óptimos del paciente y realizar recomendaciones para mejorar dichos factores.</p> <p>Los residentes consideran útil el programa educativo, pero sólo el 39% considera que ha mejorado sus habilidades en comunicación, 48% consideran que dicho proyecto les consume tiempo, y 29% se sienten incómodos de presentar errores a sus superiores. Se implementaron recomendaciones en el 92 % de los casos.</p> |
| Limitaciones | Muestra muy pequeña, sin grupo control y limitada a una única institución, cuya propia cultura puede estar afectando los resultados. Los resultados son solo de auto-percepción. |
| Comentarios de los revisores | Se trata de un intento de evaluación de un modelo de análisis de casos que puede resultar de utilidad para el aprendizaje de habilidades relacionadas con la seguridad del paciente sin salirse del contexto habitual de la revisión de casos propia de los programas de formación de residentes. Necesita mayor recorrido de utilización y evaluación. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 1 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|------------------------------|---|
| Referencia | Rich, V. L. (2004). Creation of a Patient Safety Culture : A Nurse Executive Leadership Imperative. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses: Vol. 2, pp. 45–56. |
| Resumen original (NO) | Well-publicized medical errors during the mid-1990s created a health care crisis involving patient safety. As the public and the profession have become more cognizant of the problem, demands for system redesign to significantly reduce medical errors have occurred. This vignette suggests that it is imperative for all nurse leaders and the chief nurse executive, in particular, to become prime architects in creating a culture of patient safety by employing the core competencies of leadership, communication, professionalism, business skills, and knowledge of the health care environment. Personal experience in redesigning a hospital safety culture, following a significant medical error, contributed to learning that the science of medical error reduction is complex and involves multiple levels and systems of the health care environment. More specifically, reducing medical errors is not a matter of finding and punishing the one person thought responsible for the error. Rather, chief nurse executives must recognize that medical errors occur because of complex reasons that are not entirely predictable. All departments of the hospital environment with direct or indirect patient contact must be accountable if patient safety goals are to be achieved. To assist in this process, the Systemic Mindfulness Model of Proactive Patient Safety model suggests using a corkscrew metaphor where each multiple level of the health care system interacts in complex ways to affect patient safety. Decisions made at one level can affect all other levels and alter the dynamics of the patient safety culture. To be effective, all staff need to be aware of their role in the patient safety process and how they can best promote and maintain a patient safety culture. |
| Ámbito / Muestra | Directivos de enfermería |
| Tipo de estudio:* | Revisión narrativa |
| Objetivo | Comunicar la necesidad de que las supervisoras y la directora de enfermería en particular, se conviertan en arquitectos de una cultura de seguridad utilizando las competencias fundamentales de liderazgo, comunicación, profesionalidad, habilidades de gestión y conocimiento del contexto sanitario. |

| | |
|--|---|
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | Simplemente se enumeran: liderazgo, comunicación, profesionalidad, habilidades de gestión y conocimiento del contexto sanitario |
| Resultados principales | Descripción del papel de los directivos de enfermería en la creación de una cultura de seguridad |
| Limitaciones | No aplica. |
| Comentarios de los revisores | No entra en la formación de competencias |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 1 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|--|
| Referencia | Riem, N., Boet, S., Bould, M. D., Tavares, W., & Naik, V. N. (2012). Do technical skills correlate with non-technical skills in crisis resource management: a simulation study. <i>British journal of anaesthesia</i> , 109(5): 723–728. |
| Resumen original (NO) | <p>BACKGROUND: Both technical skills (TS) and non-technical skills (NTS) are key to ensuring patient safety in acute care practice and effective crisis management. These skills are often taught and assessed separately. We hypothesized that TS and NTS are not independent of each other, and we aimed to evaluate the relationship between TS and NTS during a simulated intraoperative crisis scenario.</p> <p>METHODS: This study was a retrospective analysis of performances from a previously published work. After institutional ethics approval, 50 anaesthesiology residents managed a simulated crisis scenario of an intraoperative cardiac arrest secondary to a malignant arrhythmia. We used a modified Delphi approach to design a TS checklist, specific for the management of a malignant arrhythmia requiring defibrillation. All scenarios were recorded. Each performance was analysed by four independent experts. For each performance, two experts independently rated the technical performance using the TS checklist, and two other experts independently rated NTS using the Anaesthetists' Non-Technical Skills score.</p> <p>RESULTS: TS and NTS were significantly correlated to each other ($r=0.45, P<0.05$).</p> <p>CONCLUSIONS: During a simulated 5 min resuscitation requiring crisis resource management, our results indicate that TS and NTS are related to one another. This research provides the basis for future studies evaluating the nature of this relationship, the influence of NTS training on the performance of TS, and to determine whether NTS are generic and transferrable between crises that require different TS.</p> |
| Ámbito / Muestra | 50 médicos residentes de anestesiología de 2º a 5º año en la Universidad de Toronto. |
| Tipo de estudio:* | Correlacional retrospectivo |
| Objetivo | Determinar si existe relación entre las habilidades técnicas y las habilidades no técnicas durante una situación simulada de crisis. Se analizó el comportamiento individual de los residentes a partir de videos grabados en situaciones simuladas de parada cardiaca de 5 minutos de duración. Dos observadores entrenados evaluaron las habilidades técnicas mediante una lista de verificación obtenida a partir de un Delphi con expertos. Otros dos observadores entrenados evaluaron las habilidades no técnicas mediante un instrumento validado: el ANTS (Anaesthetists' Non-Technical Skills scale). |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | <ol style="list-style-type: none"> Habilidades técnicas: relación de conductas específicas ante una parada cardiorrespiratoria Habilidades no técnicas: <ul style="list-style-type: none"> Gestión de la tarea: planificación y preparación; priorización; proveer y mantener estándares; identificar y utilizar recursos Trabajo en equipo: coordinar actividades con el equipo; intercambio de información; utilizar la autoridad y la asertividad; evaluar capacidades; apoyar a otros Toma de conciencia de la situación: recogida de información; reconocimiento y comprensión; anticipación Toma de decisiones: identificar opciones; sopesar los riesgos y seleccionar las opciones; reevaluar |
| Resultados principales | Se encontró una correlación positiva y significativa entre las puntuaciones obtenidas para medir las habilidades técnicas y habilidades no técnicas: $r=0.45, P<0.05$ |
| Limitaciones | El estudio se limita a un único tipo de situación, por lo que no es posible saber hasta qué punto los resultados se reproducirían en otras situaciones. Según los autores, no es descartable algún tipo de solapamiento entre ambos instrumentos de medida, ya que la lista de verificación podría contener aspectos conductuales no puramente técnicos. Escenario específico de paro cardíaco durante anestesia. No generalizable a otras situaciones. El listado de habilidades técnicas puede medir aspectos del comportamiento y el ANTS incluye ítems del listado de habilidades técnicas (sesgo en los resultados). |
| Comentarios de los revisores | Estudio muy preliminar, que básicamente apunta a que el entrenamiento en habilidades no técnicas podría favorecer un mejor desempeño técnico. Pero prácticamente lo único que hace es plantear una hipótesis de partida sobre la que seguir investigando. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 2 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|---|---|
| Referencia | Sachdeva, A. K., Philibert, I., Leach, D. C., Blair, P. G., Stewart, L. K., Rubinfeld, I. S., & Britt, L. D. (2007). Patient safety curriculum for surgical residency programs: results of a national consensus conference. <i>Surgery</i> , 141(4):427–441. |
| Resumen original (NO) | <p>BACKGROUND: The American College of Surgeons (ACS) and the Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) are committed to promoting patient safety through education. In view of the critical role of residents in the delivery of safe patient care, the ACS and ACGME sponsored jointly a national consensus conference to initiate the development of a curriculum on patient safety that may be used across all surgical residency programs.</p> <p>CONCLUSIONS: National leaders in surgery with expertise in surgical care and surgical education, patient safety experts, medical educators, key stakeholders from national organizations, and surgical residents were invited to participate in the conference. Attendees considered patient safety issues within the context of the 6 core competencies defined by the ACGME and American Board of Medical Specialties (ABMS). Discussions resulted in the development of a curriculum matrix that includes listings of patient safety topics, teaching and learning strategies, and assessment methods. Guidelines for implementation and dissemination are also provided. The curriculum content underscores the need to create an organizational culture of safety and focuses on both individuals and systems. Individual residency programs may prioritize the curriculum content based on their specific needs. The ACS and ACGME will pursue development of educational modules to address the curriculum content, disseminate helpful information, and assist in implementation of new educational interventions. This effort has the potential to positively impact residency education in surgery, help surgical program directors address the core competencies, and enhance patient safety.</p> |
| Ámbito / Muestra | Residentes de todas las especialidades quirúrgicas |
| Tipo de estudio:* | Conferencia de consenso |
| Objetivo | Iniciar el desarrollo de un curriculum formativo en seguridad del paciente que pueda utilizarse en todos los programas de residentes de cirugía. Este curriculum tiene que basarse en las 6 competencias nucleares definidas por el Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) y el American Board of Medical Specialties (ABMS): conocimiento médico, atención al paciente, habilidades interpersonales y de comunicación, profesionalidad, aprendizaje y mejora basados en la práctica y práctica basada en los sistemas. |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento de las enfermedades y condiciones quirúrgicas, incluyendo su diagnóstico y manejo. 2. Teoría y conocimiento de la seguridad del paciente 3. Conocimiento y tipología de los errores y cuasi-errores 4. Diferentes aspectos de la cultura de seguridad 5. Procedimientos de alto riesgo y de elevada frecuencia en cirugía 6. Instituciones reguladoras y su papel en la seguridad del paciente 7. Sistemas de notificación de errores 8. Cuidado óptimo de los pacientes con enfermedades y condiciones quirúrgicas 9. Manejo seguro de los pacientes quirúrgicos 10. Evaluación del riesgo 11. Preparación de los pacientes para la cirugía 12. Atención centrada en el paciente, focalizándose en las necesidades del paciente y de su familia 13. Guías de práctica clínica y procedimientos estandarizados 14. Líneas de supervisión y cadena de mando 15. Cansancio y horas de trabajo 16. Principios de la comunicación efectiva 17. Comunicación verbal y no verbal en la atención al paciente 18. Comunicación de errores médicos 19. Transferencias 20. Comunicación escrita y elaboración de instrucciones escritas 21. Liderazgo y formación de equipos 22. Comunicación basada en la tecnología 23. Responsabilidad profesional relativa a la atención quirúrgica óptima y a la seguridad del paciente 24. Elementos de profesionalidad 25. Auto-regulación profesional 26. Manejo y notificación de errores médicos 27. Trabajo en equipo efectivo implicando a otros profesionales, al paciente y a su familia 28. Comprensión y aplicación de los principios del aprendizaje y la mejora basados en la práctica 29. Procesos de auto-evaluación, reflexión y metacognición 30. Práctica quirúrgica basada en la evidencia 31. Mejora continua de la calidad 32. Teoría de sistemas 33. Seguridad del paciente 34. Análisis y cambio de sistemas 35. Sistemas de información en calidad y seguridad 36. Financiación de la asistencia sanitaria 37. Factores del paciente y educación del paciente 38. Aplicación de la tecnología |

| | |
|--|--|
| Resultados principales | Una matriz curricular que incluye una lista de tópicos referentes a la seguridad del paciente, estrategias de enseñanza y aprendizaje y métodos de evaluación. |
| Limitaciones | El contenido es muy ambicioso y tiene que seleccionarse y adaptarse desde cada programa. Pendiente de aplicación y evaluación sobre el terreno. |
| Comentarios de los revisores | Un esfuerzo muy notable para conseguir un marco de formación común en seguridad del paciente para todos los residentes de cirugía de EEUU. Posiblemente transferible a otros ámbitos y de gran utilidad tanto por los contenidos, la metodología y las formas de evaluación. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 5 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|--|
| Referencia | Sayre, M. M., McNeese-Smith, D., Phillips, L. R., & Leach, L. S. (2012). A strategy to improve nurses speaking up and collaborating for patient safety. <i>The Journal of nursing administration</i> , 42(10): 458–460. |
| Resumen original (NO) | |
| Ámbito / Muestra | Enfermería |
| Tipo de estudio:* | |
| Objetivo | |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | Speak up |
| Resultados principales | |
| Limitaciones | |
| Comentarios de los revisores | Es el mismo estudio que [Sayre, M. M., McNeese-Smith, D., Leach, L. S., & Phillips, L. R. (2012). An educational intervention to increase “speaking-up” behaviors in nurses and improve patient safety. <i>Journal of nursing care quality</i> , 27(2), 154–60], en otra revista y explicado con menos detalles metodológicos. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|------------------------------|--|
| Referencia | Sayre, M. M., McNeese-Smith, D., Leach, L. S., & Phillips, L. R. (2012). An educational intervention to increase “speaking-up” behaviors in nurses and improve patient safety. <i>Journal of nursing care quality</i> , 27(2): 154–160. |
| Resumen original (NO) | “Speaking up” is a critical component in improving patient safety. Studies indicate, though, that most registered nurses prefer using behaviors of avoidance or accommodation in conflict situations. The purpose of this quasi-experimental study was to determine whether an educational intervention using scenarios, personal reflection, and peer support in small groups could improve speaking-up behaviors in registered nurses. Results showed a significant difference in speakingup behaviors and scores in the intervention group ($P < .001$). |
| Ámbito / Muestra | Enfermería. Una muestra de conveniencia consistente en un grupo control de 87 enfermeras, de las que 51 participaron en la recogida de datos post-intervención y un grupo de intervención compuesto por 58 enfermeras, de las que 51 participaron en la recogida de datos post-intervención. Las características de los grupos eran similares, salvo en el hecho de que en el grupo de intervención no había hombres y había un mayor porcentaje de enfermeras certificadas nacionales. |
| Tipo de estudio:* | Diseño pre-post con grupo cuasi-control |
| Objetivo | Evaluar una intervención diseñada para desarrollar conductas de “speak-up” entre las enfermeras y así influir de manera positiva en sus opciones de comportamiento ante situaciones en que la seguridad del paciente se encuentra amenazada. La intervención consistió en visionar un video en el que los directores médico y de enfermería expresaban sus expectativas de que las enfermeras desarrollarían este tipo de conductas; seguido de una discusión en grupo sobre las barreras de la organización para facilitar este tipo de conductas y de otra discusión sobre las barreras individuales ante 5 ejemplos de situaciones reales. La reflexión sobre las propias barreras iba seguida de la elaboración de un plan personal de acción para los próximos 1-2 meses. Además cada enfermera se integraba en un mini-grupo de apoyo mutuo para llevar a cabo dicho plan. |

| | |
|--|---|
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | <ul style="list-style-type: none"> – “Speak up”: comunicar en voz alta una información que se conoce a otra persona que tiene poder o autoridad para que actúe en consecuencia. A los efectos del estudio, se refiere específicamente a que las enfermeras utilicen su propia voz para dar a conocer a alguien que se encuentra en una posición de autoridad (gestor, médico, administrador del hospital) una información específica que podría suponer unas consecuencias distintas en cuanto a la seguridad del paciente. – Evaluación: cuestionario de percepción sobre la propia conducta de “speak-up”; lista de conductas personales probables manifestadas por las propias enfermeras ante ejemplos de situaciones reales. |
| Resultados principales | El grupo de intervención mostró una diferencia significativa en los resultados pre y post-intervención tanto en el cuestionario de percepción como en la lista de conductas enfermeras. El grupo de control no mostró diferencias. Alentar y apoyar la comunicación abierta de enfermería de los problemas detectados puede mejorar la seguridad del paciente en sus organizaciones. |
| Limitaciones | Muestra pequeña. Grupos no del todo equivalentes. La evaluación de resultados se realiza sobre la auto-percepción de las conductas, no sobre las propias conductas. Uno de los instrumentos utilizados (lista de conductas) no está validado, sino que se genera en el curso del propio estudio. |
| Comentarios de los revisores | La competencia a la que va dirigida la intervención es muy importante para la seguridad del paciente, pero los resultados de la intervención son muy preliminares y además no sabemos si se mantienen en el tiempo, ya que el periodo de estudio es breve (1-2 meses). Se demuestra que una intervención educativa focalizada en mejorar los comportamientos en comunicación puede incrementar la percepción de las enfermeras en su propia habilidad en mejorar la seguridad del paciente, y en las opciones de reacción disponibles en situaciones en que ellas crean que la seguridad del paciente está en peligro. Se identifican obstáculos personales y organizacionales que pueden contribuir. Es importante crear políticas hospitalarias para apoyar a las enfermeras en dicha comunicación |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 3 |

| | |
|---|---|
| Referencia | Schleyer, A. M., Best, J. a, McIntyre, L. K., Ehrmantraut, R., Calver, P., & Goss, J. R. (2012). Improving Resident Engagement in Quality Improvement and Patient Safety Initiatives at the Bedside: The Advocate for Clinical Education (ACE). <i>Am J Med Qual.</i> 2013 May-Jun;28(3):243-9. |
| Resumen original (NO) | Quality improvement (QI) and patient safety (PS) are essential competencies in residency training; however, the most effective means to engage physicians remains unclear. The authors surveyed all medicine and surgery physicians at their institution to describe QI/PS practices and concurrently implemented the Advocate for Clinical Education (ACE) program to determine if a physician-centered program in the context of educational structures and at the point of care improved performance. The ACE rounded with medicine and surgery teams and provided individual and team-level education and feedback targeting 4 domains: professionalism, infection control, interpreter use, and pain assessment. In a pilot, the ACE observed 2862 physician-patient interactions and 178 physicians. Self-reported compliance often was greater than the behaviors observed. Following ACE implementation, observed professionalism behaviors trended toward improvement; infection control also improved. Physicians were highly satisfied with the program. The ACE initiative is one coaching/feedback model for engaging residents in QI/PS that may warrant further study. |
| Ámbito / Muestra | Médicos (especialistas y residentes) de los servicios de medicina y cirugía de un hospital universitario, urbano, terciario, de 413 camas (Harborview Medical Center, Universidad de Washington). |
| Tipo de estudio:* | Piloto pre-post con grupo cuasicontrol (solo para medicina, no para cirugía) |
| Objetivo | Diseñar e implementar una iniciativa de mejora de la calidad consistente en un programa de “coaching” y feedback individual y en grupo centrado en el médico -the Advocate for Clinical Education (ACE)— para determinar si una iniciativa de este tipo a pie de cama, insertada en el contexto de las estructuras educativas existentes era capaz de mejorar el desempeño observado en una serie de conductas clínicas de calidad y seguridad predeterminadas. |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | Se escogieron 4 dominios que se alineaban con las prioridades institucionales en materia de calidad y seguridad y que eran fácilmente medibles: <ul style="list-style-type: none"> – Profesionalidad: presentación y tarjetas identificativas – Control de la infección: higiene de manos y precauciones de contacto – Utilización adecuada de intérpretes (solo para área médica) – Evaluación del dolor al atender las heridas durante las rondas (solo para cirugía) |
| Resultados principales | Se observaron 2862 interacciones médico-paciente y los comportamientos de 178 médicos Se observó cierta mejora de las conductas de profesionalidad y algo en control de infecciones, pero no significativa. En general los médicos manifestaron su satisfacción con el programa, aunque esto no necesariamente implicaba que considerasen que había mejorado su práctica clínica. |

| | |
|--|--|
| Limitaciones | Diseño bastante limitado. La intervención totalmente dependiente de la enfermera que hacía de “coacher”, una persona de la institución respetada y aceptada por los equipos. Limitada habilidad de interpretar tendencias y evaluar la iniciativa. Variación en la rotación de médicos. Como sólo se observa comportamientos a pie de cama se puede sobre o infraestimar la realidad. Poco número de observaciones. Falta de comparación con el grupo cohorte en los servicios quirúrgicos. Se implantan de manera simultánea otras iniciativas en calidad y seguridad. Poco generalizable. Heterogeneidad de los participantes |
| Comentarios de los revisores | El nivel del estudio es anecdótico. Tiene el interés del tipo de intervención educativa que se intenta implementar: una persona que observa y da feedback a pie de cama. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 2 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|---|---|
| Referencia | Schwengel, D. a, Winters, B. D., Berkow, L. C., Mark, L., Heitmiller, E. S., & Berenholtz, S. M. (2011). A novel approach to implementation of quality and safety programmes in anaesthesiology. <i>Best practice & research. Clinical anaesthesiology</i> , 25(4): 557–567 |
| Resumen original (NO) | Far too many patients suffer preventable harm from medical errors that add to needless suffering and cost of care. Underdeveloped residency training programmes in patient safety are a major contributor to preventable harm. Consequently, the Institute of Medicine has called for health professionals to reform their educational programmes to advance health-care safety and quality. Additionally, the Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) now requires education in ‘systems-based practice’ and ‘practice-based learning and improvement’ as core competencies of residency training programmes. The specific aim of this article is to describe the implementation of a novel programme designed to enhance residency education, meet ACGME core competencies and improve quality and safety education in one residency programme at an academic medical institution. |
| Ámbito / Muestra | Residentes del programa de Anestesiología y cuidados críticos de la Universidad Johns Hopkins |
| Tipo de estudio:* | Otros: descripción de un programa formativo |
| Objetivo | Implementar un nuevo programa educativo diseñado para ampliar la formación durante la residencia, incluir las competencias nucleares exigidas por el <i>Accreditation Council for Graduate Medical Education</i> sobre práctica basada en el sistema y mejora y aprendizaje basados en la práctica y mejorar la formación en calidad y seguridad en un programa para residentes de una institución médica académica. Se incluyen módulos de dos días mensuales, en pequeños grupos de residentes, donde se practica mediante simulación sesiones de preparación de temas o realización de proyectos. A los R1 se enseñan fundamentos en seguridad con abordaje sistémico de los errores y cómo evaluar de manera crítica la literatura integrando la medicina basada en la evidencia. De R2 y R3 aprenden a realizar análisis causal e identificar de manera estructurada fallos del sistema para reducir el riesgo |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | <ul style="list-style-type: none"> • Práctica basada en el sistema: requiere que los residentes muestren una toma de conciencia y receptividad hacia el contexto amplio y al sistema de provisión de cuidados y la capacidad de contar con los recursos del sistema para proveer unos cuidados que sean coste efectivos y libres de errores. • Aprendizaje y mejora basados en la práctica: requiere que el residente investigue y evalúe los cuidados que proporciona a los pacientes, que valore y asimile la evidencia científica y mejore de manera continua la atención a los pacientes basándose en una autoevaluación y aprendizaje continuos. Contenidos: <ul style="list-style-type: none"> – Ciencia de la seguridad – Aprender de los errores – Principios de la medicina basada en la evidencia – Transferencia del conocimiento a la práctica – Barreras del sistema/ingeniería de factores humanos – Sistemas de notificación de errores – Estadística – Búsquedas bibliográficas – Gestión de un proyecto de mejora |
| Resultados principales | Todavía no es posible evaluar la efectividad. Algunos grupos de residentes han llevado a cabo proyectos de mejora. Falta la evaluación formal del programa iniciado y el seguimiento a largo plazo del proyecto. El programa ha permitido integrar los conocimientos descritos en su trabajo diario. Los residentes han presentado 12 proyectos en forma de comunicaciones a congresos locales, regionales e internacionales de anestesiología. Los residentes han mejorado sus conocimientos en estadística y en los exámenes durante la formación con respecto la media nacional. |

| | |
|--|---|
| Limitaciones | Es un programa que está en sus inicios. Reticencia de algunos residentes en participar en el proyecto. Falta de tiempo para poder asistir a las prácticas. No se dispone de medida de evaluación del programa y se necesitan años para poder hacer seguimiento de los formados mediante este proyecto. |
| Comentarios de los revisores | Un ejemplo interesante de cómo tratar de introducir el aprendizaje de las habilidades relacionadas con la calidad y seguridad en un programa de formación de especialistas en Anestesiología, aunque el enfoque puede aplicarse igualmente a otras especialidades. Incluye información concreta de metodología educativa, así como sobre las barreras y los incentivos utilizados o a utilizar en el futuro |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 4 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|--|
| Referencia | Sculli, G. L., Fore, A. M., Neily, J., Mills, P. D., & Sine, D. M. (2011). The case for training Veterans Administration frontline nurses in crew resource management. <i>The Journal of nursing administration</i> , 41(12): 524–530. |
| Resumen original (NO) | Using cultural analysis, the authors present a rationale for a nursing-focused crew resource management (CRM) program in the Veterans Health Administration. Although the value of CRM in aviation is well documented and CRM has been successfully applied in healthcare settings to improve communication and teamwork, there is little evidence outlining the implementation of CRM on nursing units with nursing as the primary focus. This article describes the preproject data supporting a nursing-focused CRM program called nursing CRM. This is the first in a series of 2 articles highlighting this program. |
| Ámbito / Muestra | Profesionales de enfermería |
| Tipo de estudio:* | Otros: Descripción de un programa formativo |
| Objetivo | Justificar la oportunidad de desarrollar un programa de "Crew resource management" para el personal de enfermería en la Veterans Health Administration a partir de los resultados obtenidos en un estudio de cultura de seguridad realizado en la organización |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | El programa de formación en Nursing CRM incluye 6 módulos: 1. CRM, cultura de seguridad 2. Liderazgo, construir el equipo, "followership", defensa asertiva 3. Percepción situacional, combatir la fatiga 4. Briefings y debriefings, listas de verificación 5. Reducir las distracciones 6. Simulación de alta fidelidad |
| Resultados principales | No se describen. El programa se está evaluando con diferentes métodos Las enfermeras puntúan peor comparado con el resto de los empleados de VHA en: percepción global de la seguridad del paciente, respuesta no punitiva al error, fuentes de formación y entrenamiento, trabajo en equipo, conciencia de la gestión y grado global de seguridad del paciente. Puntúan mejor en: comunicación y franqueza, aprendizaje organizacional, satisfacción en el trabajo, y frecuencia de comunicación de errores. Puntúan menos que los médicos en casi todas las dimensiones de la cultura de la seguridad y mejor en satisfacción en el trabajo. |
| Limitaciones | Estudio preliminar. El impacto de la aplicación del programa se analizará en un estudio futuro. |
| Comentarios de los revisores | Es un área muy específica, pero de gran interés, fundamentalmente para la adquisición de conductas y habilidades concretas Se describen recursos para mejorar el trabajo en equipo, la comunicación (como las 3 Ws, qué he visto, porqué me preocupa y qué quiero; y herramientas para comunicación asertiva en 4 pasos) y los factores humanos y de carga de trabajo (listados de comprobación, metodologías para evitar las distracciones durante tareas críticas de enfermería...) El estudio entre enfermería de la VHA demuestra que existen áreas de mejora en el trabajo en equipo, comunicación y conciencia de la situación. El CRM es una herramienta que puede mejorar la seguridad del paciente. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 3 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|--|
| Referencia | Shekhter, I., Nevo, I., Fitzpatrick, M., Everett-Thomas, R., Sanko, J. S., & Birnbach, D. J. (2009). Creating a common patient safety denominator: the interns' course. <i>Journal of graduate medical education</i> , 1(2): 269–72. |
| Resumen original (NO) | <p>AIM: After finishing medical school, interns are in many ways unprepared for handling patient care challenges independently. Recognizing that interns may benefit from a patient safety orientation, we developed an innovative curriculum to impart competencies related to their role in preventing medical errors. In the course, which runs during the first week of the intern year, we specifically address 1) calling for help; 2) teamwork and communication; 3) hand hygiene compliance; and, 4) preventing medication and other system errors.</p> <p>METHODS: The course consists of a lecture, interactive workshop, and a Web-based didactic component. Small-group simulation sessions allow instructors to assess interns' baseline competence in hand hygiene and patient hand-offs. In an individual exercise, interns performed a directed physical exam on a standardized patient and their hand hygiene adherence was recorded. In a group exercise, team performance was evaluated in accepting a hand-off from another provider and managing a deteriorating patient.</p> <p>RESULTS: Of the 131 interns, 35% (41) did not wash their hands before and 95% (121) did not wash their hands after patient examination. In the team exercise, scores for 23 teams ranged from 8 to 18 out of 30. None of the participants asked for additional information prior to accepting responsibility for the patient, despite a clearly inadequate hand-off. Post-course surveys indicate that interns consider the course worthwhile: 95% (121) found it beneficial, acquired new teamwork skills, had more appreciation for patient safety, and felt better prepared for clinical duties.</p> <p>DISCUSSION: We observed serious gaps in hand-hygiene compliance and in communication during hand-offs, both significant impediments to quality patient care. Nevertheless, positive responses to the course from both the interns and the institution reflect an important step in fostering a culture of patient safety.</p> |
| Ámbito / Muestra | Médicos residentes de primer año en un hospital universitario de Miami |
| Tipo de estudio:* | Diseño con observaciones solo post sin grupo control |
| Objetivo | Desarrollar en los residentes recién incorporados aquellas competencias relativas a su papel en la prevención de errores mediante un programa de formación introductorio sobre seguridad del paciente |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | <p>Pedir ayuda: es preferible equivocarse por exceso de precaución a la hora de decidir cuándo llamar a un residente más experimentado o a un adjunto.</p> <p>Trabajo en equipo y comunicación: focalizándose en las transferencias de pacientes durante las transiciones asistenciales y en la comunicación entre médicos y enfermeras u otros profesionales.</p> <p>Adherencia a la higiene de manos: creando escenarios clínicos que evalúan el cumplimiento de los residentes.</p> <p>Prevención de errores de medicación y otros errores de sistema: se utiliza un escenario de error de medicación como ejemplo de fallo del sistema que puede ser evitado por un médico residente mediante una comunicación adecuada.</p> |
| Resultados principales | El 95% de 149 residentes a los que se les pasó una encuesta tras el curso consideraron que les había resultado beneficioso, que habían adquirido nuevas capacidades de trabajo en equipo, reconocían mayor importancia a la seguridad del paciente y se sentían mejor preparados para asumir sus responsabilidades clínicas. |
| Limitaciones | El diseño es pobre y no evalúa la efectividad de la formación en la práctica clínica |
| Comentarios de los revisores | El programa no está dirigido a introducir la seguridad del paciente a lo largo del periodo de residencia, sino simplemente a que los residentes tomen conciencia del tema. No se evalúa su efectividad |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 3 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|---|
| Referencia | American Association of Colleges of Nursing (2006). Hallmarks of quality and patient safety : recommended baccalaureate competencies and curricular guidelines to ensure high- quality and safe patient care. Journal of Professional Nursing, 22(6): 329-330 |
| Resumen original (NO) | |
| Ámbito / Muestra | Estudiantes de enfermería |
| Tipo de estudio:* | Revisión narrativa |
| Objetivo | Presentar sucintamente las competencias en calidad y seguridad del paciente que deben incluirse en los currículos de las escuelas de enfermería según las conclusiones de un grupo de trabajo de la American Association of Colleges of Nursing |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | <p>1. Pensamiento crítico:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Reconocer que la calidad y la seguridad del paciente son asuntos complejos que implican a todos los proveedores de asistencia sanitaria y a los sistemas – Como base para la práctica, aplicar el conocimiento de enfermería basado en la investigación y en la evidencia – Utilizar datos para investigar los temas de calidad y seguridad y para desarrollar planes de acción para la mejora <p>2. Sistemas y Política Sanitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Proporcionar una atención de enfermería que contribuya a resultados en el paciente seguros y de alta calidad <p>3. Comunicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Establecer y mantener relaciones de trabajo efectivas y una comunicación abierta y de cooperación dentro del equipo interdisciplinar – Utilizar enfoques estandarizados para la comunicación durante las transferencias, que incluyan un espacio para preguntas y respuestas <p>4. Manejo de la enfermedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Utilizar métodos de desempeño individual y de sistema para evaluar y mejorar los resultados sanitarios de individuos y comunidades <p>5. Ética:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Actuar para prevenir o limitar las prácticas de cuidados inseguras o faltas de ética de otros profesionales – Defender una atención sanitaria sensible a las necesidades de los pacientes, con especial énfasis en las necesidades de las poblaciones vulnerables – Como integrante del equipo interdisciplinar, negociar y defender una atención al paciente segura y de alta calidad <p>6. Información y tecnologías sanitarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Evaluar varias tecnologías de información y comunicación y utilizar aquellas que sean más apropiadas para aumentar los cuidados y mejorar los resultados en el paciente |
| Resultados principales | No aplica |
| Limitaciones | No aplica |
| Comentarios de los revisores | Es una simple enumeración informativa de las conclusiones de un grupo de trabajo, sin mayor ahondamiento en la cuestión, pero el contenido está directamente relacionado con nuestro tema. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 4 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|--|
| Referencia | Singh, R., Naughton, B., Taylor, J. S., Koenigsberg, M. R., Anderson, D. R., McCausland, L. L., Wahler, R. G., et al. (2005). A comprehensive collaborative patient safety residency curriculum to address the ACGME core competencies. <i>Medical education</i> , 39(12): 1195–1204. |
| Resumen original (NO) | <p>CONTEXT: Patient safety currently receives only scant attention in most residency curricula. Safety is a subject that transcends the US Accreditation Council for Graduate Medical Education's 6 core competencies.</p> <p>OBJECTIVE: To design and implement a new patient safety curriculum in collaboration with the Schools of Nursing and Pharmacy, in such a way as to address all 6 competencies.</p> <p>SETTING AND PARTICIPANTS: The curriculum applies to a university-based family medicine residency programme with 45 residents at 5 sites, including urban, suburban and rural sites. CURRICULUM DESIGN: The curriculum includes introductory workshops for faculty and residents, a series of didactic courses, individual portfolios and a series of small group exercises including chart reviews, case presentations and a longitudinal quality improvement project. The activities are run by a multidisciplinary team.</p> <p>OUTCOME MEASURES: Main outcome measures include assessment of resident performance in curriculum activities and in an annual objective structured clinical examination (OSCE) that includes standardised patient interviews, simulations and a written examination. Programme evaluation will include comparison of OSCE performance with that at a neighbouring residency.</p> <p>RESULTS: Residents identified safety problems and system-based solutions using a safety journal. Cases of polypharmacy were identified using journals and chart reviews, and medication changes proposed and discussed. At resident practice sites, residents identified safety priorities based on a staff survey and proposed system-based solutions. Results of the OSCE will be presented elsewhere.</p> <p>CONCLUSIONS: A new patient safety curriculum was successfully introduced into a family medicine residency. The curriculum integrates patient safety into residents' daily activities and incorporates input from the disciplines of nursing and pharmacy so as to help build more effective clinical teams and inculcate a culture of safety.</p> |
| Ámbito / Muestra | 46 residentes de un programa de medicina de familia |
| Tipo de estudio:* | Diseño interdisciplinar de un curriculum formativo con un enfoque multifacético. |
| Objetivo | Diseñar e implementar un curriculum formativo en seguridad del paciente para residentes de medicina de familia, en colaboración con las facultades de enfermería y farmacia, que incluya las 6 competencias nucleares establecidas por el US Accreditation Council for Graduate Medical Education. |
| Dominios / competencias identificadas / evaluadas | <ol style="list-style-type: none"> Atención al paciente. Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> Reconocer y entender los comportamientos de equipo que fortalecen/debilitan la SP. Incorporar en la práctica conductas de equipo efectivas. Conocimientos médicos. Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> Reconocer y analizar la prescripción inapropiada en pacientes ancianos. Practicar la prescripción adecuada en pacientes ancianos Aprendizaje basado en la práctica. Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> Identificar errores en la práctica, analizarlos y aprender de ellos Desarrollar estrategias basadas en el sistema para prevenir la repetición de errores. Habilidades de comunicación. Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> Reconocer y entender las formas de comunicación que fortalecen/debilitan la SP Incorporar a la práctica formas efectivas de comunicación. Profesionalidad y ética. Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> Entender las implicaciones éticas y legales en torno a la comunicación de errores. Proporcionar una información adecuada a los pacientes cuando se produce un error. Práctica basada en el sistema. Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> Identificar y priorizar las vulnerabilidades que existen en los sistemas en los que trabajan Desarrollar e implementar abordajes basados en el sistema dirigidos a solucionar las vulnerabilidades identificadas. |
| Resultados principales | Puesta en marcha del curriculum y evaluación de sus resultados mediante un examen clínico objetivo y estructurado (se presenta en otro artículo) |
| Limitaciones | El programa tiene muy poco rodaje y es de alcance limitado (un único grupo de residentes) No se puede medir de manera conveniente el objetivo del programa que es que los residentes internalicen las prácticas en seguridad. Faltan los resultados de evaluación de la efectividad del programa mediante el OSCE y la comparación con los residentes del grupo control que no reciben el programa de entrenamiento. |

| | |
|--|--|
| Comentarios de los revisores | Una experiencia muy interesante de cómo diseñar y poner en marcha un currículum específico de SP. Particularmente importante el enfoque interdisciplinar. Se introduce de manera satisfactoria un nuevo plan de estudios basado en la seguridad del paciente en la residencia de familia, integrándolo en actividades diarias de los residentes y fomentado la colaboración con otras disciplinas como farmacia y enfermería para ayudar a construir equipos clínicos más efectivos e inculcar la cultura de la seguridad. Es necesario explorar estrategias para evitar barreras institucionales al entrenamiento en equipo. El artículo esboza el plan de estudio y las razones para su diseño, discute experiencias en su implementación, seguimiento de residentes y programa de evaluación. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 4 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|---|--|
| Referencia | Singh, R., Singh, A., Fish, R., McLean, D., Anderson, D. R., & Singh, G. (2009). A patient safety objective structured clinical examination. <i>Journal of patient safety</i> , 5(2): 55–60. |
| Resumen original (NO) | OBJECTIVES: There are international calls for improving education for health care workers around certain core competencies, of which patient safety and quality are integral and transcendent parts. Although relevant teaching programs have been developed, little is known about how best to assess their effectiveness. The objective of this work was to develop and implement an objective structured clinical examination (OSCE) to evaluate the impact of a patient safety curriculum. METHODS: The curriculum was implemented in a family medicine residency program with 47 trainees. Two years after commencing the curriculum, a patient safety OSCE was developed and administered at this program and, for comparison purposes, to incoming residents at the same program and to residents at a neighboring residency program. RESULTS: All 47 residents exposed to the training, all 16 incoming residents, and 10 of 12 residents at the neighboring program participated in the OSCE. In a standardized patient case, error detection and error disclosure skills were better among trained residents. In a chart-based case, trained residents showed better performance in identifying deficiencies in care and described more appropriate means of addressing them. Third year residents exposed to a “Systems Approach” course performed better at system analysis and identifying system-based solutions after the course than before. CONCLUSIONS: Results suggest increased systems thinking and inculcation of a culture of safety among residents exposed to a patient safety curriculum. The main weaknesses of the study are its small size and suboptimal design. Much further investigation is needed into the effectiveness of patient safety curricula. |
| Ámbito / Muestra | 47 residentes de un programa de Medicina de familia. Se compararon los resultados de la prueba con 10 residentes de otro programa de medicina de familia y con 16 residentes recién incorporados al programa. |
| Tipo de estudio:* | Diseño con observaciones solo post con grupo cuasi-control |
| Objetivo | Valorar la implementación de un examen clínico objetivo y estructurado de seguridad del paciente para evaluar la efectividad de un programa de formación en seguridad del paciente con residentes de medicina de familia |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | El programa de formación pretende incluir 6 competencias: – Atención al paciente – Conocimientos médicos – Aprendizaje basado en la práctica – Habilidades de comunicación – Profesionalidad y ética – Práctica basada en el sistema El programa incluye 3 componentes fundamentales: – Habilidades de conducta para la SP: aborda el trabajo en equipo, la comunicación de errores e implica a los residentes en un proceso de mejora de la calidad y la seguridad junto con los profesionales de sus lugares de destino – Uso seguro del medicamento: aborda los principios de la prescripción segura; incluye informes de caso de polimedición y revisión de historias – Enfoque de sistema para la SP: incluye informes de casos de errores, discusión de herramientas de análisis prospectivo y retrospectivo e implicación en un proceso de mejora de la calidad y la seguridad en sus lugares de práctica ambulatoria |
| Resultados principales | En un caso estandarizado sobre un paciente, las habilidades de detección de errores y de comunicación de errores fueron mejores en los residentes del programa. En un caso basado en la historia clínica, los residentes formados en el programa obtuvieron mejores resultados identificando las deficiencias en la atención y describieron de manera más adecuada los medios más adecuados de abordarlas. Los residentes de tercer año que habían realizado un curso sobre enfoque de sistemas tuvieron mejores resultados en las pruebas de análisis de sistema e identificación de soluciones basadas en el sistema tras el curso. |

| | |
|--|---|
| Limitaciones | Grupo muy pequeño y diseño poco robusto |
| Comentarios de los revisores | El artículo no presenta en profundidad el contenido del programa de formación, ya que su objetivo es presentar los resultados de la utilización del examen como una prueba válida para evaluarlo. Mejora el abordaje sistémico de los errores e inculca la cultura de la seguridad del paciente de los residentes de familia. No queda claro cuáles son las habilidades más importantes ni como se correlaciona dicho entrenamiento con el rendimiento clínico. Se requieren estudios longitudinales más amplios con controles robustos para poder establecer la validez del OSCE y evaluar de manera efectiva los planes de estudio en seguridad de pacientes. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 3 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|---|
| Referencia | Smith, D.S. (2005). Patient Safety. TCM (May/June): 74-79 |
| Resumen original (NO) | Patient safety is a cause for concern among health care providers, payers, employers, policy makers, and the general public. But it is difficult for most case managers to get their arms around what they can do about patient safety in hospitals. This article discusses the patient safety movement in this country and defines the vital role case managers can play in making health care safer for patients. It describes the changing case manager challenges and competencies needed to meet these challenges. |
| Ámbito / Muestra | Case managers (¿asesores sanitarios?) |
| Tipo de estudio:* | Artículo divulgativo |
| Objetivo | Explicar a los case managers en qué consiste la seguridad del paciente y la importancia de estar formados en ella para su trabajo con pacientes/clientes |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | No aplica |
| Resultados principales | No aplica |
| Limitaciones | No aplica |
| Comentarios de los revisores | Artículo divulgativo más que científico. Contiene lista de fuentes de internet dirigidas al consumidor acerca de la seguridad de pacientes |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 1 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|---|
| Referencia | Stievano, A., Jurado, M. G., Rocco, G., & Sasso, L. (2009). A new information exchange system for nursing professionals to enhance patient safety across Europe. <i>Journal of nursing scholarship</i> , 41(4): 391–398. |
| Resumen original (NO) | <p>PURPOSE: Ensuring safe healthcare services is one of today's most challenging issues, especially in light of the increasing mobility of health professionals and patients. In the last few years, nursing research has contributed to the creation of a culture of safety that is an integral part of clinical care and a cornerstone of healthcare systems.</p> <p>ORGANIZING CONSTRUCTS: European institutions continue to discuss methods and tools that would best contribute to ensuring safe and high-quality care, as well as ensuring access to healthcare services. According to the European Commission between 8% and 12% of patients admitted to hospitals in the European Union member states suffer from adverse events while receiving care, although some of these events are part of the intrinsic risk linked to receiving care. However, most of these adverse events are caused by such avoidable healthcare errors as, for instance, diagnosis mistakes, inability to act on the results of tests, medication errors, failures of healthcare equipment and hospital infections. Nosocomial infections alone are estimated to affect 4.1 million inpatients, that is, about 1 of every 20 inpatients, causing avoidable suffering and mortality, as well as an enormous loss of financial resources (at least euro5.48 billion a year).</p> <p>CONCLUSIONS: The Internal Market Information (IMI) System, developed by the European Commission, aims at contributing to patient safety by means of a timely and updated exchange of information among nursing regulatory bodies on the good standing and scope of practice of their registrants. Through the IMI System, the European Federation of Nursing Regulators will improve its electronic database on nurses to allow national nursing regulatory bodies to exchange the information needed to recognize the nurses' educational and professional qualifications and competencies. This process both facilitates the mobility of professionals and ensures high-quality nursing practice in an even and consistent way across the European Union.</p> <p>CLINICAL RELEVANCE: On a national basis, nursing regulatory bodies play an important role in ensuring patient safety through high standards of nursing education and competence, whereas on an international basis, patient safety can assured by a better exchange of information</p> |
| Ámbito / Muestra | Organismos reguladores de la profesión enfermera en la UE |
| Tipo de estudio:* | Presentación de un proyecto estratégico |
| Objetivo | Describir el proyecto EURONURSE (orientado a una regulación común de la profesión enfermera en la UE) y como puede beneficiarse de la existencia de un sistema de intercambio de información ya implantado en la EU: el Internal Market Information System (IMI) |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | No aplica |
| Resultados principales | No aplica |
| Limitaciones | No aplica |
| Comentarios de los revisores | No tiene ninguna relación con nuestro tema |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 1 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|---|---|
| Referencia | Thompson, P. a, Navarra, M. B., & Antonson, N. (2005). Patient safety: the four domains of nursing leadership. <i>Nursing economics</i> , 23(6): 331–333. |
| Resumen original (NO) | |
| Ámbito / Muestra | Directivos de enfermería |
| Tipo de estudio:* | Otros: artículo de opinión |
| Objetivo | Presentar aquellas áreas de acción en las que los directivos de enfermería deben centrarse para tener éxito en una estrategia de seguridad del paciente |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | 4 áreas de acción: <ul style="list-style-type: none"> – Competencias de liderazgo – Cultura de seguridad – Liderazgo compartido – Colaboraciones externas |
| Resultados principales | No aplica |
| Limitaciones | No aplica |
| Comentarios de los revisores | No tiene prácticamente relación con el tema y además es un artículo de opinión |

| | |
|--|---|
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 1 |
|--|---|

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|---|
| Referencia | Vaismoradi, M., Salsali, M., & Marck, P. (2011). Patient safety: nursing students' perspectives and the role of nursing education to provide safe care. <i>International nursing review</i> , 58(4): 434–442. |
| Resumen original (NO) | |
| Ámbito / Muestra | 17 estudiantes de enfermería de Irán |
| Tipo de estudio:* | Estudio cualitativo. Entrevistas semi-estructuradas y análisis de contenido |
| Objetivo | Conocer la perspectiva de los estudiantes de enfermería iraníes sobre la seguridad del paciente y el papel de la formación en enfermería en el desarrollo de sus capacidades en este ámbito |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | Se señalan tres temas principales en el discurso: <ul style="list-style-type: none"> – La seguridad entendida como el bienestar físico y psíquico del paciente – La insatisfacción con la manera en que la seguridad del paciente se plantea en la formación – La necesidad de que los enfoques formativos ayuden a internalizar los principios y los valores de la seguridad del paciente |
| Resultados principales | Coincide con el apartado anterior |
| Limitaciones | Un único grupo de estudiantes en un contexto cultural concreto |
| Comentarios de los revisores | Solo toca el tema muy tangencialmente |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 1 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|---|---|
| Referencia | Wagner, D. P., Hoppe, R. B., & Lee, C. P. (2009). The patient safety OSCE for PGY 1 residents: a centralized response to the challenge of culture change. <i>Teaching and learning in medicine</i> , 21(1): 8–14. |
| Resumen original (NO) | |
| Ámbito / Muestra | 227 médicos residentes de primer año de diferentes programas ligados a la Universidad estatal de Michigan: 11 programas de medicina alopática, 39 de osteopática y 4 mixtos |
| Tipo de estudio:* | Estudio cualitativo. Compilación de aportaciones de expertos de diferentes áreas y grupo nominal para la selección final |
| Objetivo | Diseñar un examen clínico objetivo y estructurado compuesto por 12 pruebas para evaluar las competencias relacionadas con la seguridad del paciente de los médicos residentes de primer año recién incorporados, con el objetivo de proporcionar feed-back a los residentes y a los directores de sus programas. |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | <ul style="list-style-type: none"> • Principios de seguridad del paciente que se tienen en cuenta en el diseño: <ul style="list-style-type: none"> – Precisión en la recogida de información – Precisión en la comunicación escrita – Comunicación centrada en el paciente – Atención al paciente efectiva y a tiempo – Funcionamiento en equipo/comunicación inter-profesional – Prevención de la infección • Dominios agregados que se analizan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Habilidades de comunicación: <ul style="list-style-type: none"> – Recogida de información – Competencia cultural – Malas noticias – Proporcionar información 2. Habilidades relacionadas con la atención al paciente: <ul style="list-style-type: none"> – -Valores críticos (laboratorio, ECG, Rayos X) – -Examen clínico y registro en historia (simulación de un examen pélvico) – -Elaboración de una orden de ingreso – -Valoración de un paciente con malestar respiratorio (simulación) – -Realización de un procedimiento de manera aséptica – -Evaluación de los hallazgos en 3 exámenes físicos (simulación) |

| | |
|--|---|
| Resultados principales | Se detectaron deficiencias de desempeño significativas y bastante variabilidad en los resultados generales. En general el rendimiento fue mejor en la habilidades de comunicación que en las de atención al paciente. Tanto residentes como directores de programas valoraron positivamente la experiencia. |
| Limitaciones | El instrumento no está validado. |
| Comentarios de los revisores | Un ejemplo interesante de cómo evaluar de manera objetiva las competencias en seguridad del paciente |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 2 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|---|
| Referencia | Walton, M. M., Shaw, T., Barnet, S., & Ross, J. (2006). Developing a national patient safety education framework for Australia. <i>Quality & safety in health care</i> , 15(6): 437–442. |
| Resumen original (NO) | |
| Ámbito / Muestra | Sistema sanitario de Australia |
| Tipo de estudio:* | Revisión narrativa |
| Objetivo | Describir los pasos para desarrollar el marco para la formación a nivel nacional en seguridad del paciente que sirva para cualquier persona que trabaje en el sistema sanitario de Australia. El modelo formativo se caracteriza por estar centrado en el paciente y por describir los conocimientos, habilidades y actitudes que se requiere de los trabajadores sanitarios independientemente de su profesión, categoría o entorno de trabajo. |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicación efectiva: <ul style="list-style-type: none"> – Implicar a pacientes y cuidadores como colaboradores en la atención sanitaria- comunicación del riesgo – Comunicación honesta con los pacientes después de un evento adverso (open disclosure) – Obtención del consentimiento- siendo respetuoso con las diferencias culturales y capaz de entenderlas 2. Identificar, prevenir y manejar los eventos adversos y los cuasi-errores <ul style="list-style-type: none"> – Reconocer, notificar y gestionar los eventos adversos y los cuasi-errores – Gestión del riesgo – Comprensión de los errores sanitarios – Gestión de reclamaciones 3. Utilizar la evidencia y la información <ul style="list-style-type: none"> – Utilizar la mejor evidencia disponible para la práctica – Utilizar las tecnologías de la información para aumentar la seguridad 4. Trabajar con seguridad <ul style="list-style-type: none"> – Trabajar en equipo y mostrar liderazgo – Entender los factores humanos – Entender las organizaciones complejas – Proporcionar continuidad de cuidados – Manejar el cansancio y el estrés 5. Ser ético <ul style="list-style-type: none"> – Mantener la aptitud para el trabajo o la práctica – Conducta ética y práctica 6. Aprendizaje continuo <ul style="list-style-type: none"> – Aprender en el trabajo – Enseñar en el trabajo 7. Temas específicos <ul style="list-style-type: none"> – Prevenir tratamientos en el lugar erróneo, con procedimiento erróneo y con paciente erróneo – Uso seguro del medicamento |
| Resultados principales | El framework |
| Limitaciones | Todavía no ha transcurrido tiempo suficiente para evaluar su efectividad |
| Comentarios de los revisores | El proceso de elaboración de este marco educativo está basado en una revisión de la evidencia y en un amplio proceso consultivo con expertos, trabajadores sanitarios de diferentes entornos y consumidores. Eso le proporciona una gran robustez y fiabilidad. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 5 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|------------------------------|---|
| Referencia | West, P., Sculli, G., Fore, A., Okam, N., Dunlap, C., Neily, J., & Mills, P. (2012). Improving patient safety and optimizing nursing teamwork using crew resource management techniques. <i>The Journal of nursing administration</i> , 42(1): 15–20. |
| Resumen original (NO) | |
| Ámbito / Muestra | Personal de enfermería de un servicio médico-quirúrgico de un hospital de Texas |
| Tipo de estudio:* | Pre-post con un solo grupo |

| | |
|--|--|
| Objetivo | La intervención pretendía posibilitar a las auxiliares de enfermería recoger y documentar información importante de los pacientes (constantes vitales, glucosa en sangre...) sin las distracciones habituales que pueden retrasar este proceso, mediante la formación al personal de enfermería en técnicas de "Crew resource management" y específicamente introduciendo la "sterile cockpit rule", que prohíbe implicarse o permitir actividades distractoras durante momentos críticos de la actividad. Las enfermeras se implicaban activamente en impedir que se distrajera a las auxiliares de su actividad. |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | <ul style="list-style-type: none"> • CRM en general: <ul style="list-style-type: none"> – Trabajo en equipo y comunicación – Resolución de conflictos y asertividad – Estrategias de apoyo a la conciencia situacional y a la toma de decisiones clínicas como <i>briefings</i>, <i>checklists</i> y manejo de las distracciones • Sterile cockpit rule: manejo activo de las distracciones |
| Resultados principales | Mejora de la eficiencia en las tareas de enfermería; aumento significativo de la moral del personal; mejoras en la percepción de la comunicación y del trabajo en equipo |
| Limitaciones | Resultados correlacionales. Falta de grupo control. Un único servicio de un hospital. La figura del auxiliar de enfermería se introdujo en el servicio justo antes de comenzar la intervención, por lo que las mejoras pueden deberse en parte a la introducción de este nuevo personal. |
| Comentarios de los revisores | La intervención es muy limitada en cuanto a muestra y también en cuanto a contenido, ya que realmente lo que se evalúa es más un aspecto específico (la sterile cockpit rule tal como se organiza en el servicio) que cada una de las competencias de la formación |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 2 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

| | |
|--|---|
| Referencia | Weber, M., Delaney, K. R., McCoy, K. T., Snow, D., Scharf, M. R., & Brackley, M. H. (2012). Quality and safety graduate competencies in psychiatric mental health nurse practitioner education. <i>Archives of psychiatric nursing</i> , 26(5): 350–357. |
| Resumen original (NO) | |
| Ámbito / Muestra | Enfermería de salud mental |
| Tipo de estudio:* | Revisión narrativa |
| Objetivo | Discutir las categorías generales de competencias educativas en calidad y seguridad para el grado de enfermería y cómo se relacionan con la educación y el desarrollo de competencias de las enfermeras de salud mental y su aplicación al desarrollo curricular de los programas de enfermería de salud mental en Estados Unidos. |
| Dominios / competencias identificadas /evaluadas | <ul style="list-style-type: none"> – Cuidados centrados en el paciente: respeto a las preferencias, valores y necesidades del paciente. En SM se enfatiza el respeto al individuo, la aceptación incondicional y el apoyo para que la persona viva su propia vida. – Trabajo en equipo y colaboración: fomentar la colaboración entre los diferentes actores y promover una comunicación efectiva entre las distintas disciplinas. – Práctica basada en la evidencia: formular la pregunta clínica; recoger la evidencia mejor y más relevante; evaluarla críticamente; integrar la evidencia, la experiencia personal, la preferencia del paciente y los valores para llevar a cabo la práctica clínica o el cambio; evaluar la decisión o cambio en la práctica. Énfasis en reconocer las limitaciones del conocimiento existente y en valorar la necesidad de generar nuevo conocimiento y en que la atención esté focalizada hacia la mejora continua. – Mejora de la calidad: evaluación de los procesos de cuidado; establecer una cultura de excelencia; utilizar las mejores prácticas para mantener la mejora continua de la calidad de la práctica clínica. – Seguridad: minimización del riesgo de daño a pacientes y proveedores a través tanto de la efectividad del sistema como del desempeño individual. Crear una cultura de seguridad que incluya la prevención del daño a pacientes y profesionales, así como la prevención del conflicto, del daño y de la pérdida de dignidad de los pacientes. – Informática: uso de la información y de la tecnología para la comunicación, la gestión del conocimiento, mitigar los errores y ayudar a la toma de decisiones. |
| Resultados principales | No aplica |
| Limitaciones | No aplica |
| Comentarios de los revisores | Aunque aplicado al ámbito de la salud mental, las competencias que se revisan son totalmente aplicables a la enfermería en general. Las competencias que se presentan se basan en el consenso de expertos. |
| Interés /relevancia Según los revisores (de 1 a 5): | 4 |

Tipo de estudio*: metanálisis; revisión sistemática; revisión narrativa; estudio de cohortes; caso-control; serie de casos, estudio cualitativo, otros

ANEXO II. REVISIÓN SOBRE PROYECTOS INTERNACIONALES SOBRE COMPETENCIAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE. MARCO INTERNACIONAL

OBJETIVO:

Identificar y analizar iniciativas internacionales en las que se haga referencia a las competencias en Seguridad del Paciente.

METODOLOGÍA

Durante los meses de agosto a octubre del 2013 se realiza una búsqueda por Internet (acceso a los enlaces disponibles en la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad¹), así como a través del análisis de artículos de revisión de instituciones educativas y sanitarias que hayan publicado documentos en los que se describan competencias específicas en seguridad del paciente.

Se incluyen aquellas iniciativas que recogen de forma global las competencias en Seguridad del Paciente de forma multiprofesional e interdisciplinar.

Finalmente se enumeran algunos proyectos específicos dirigidos a determinadas especialidades pero que abordan de forma global las competencias en seguridad del paciente.

Se excluyen iniciativas en las que se desarrollan programas formativos sin identificar competencias específicas en SP

RESULTADOS

Se presentan las principales iniciativas encontradas en la revisión

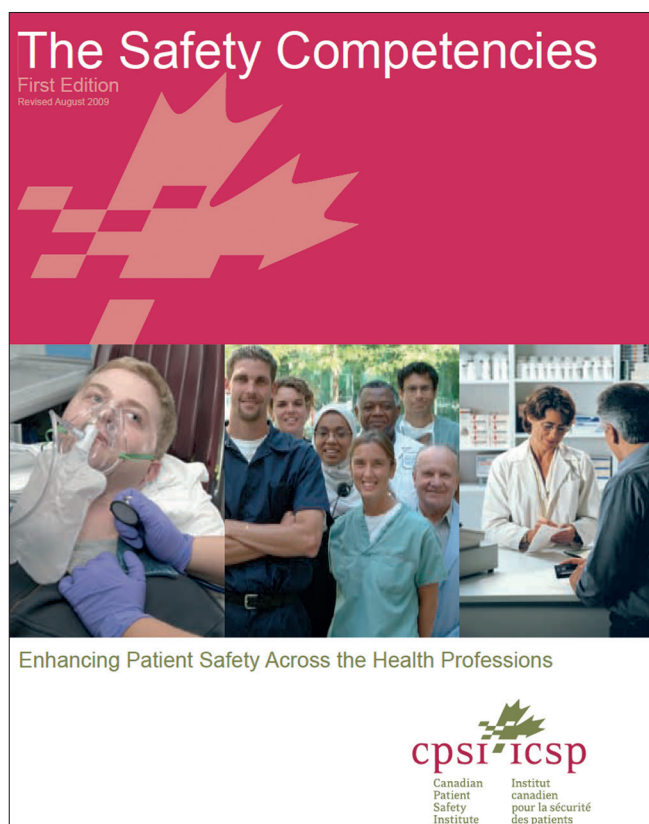
1. CANADÁ

Frank JR, Brien S, (Editors) on behalf of The Safety Competencies Steering Committee. **The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions.** Ottawa, ON: Canadian Patient Safety Institute; 2008.

<http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/safetyCompetencies/Documents/Safety%20Competencies.pdf>

La formación en SP constituye un elemento clave en la atención sanitaria de alta calidad.

El Canadian Patient Safety Institute (CPSI), en colaboración con The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada y un amplio abanico de expertos en educación



han desarrollado el Proyecto “The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions” (2006-2008) con el objetivo de ofrecer un marco interprofesional para el desarrollo de las competencias en SP, teniendo en cuenta las diferentes disciplinas en el ámbito sanitario.

Objetivos

- Proporcionar un marco interprofesional práctico y útil en torno a la SP que identifique los conocimientos, habilidades y actitudes que necesitan todos los profesionales sanitarios.
- Optimizar la seguridad del paciente impulsando la formación de los profesionales sanitarios.
- Ser una hoja de ruta para los educadores sanitarios a la hora de crear un itinerario curricular en SP, aplicable a cada ámbito (pregrado, grado, formación continuada).

Conceptos clave y estructura

- **Competencia:** es una afirmación sobre una habilidad de los profesionales sanitarios que contribuye a una práctica segura
- Los **dominios** son agrupaciones temáticas de competencias formadas por dos o más competencias clave.

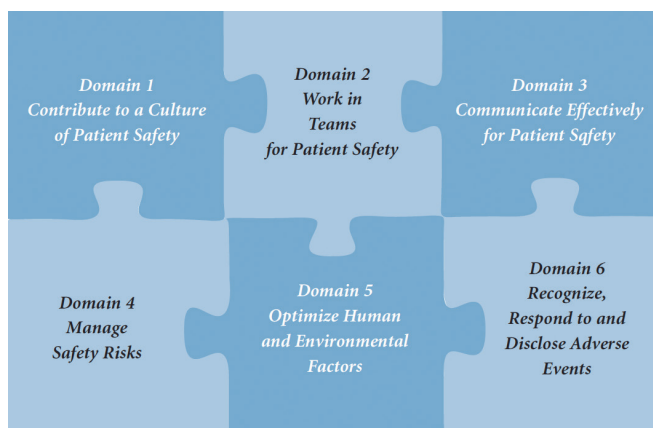
¹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Consultado 14 junio 2013]. Disponible en <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/informacion/enlaces.html>

Son sinérgicos y están interrelacionados; pero son lo suficientemente diferenciados para poder ser enseñados, aprendidos, investigados y practicados de forma individual

- Las **competencias clave** son afirmaciones de mayor orden que definen una habilidad de los profesionales sanitarios (ej. “Los profesionales sanitarios comprenden el uso de estrategias evaluativas para promover la seguridad del paciente”)
- Las competencias capacitadoras están compuestas por **conocimientos, habilidades y actitudes**.
- Las competencias están orientadas al aprendizaje práctico y alineadas con las necesidades del paciente.
- Deben ser lo suficientemente explícitas para poder ser enseñadas, observadas y medibles.
- El marco define 6 dominios
 - 20 competencias clave
 - 140 competencias capacitadoras
 - 37 elementos de conocimiento
 - 34 habilidades prácticas
 - 23 actitudes esenciales

El modelo se estructura al estilo de muñecas rusas, lo que le dota de flexibilidad entre lo específico y lo práctico.

Figure A.2.2. The Canadian Framework The Safety Competencies – Enhancing patient safety across the health professions



Source: *The Safety Competencies*, Canadian Patient Safety Institute, 2009 [2].

Los 6 dominios en las competencias en Seguridad del marco conceptual del CPSI son:

Dominio 1: Contribuir a una cultura de seguridad del paciente: Un compromiso para aplicar los conocimientos, las habilidades y las actitudes esenciales de la seguridad del paciente al trabajo diario.

La cultura de seguridad se crea y mantiene por dos factores interdependientes. Un marco institucional o

organizacional que favorece y sostiene la cultura de seguridad y unos profesionales con experiencia, actitudes, comportamiento y valores apropiados.

Competencias clave:

Los profesionales sanitarios:

- Se comprometen con la SP y proveedores a través de una práctica diaria segura, competente y de alta calidad.
- Describen los elementos fundamentales de la seguridad del paciente.
- Mantienen y fomentan prácticas de SP a través del aprendizaje continuo.
- Muestran una actitud de cuestionamiento como un aspecto fundamental en la práctica profesional y cuidado del paciente.

Dominio 2: El trabajo en equipo para la Seguridad del Paciente: Trabajar en equipos interprofesionales para optimizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

Competencias clave:

Los profesionales sanitarios:

- Participan de forma efectiva y apropiada en un equipo interprofesional de salud para optimizar la SP.
- Implican genuinamente a los pacientes como elemento clave de los equipos de atención sanitaria.
- Comparten de forma apropiada la autoridad, el liderazgo y la toma de decisiones.
- Trabajan de forma efectiva con otros profesionales sanitarios para gestionar el conflicto interprofesional.

Dominio 3: Comunicar efectivamente para la Seguridad del Paciente: Promover la seguridad del paciente a través de la comunicación sanitaria efectiva.

Competencias clave:

Los profesionales sanitarios:

- Demuestran habilidades de comunicación verbal y no verbal efectivas para prevenir eventos adversos.
- Se comunican efectivamente en situaciones de alto riesgo para asegurar la seguridad de los pacientes.
- Utilizan comunicaciones escritas efectivas para la SP.
- Aplican de forma adecuada y efectiva las tecnologías de la comunicación para proporcionar un cuidado seguro al paciente.

Dominio 4: Gestión de Riesgos de Seguridad: Anticipar, reconocer y gestionar situaciones que ponen en riesgo a los pacientes.

Competencias clave:*Los profesionales sanitarios:*

- Reconocen las situaciones rutinarias y escenarios en los que pueden presentarse problemas de seguridad
- Identifican, implementan y evalúan soluciones de seguridad adecuadas a contextos específicos de una forma sistemática
- Anticipan, identifican y gestionan situaciones de riesgo

Dominio 5: Optimizar los factores humanos y del medio ambiente: Gestión de la relación entre las características individuales y ambientales con el fin de optimizar la seguridad del paciente.

Competencias clave:*Los profesionales sanitarios:*

- Describen los factores individuales y ambientales que pueden afectar el desempeño.
- Aplican las técnicas de pensamiento crítico para tomar decisiones de un modo seguro.
- Valoran el impacto de la interfaz tecnológica /humana en el cuidado seguro

Dominio 6: reconocer, responder a, y divulgar eventos adversos: Reconocer la ocurrencia de un evento adverso y responder eficazmente para mitigar el daño al paciente, asegurar su divulgación y prevenir su recurrencia.

Competencias clave:*Los profesionales sanitarios*

- Reconocen la concurrencia de un evento adverso.
- Mitigan el daño e identifican el riesgo inmediato para los pacientes u otros afectados por eventos adversos.
- Divulgan la concurrencia de un evento adverso para el paciente y o sus familiares de manera apropiada y ajustada a la legislación.
- Informan de la concurrencia de un evento adverso.
- Participan en el análisis del caso puntual, la práctica reflexiva y la planificación para la prevención de la recurrencia.

La estructura de los 6 dominios incluye:

- Definición
- Descripción
- Elementos: conocimientos, habilidades y actitudes
- Competencias esenciales
- Activación de las competencias
- Referencias clave

El documento incluye:

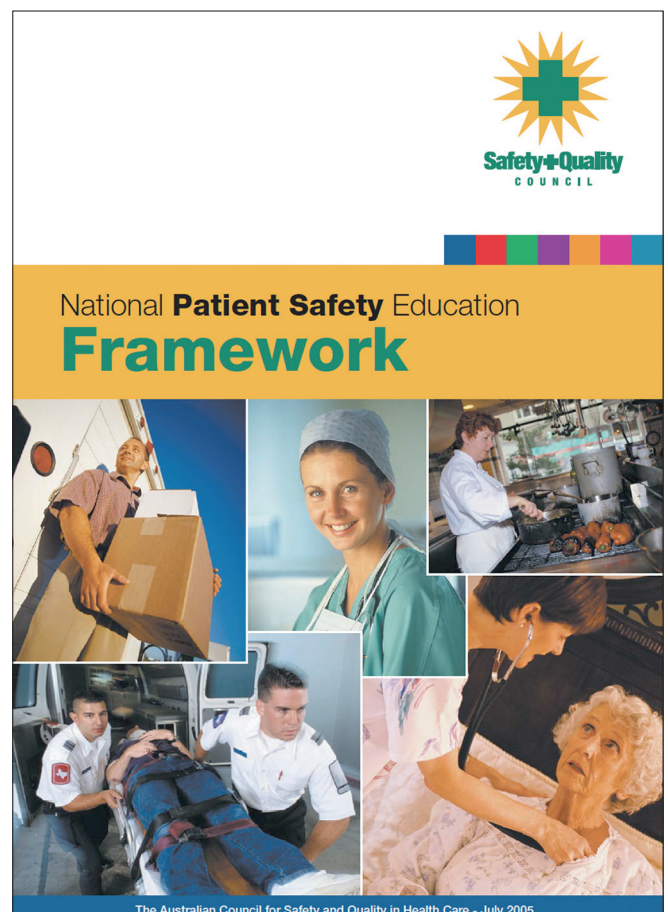
- Un apartado que hace referencia a las estrategias para implementar las competencias en las profesiones sanitarias
- Un caso ejemplo de cómo implementar las competencias
- Un glosario de términos relacionados

En las conclusiones del documento se establece:

“Las competencias se han desarrollado para facilitar su incorporación la educación de los profesionales sanitarios, el desarrollo profesional y las prácticas de atención clínica. Sin embargo la integración efectiva de las competencias en entornos educativos y organizacionales reales requiere una mayor innovación y serán necesarias técnicas que contribuyan a desarrollar esta herramienta, particularmente métodos estimulantes para la enseñanza práctica y efectiva y el aprendizaje de estas competencias”

2. AUSTRALIA

El **National Patient Safety Education Framework** fue aprobado por el Australian Council for Safety and Quality in Health Care en el año 2005. El marco se está utilizando para desarrollar el curriculum y programas de entrenamiento en Seguridad del Paciente en el ámbito sanitario. Es una herramienta sencilla, flexible y accesible que describe los conocimientos, habilidades y actitudes que deben desarrollar los profesionales sanitarios para asegurar una atención segura.



Australian Council on Safety and Quality in Health Care. National patient safety education framework. Canberra: Commonwealth of Australia 2005

<http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/06/National-Patient-Safety-Education-Framework-2005.pdf>

Proporciona una guía nacional sobre las competencias que los profesionales sanitarios deben desarrollar para asumir una responsabilidad en SP.

Una de las principales características de este marco es que identifica las competencias en diferentes niveles en función del nivel de responsabilidad clínica y de gestión de cada profesional. Está diseñado para los diferentes grupos de profesionales (médicos especialistas, enfermeras, estudiantes) y cubre ámbitos específicos como la notificación de eventos adversos, las caídas o los errores médicos.

El APSEF se ha desarrollado en 4 fases: revisión bibliográfica; desarrollo de áreas y tópicos de aprendizaje; clasificación en dominios y conversión en formato de competencias. Se realizó un proceso extenso de consulta y validación en Australia y a nivel internacional.

Se hace referencia a los principios básicos del proyecto y a los principios educacionales.

Los principios fundamentales de la estructura del APSEF son:

1. Aplicable en todos los ámbitos sanitarios.
2. Incluye a todos los grupos de interés independientemente de su profesión o cargo. Todos tienen responsabilidad en la seguridad del paciente.
3. Cruza las fronteras entre profesionales, buscando la responsabilidad de cada profesional en su ámbito de trabajo.

4. Aproximación centrada en el paciente.
5. Uso flexible y sencillo adaptable a los requerimientos de cada profesional.
6. Relevante para el lugar de trabajo.
7. Incluye responsabilidades organizacionales.

Se definen **4 niveles de conocimiento** basados en el nivel de responsabilidad en SP

Nivel 1: Conocimientos y rendimiento requerido por todos las categorías de trabajadores de la salud

Nivel 2: Conocimientos y rendimiento requeridos por las categorías 2 y 3

Nivel 3: conocimientos y rendimiento requeridos por la categoría 3

Nivel 4: conocimientos organizacionales y elementos de rendimiento requeridos por los trabajadores de la categoría 4

Algunos de los conocimientos en los niveles 2 y 3 pueden no ser relevantes para todos los trabajadores

Se divide en **4 categorías**:

1. Categoría 1: Trabajadores sanitarios de los servicios de soporte: voluntarios, transportes
2. Categoría 2 Trabajadores sanitarios que con atención clínica directa sobre el paciente y que trabajan bajo supervisión: enfermeras, residentes,
3. Categoría 3 Trabajadores sanitarios con responsabilidad de gestión, responsables de equipos o grado de experto (supervisores, jefes de servicio, profesionales seniors...)
4. Categoría 4 Líderes clínicos y administrativos con responsabilidad sobre las categorías 1-3 (directivos, jefes de servicio)

| | Level 1 (Foundation) <i>For categories 1-4 health-care workers</i> | Level 2 <i>For categories 2 and 3 health-care workers</i> | Level 3 <i>For category 3 health-care workers</i> | Level 4 (Organizational) <i>For category 4 health-care leaders</i> |
|---------------------------------|--|---|---|---|
| Learning objectives | Provide patients and carers with the information they need when they need it | Use good communication and know its role in effective health-care relationships | Maximize opportunities for staff to involve patients and carers in their care and treatment | Develop strategies for staff to include patients and carers in planning and delivering health-care services |
| Knowledge | | | | |
| Skills | | | | |
| Behaviours and attitudes | | | | |

Se identifican 7 categorías de aprendizaje con 22 tópicos

Comunicación efectiva:

- Implicar a pacientes y profesionales como socios en la atención sanitaria

- Comunicar los riesgos
- Informar de forma honesta a los pacientes tras un evento adverso (open disclosure)
- Obtener el consentimiento informado
- Conocer y respetar los valores culturales

Identificar, prevenir y gestionar los incidentes y eventos adversos

- Reconocer, notificar y gestionar los incidentes y eventos adversos
- Gestionar el riesgo
- Entender los errores sanitarios
- Gestionar las quejas y reclamaciones

Usar la evidencia e información

- Basar la práctica en la mejor evidencia disponible
- Utilizar la tecnología de la información para mejorar la seguridad

Trabajar de forma segura

- Trabajar en equipo y mostrar liderazgo
- Entender los factores humanos
- Entender las organizaciones complejas
- Asegurar la continuidad en los cuidados
- Gestionar la fatiga y el estrés

Actuar de forma ética

- Mantener las aptitudes para el trabajo y la práctica
- Práctica y comportamiento ético

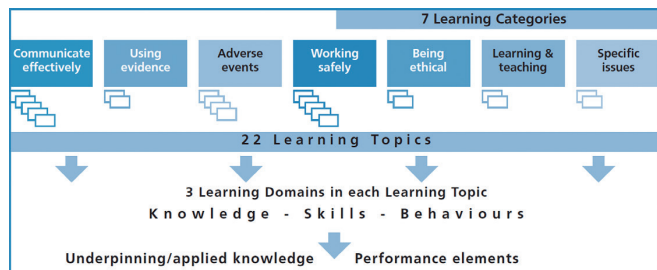
Aprendizaje continuo

- Aprender en el lugar de trabajo
- Enseñar en el lugar de trabajo

Aspectos específicos

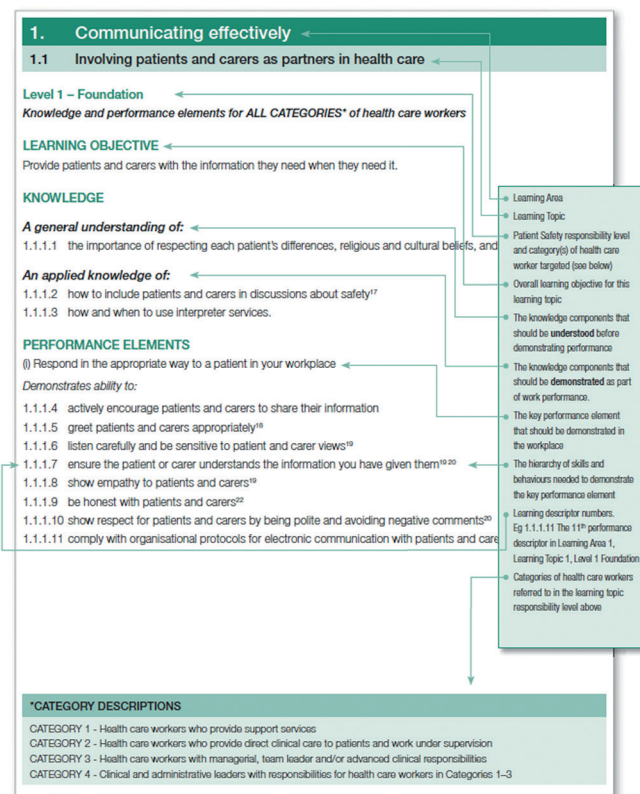
- Prevenir la cirugía de sitio erróneo, procedimiento erróneo o paciente erróneo
- Uso seguro del medicamento

Figure A.2.1. Structure of the Australian Patient Safety Education Framework



Source: National Patient Safety Education Framework, Commonwealth of Australia, 2005 [1].

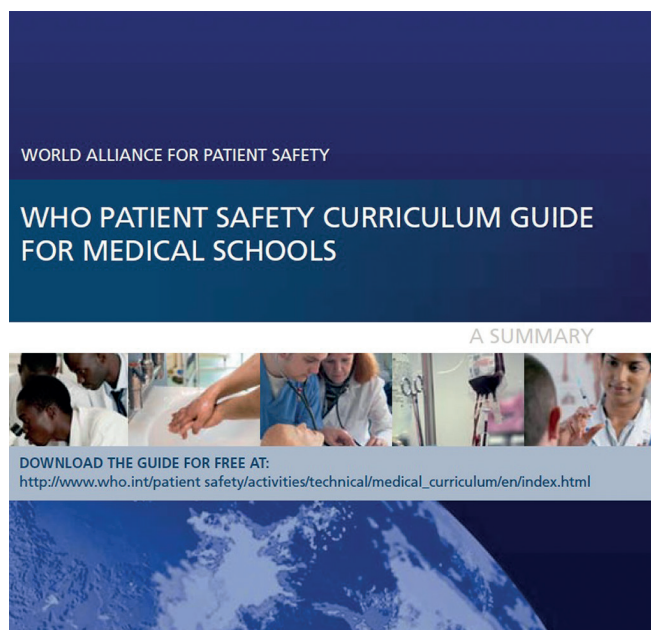
Cada tópico se presenta en un color y siguiendo un formato específico. Presenta una breve justificación y la presentación de un caso clínico seguido de diferentes apartados y la descripción específica para cada una de las 4 categorías.



Finalmente incluye un glosario de términos relacionados

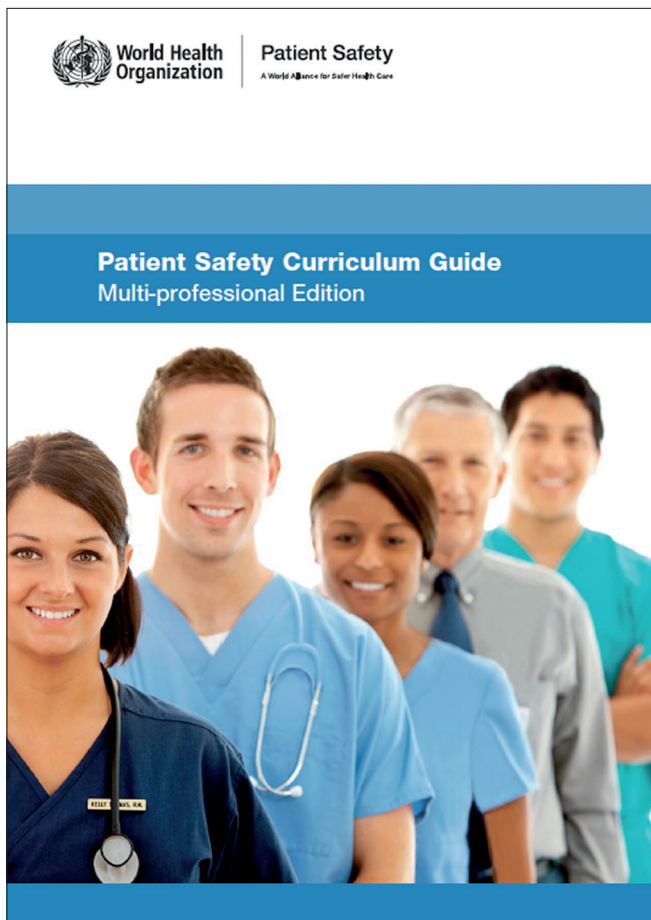
3. PATIENT SAFETY CURRICULUM GUIDE FOR MEDICAL SCHOOLS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en el año 2009 la The WHO “Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools”, con el objetivo de facilitar la enseñanza de los tópicos en seguridad del paciente a los estudiantes de medicina.



WHO. The WHO patient safety curriculum guide for medical schools. <http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum>

Recientemente ha presentado la versión multiprofesional de la **Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente**, para formar futuros profesionales de la salud. Dicha guía promueve la necesidad de la educación en seguridad del paciente para mejorar la seguridad en la atención sanitaria. La guía completa es una importante herramienta destinada a ayudar a universidades y escuelas de odontología, medicina, obstetricia, enfermería y farmacia para enseñar pautas de seguridad del paciente. También apoya la capacitación de todos los profesionales de la salud en una serie de conceptos prioritarios de la seguridad del paciente para mejorar el aprendizaje acerca de este tópico.



Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide

http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf?ua=1

La guía está estructurada en 2 partes:

Parte A, es una guía para el profesor dado que la SP constituye una nueva disciplina.

Hace referencia a:

- ¿Cómo se han seleccionado los tópicos?
- Los objetivos de la Guía curricular
- La estructura
- La implementación
- Cómo integrarla en los curriculums formativos
- Los principios básicos educacionales
- Las actividades para asegurar la comprensión
- Cómo evaluar la seguridad del paciente
- Cómo evaluar el curriculum formativo
- Herramientas web y otros recursos

La parte B es un programa completo, listo para enseñar, basado en tópicos que puede implementarse como un todo o por temas. Dispone del material didáctico para utilizar en el programa formativo

Los tópicos desarrollados en la guía curricular son:

1. ¿Qué es la Seguridad del paciente?
2. ¿Por qué es importante aplicar los factores humanos en SP?
3. Entender los sistemas y la complejidad de los cuidados en la atención sanitaria
4. Ser un equipo efectivo
5. Aprender de los errores y prevenir el daño
6. Entender y gestionar el riesgo clínico
7. Utilizar métodos de mejora de la calidad para mejorar los cuidados
8. Implicar a los pacientes y cuidadores
9. Control y prevención de las infecciones
10. Seguridad del Paciente en los procedimientos invasivos
11. Mejorar la seguridad del medicamento

Incluye 16 de los 22 tópicos desarrollados por la APSEF, y además el de control y prevención de infecciones.

Hace referencia a los principios básicos de la guía

Se muestra la relación entre la guía curricular de la OMS y la APSEF

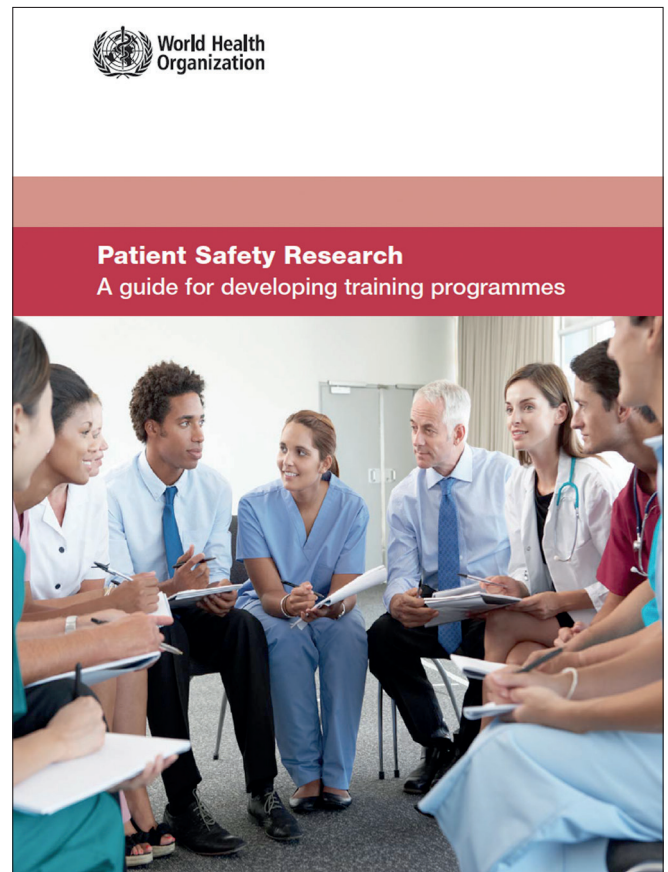
Table A.2.1. APSEF and the WHO Curriculum Guide topics

| APSEF topic | Included in curriculum | WHO topic |
|---|------------------------|---|
| Communicating effectively | | |
| Involving patients and carers as partners in health care | Yes | Topic 8 |
| Communicating risk | Yes | Topic 6 |
| Communicating honestly with patients after an adverse event (open disclosure) | Yes | Topic 8 |
| Obtaining consent | Yes | Topic 8 |
| Being culturally respectful and knowledgeable | Yes | Topic 8 |
| Identifying, preventing and managing adverse events and near misses | | |
| Recognizing, reporting and managing adverse events and near misses | Yes | Topics 6 & 7 |
| Managing risk | Yes | Topic 6 |
| Understanding health-care errors | Yes | Topics 1 & 5 |
| Managing complaints | Yes | Topics 6 & 8 |
| Using evidence and information | | |
| Employing best available evidence-based practice | Yes | Covered in Topics 9, 10 & 11 (Use of guidelines). |
| Using information technology to enhance safety | Yes | Topic 2 |
| Working safely | | |
| Being a team player and showing leadership | Yes | Topic 4 |
| Understanding human factors | Yes | Topic 2 |
| Understanding complex organizations | Yes | Topic 3 |
| Providing continuity of care | Yes | Topics 1 & 8 |
| Managing fatigue and stress | Yes | Topics 2 & 6 |
| Being ethical | | |
| Maintaining fitness to work or practise | Yes | Topic 6 |
| Ethical behaviour and practice | Yes | Topics 1 & 6 |
| Continuing learning | | |
| Being a workplace learner | Yes | Indirectly covered in Topics 4 & 8 |
| Being a workplace teacher | Yes | Indirectly covered in Topic 4 |
| Specific issues | | |
| Preventing wrong site, wrong procedure, and wrong patient treatment | Yes | Topic 10 |
| Medication safety | Yes | Topic 11 |
| Infection control (not part of APSEF) | Yes | Topic 9 |

4. PATIENT SAFETY RESEARCH: A GUIDE FOR DEVELOPING TRAINING PROGRAMMES

En el año 2012 la OMS publica la guía **“Patient safety research: a guide for developing training programmes”** cuyo objetivo es establecer las bases formativas y las competencias que son necesarias para investigar en seguridad del paciente.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75359/1/9789241503440_eng.pdf



La guía se estructura en cuatro secciones:

1. La visión global de la Seguridad del paciente
2. Un guía en 4 pasos para desarrollar un curriculum en seguridad del paciente:
 - Evaluación de las necesidades
 - Objetivos
 - Diseño de un programa de entrenamiento
 - Evaluación del programa

3. Ejemplos de los conocimientos, habilidades y actitudes requeridas para alcanzar las competencias.
4. Un cuestionario para evaluar la propia guía.

El contenido de la guía desarrolla las competencias centrales necesarias para la investigación en Seguridad del paciente diferenciadas en 3 apartados

Table 4. Core competencies for patient safety research

| |
|--|
| 1. The fundamental concepts of the science of patient safety in their specific social, cultural and economic context |
| 1.1 Basic definitions and foundational concepts, including human factors and organizational theory 1.2 The burden of unsafe care 1.3 The importance of a culture of safety 1.4 The importance of effective communication and collaboration in care delivery teams 1.5 The use of evidence-based strategies for improving the quality and safety of care 1.6 The identification and management of hazards and risks 1.7 The importance of creating environments for safe care 1.8 The importance of educating and empowering patients to be partners for safer care |
| 2. How to design and conduct patient safety research |
| 2.1 Search, appraise and synthesize the existing research evidence 2.2 Involve patients and carers in the research process starting with defining research objectives 2.3 Identify research questions that address important knowledge gaps 2.4 Select an appropriate qualitative or quantitative study design to answer the research questions 2.5 Conduct research using a systematic approach, valid methodologies and information technology 2.6 Employ valid and reliable data measurement and data analysis techniques 2.7 Foster interdisciplinary research teams and supportive environments for research 2.8 Write a grant proposal 2.9 Obtain research funding 2.10 Manage research projects 2.11 Write up research findings and disseminate key messages 2.12 Evaluate the impact of interventions as well as feasibility and resource requirements 2.13 Identify and evaluate indicators of patient safety for use in monitoring and surveillance 2.14 Ensure professionalism and ethical conduct in research |
| 3. Be part of the process of translating research evidence to improve the safe care of patients |
| 3.1 Appraise and adapt research evidence to specific social, cultural and economic contexts 3.2 Use research evidence to advocate for patient safety 3.3 Define goals and priorities for making health care safer 3.4 Translate research evidence into policies and practices that reduce harm 3.5 Partner with key stakeholders in overcoming barriers to change 3.6 Promote standards and legal frameworks to improve safety 3.7 Institutionalize changes to build supportive systems for safer care 3.8 Apply financial information for knowledge translation 3.9 Promote leadership, teaching and safety skills |

Desarrolla de forma pormenorizada y estructurada los conocimientos, habilidades y actitudes para alcanzar dichas competencias.

1.1 Basic definitions and foundational concepts, including human factors and organizational theory

K Define the concepts:

1. Systems versus individual approach
2. Adverse events versus preventable error
3. Organizational (safety) culture

Define the following terms:

1. Patient safety
2. Quality of care (also: quality)
3. Quality indicator
4. Patient-centered care
5. Systems approach
6. Process and outcome
7. Adverse event
8. Sentinel event
9. Near miss (also: near hit, close call, potential adverse event)
10. Complication
11. Error (also: preventable adverse event)
12. Errors of omission and commission
13. Mistake, lapse, slip, fumble
14. Latent condition (also: latent failure)
15. Hazard (also: dangerous situation, hazardous condition)
16. Causal factor
17. Contributing, intervening and mitigating factors
18. Patient-related factors
19. Sharp end and blunt end
20. Human factors
21. Malpractice and negligence
22. Incident reporting (also: critical incident reporting, event reporting)
23. Failure mode and effect analysis
24. Root cause analysis
25. Quality improvement (also: systems improvement, process improvement)
26. Human factors engineering (also: systems engineering, systems design)

Correctly identify components of the International Classification for Patient Safety (ICPS) framework

Describe examples of error models and use them to identify the various factors that contribute to error

S Identify the principal concepts associated with the science of patient safety

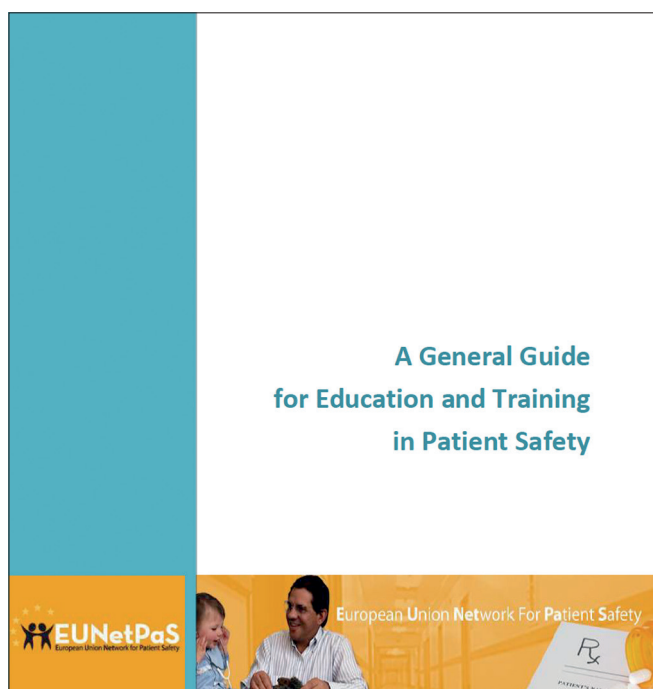
A Recognize that a systems approach is very likely to prevent adverse events
Understand that medical errors are nearly always attributable to multiple factors
Explain that the primary cause of errors is not individual incompetence, but poorly designed systems

K Knowledge **S** Skills **A** Attitudes

C
O
R
E

5. EUNetPaS General Guide for Education and Training in Patient Safety

http://www.hope.be/03activities/docsactivities/eunetpas/6-eunetpas-general_guide_training_and_education.pdf



The European Network for Patient Safety (EUNetPaS) es un proyecto liderado por la Comisión Europea desde el año 2007 y publicado por primera vez en el 2010. Su objetivo es establecer una red de trabajo colaborativa de los 27 miembros de la Unión Europea sobre Seguridad del Paciente. Este proyecto busca optimizar la Seguridad del Paciente focalizándose en la educación de los profesionales sanitarios y otros implicados para alcanzar una práctica segura en el ámbito sanitario. La formación y entrenamiento está dirigida a todos los profesionales implicados de forma directa e indirecta en la atención sanitaria tengan unos conocimientos, habilidades y actitudes mínimos para promover la seguridad del paciente. Se estructura en 5 apartados que deben desarrollarse:

1. Conocimientos, habilidades y actitudes fundamentales en Seguridad del Paciente
2. Garantizar la seguridad del paciente
3. Adoptar el trabajo basado en sistemas
4. Fomentar la cultura de la seguridad
5. Dirigirse hacia cuidados sanitarios de calidad y seguros

| Teaching Objectives | Learning Outcomes |
|---|---|
| Acquiring foundation knowledge, skills and behaviours for patient safety | Appreciates the systemic nature of risk |
| | Acquires knowledge in key areas of patient safety |
| | Acquires the foundations of patient safety culture and interpersonal skills |
| | Recognises the need for proactive planning to avoid error |
| Assuring patient safety | Engages in learning from errors and near misses |
| | Takes opportunities to collaborate and share experiences with others |
| | Promotes innovation about patient safety amongst colleagues |
| | Engages in individual personal development for continual improvement of patient safety via own learning and that of peers |
| Adopting systems based working | Takes a systems approach to problem solving |
| | Applies improvement principles |
| | Utilises tools and techniques of systems improvement |
| | Promotes a culture of change |
| Enabling patient safety culture | Takes a proactive approach to patient safety |
| | Applies lessons from errors and near misses |
| | Manages risk |
| | Recognises organisational and individual roles and responsibilities for patient safety |
| Setting direction for quality and safe healthcare | Identifies opportunities for change and improvement |
| | Takes an evidence-based approach to patient safety |
| | Works with internal and external stakeholders to manage and sustain patient safety |
| | Implements techniques to evaluate impact of patient safety approaches |

Los principios que rigen estas guías:

Principle 1. Patient Centred: Learning must take a patient centred approach recognising that the care of the patient is the central concern of any curriculum to support patient safety.

Principle 2. Applicable to all settings: Any environment where patient safety is a concern is a constituency for developing and continuously improving knowledge, skills and attitudes for patient safety. This includes hospitals, health outpatient clinics, rehabilitation centres, homes and public buildings.

Principle 3. Everyone's business: Healthcare is delivered by teams of healthcare workers (the team to include the patient themselves). Patient safety is everyone's business, and any curriculum must take into account the need to inform and educate every member of the community about the prime concerns of patient safety.

Principle 4. Team oriented: Patient safety crosses professional boundaries and the curriculum is presented in a multi-disciplinary and multi-professional way. Although it is essential that patient safety learning interventions take into account a multidisciplinary approach, this does not mean that every learning intervention has to include all health professions as part of the target group.

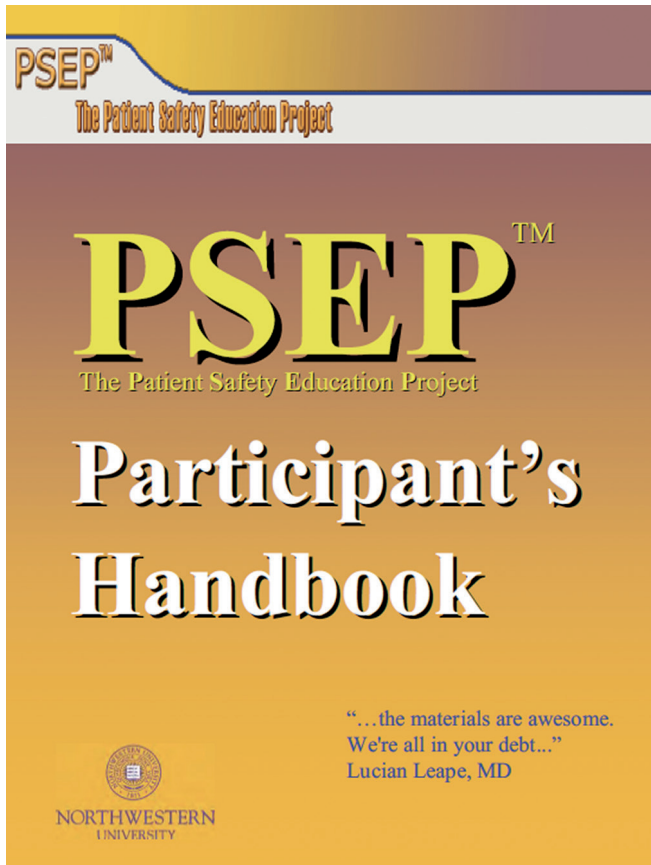
Principle 5. Multidimensional: The development of competences for patient safety is concerned with *behaviours* as well as *knowledge* and *skills*. Thus the focus is to develop competence in the workplace, based upon the need for practitioners to take a reflective approach to learning, and continually to develop their practice for patient safety.

Principle 6. Context Specific: Learning interventions take as a premise the centrality and relevance of the workplace, recognising that patient safety is context specific, and therefore should include organisational responsibilities.

Principle 7. A Continuous Professional Activity: The mental model of a healthcare professional concerned with patient safety is demonstrated by continuous learning and appropriate practice. Competences for Patient Safety must be developed before an individual enters the profession as part of higher education programmes and be sustained as part of continuous professional development.

6. THE PATIENT SAFETY EDUCATION PROJECT (PSEP) CORE CURRICULUM

Emanuel LL, Combes JR, Hatlie MJ, Karsh B, Lau DT, Shalowitz J, Shaw T, Walton M, eds. The Patient Safety Education Project (PSEP) Core Curriculum. © PSEP Project, 2008.



En 2008 The Patient Safety Education Project (PSEP) creó un programa integral de formación, basado en el consenso para el campo de la seguridad del paciente en los Estados Unidos. El PSEP se basa en el material curricular del Proyecto Nacional australiano de educación en seguridad del paciente (Australia's National Patient Safety Education Project). En este proyecto se sentaron las bases para definir las competencias en base a la identificación de los conocimientos, habilidades y actitudes para guiar la educación de los profesionales sanitarios en seguridad del paciente

El Manual del participante PSEP incluye: cuatro sesiones plenarias y nueve grupos de pequeños módulos que describen las competencias fundamentales de la seguridad del paciente; grupos de módulos que abordan las cuestiones clave de seguridad clínica en cuidados intensivos, pacientes crónicos y entornos de atención interaccionista; tres módulos de acción dedican a la ejecución del proyecto; y tres módulos ejecutivos dirigidos a la ordenación a nivel superior. Además disponen de un gran número de herramientas basadas en web disponibles en una sección de recursos.

7. JOINT COMMISSION










La JC desarrollo en el año 2002 los "National Patient Safety Goals" (NPSGs) poniéndose en marcha en enero del 2003 con el objetivo de ayudar a las instituciones acreditadas a organizar los conceptos relacionados con la seguridad del paciente. Establecen unos objetivos que pueden ser contemplados como competencias y que han sido evaluados con escenarios simulados. Se han establecido objetivos específicos para diferentes ámbitos. http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx

| 2013 Hospital National Patient Safety Goals | |
|--|--|
| The purpose of the National Patient Safety Goals is to improve patient safety. The goals focus on problems in health care safety and how to solve them. | |
| Identify patients correctly NPSG.01.01.01 | Use at least two ways to identify patients. For example, use the patient's name and date of birth. This is done to make sure that each patient gets the correct medicine and treatment. |
| NPSG.01.03.01 | Make sure that the correct patient gets the correct blood when they get a blood transfusion. |
| Improve staff communication NPSG.02.03.01 | Get important test results to the right staff person on time. |
| Use medicines safely NPSG.03.04.01 | Before a procedure, label medicines that are not labeled. For example, medicines in syringes, cups and basins. Do this in the area where medicines and supplies are set up. |
| NPSG.03.05.01 | Take extra care with patients who take medicines to thin their blood. |
| NPSG.03.06.01 | Record and pass along correct information about a patient's medicines. Find out what medicines the patient is taking. Compare those medicines to new medicines given to the patient. Make sure the patient knows which medicines to take when they are at home. Tell the patient it is important to bring their up-to-date list of medicines every time they visit a doctor. |
| Prevent infection NPSG.07.01.01 | Use the hand cleaning guidelines from the Centers for Disease Control and Prevention or the World Health Organization. Set goals for improving hand cleaning. Use the goals to improve hand cleaning. |
| NPSG.07.03.01 | Use proven guidelines to prevent infections that are difficult to treat. |
| NPSG.07.04.01 | Use proven guidelines to prevent infection of the blood from central lines. |
| NPSG.07.05.01 | Use proven guidelines to prevent infection after surgery. |
| NPSG.07.06.01 | Use proven guidelines to prevent infections of the urinary tract that are caused by catheters. |
| Identify patient safety risks NPSG.15.01.01 | Find out which patients are most likely to try to commit suicide. |
| Prevent mistakes in surgery UP.01.01.01 | Make sure that the correct surgery is done on the correct patient and at the correct place on the patient's body. |
| UP.01.02.01 | Mark the correct place on the patient's body where the surgery is to be done. |
| UP.01.03.01 | Pause before the surgery to make sure that a mistake is not being made. |
| | |

8. REINO UNIDO. ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS CURRICULUM 20102.02 THE CONTEXTUAL STATEMENT ON PATIENT SAFETY AND QUALITY OF CARE

<http://www.rcgp.org.uk/gp-training-and-exams/~media/Files/GP-training-and-exams/Curriculum-2012/RCGP-Curriculum-2-02-Patient-Safety-and-Quality-Of-Care.ashx>

El Royal College of General Practitioners del Reino Unido que tiene la responsabilidad de definir el contenido del curriculum formativo de la especialidad, ha desarrollado un curriculum específico en Seguridad del Paciente y definido objetivos específicos de aprendizaje

| | |
|---|--|
|  Primary care management | What are the systems and processes that a practice puts in place to ensure simple blood tests and tasks are carried out and how would I ensure these processes continue to function? |
|  Person-centred care | What are the particular issues I need to consider when visiting a patient, such as a temporary resident, for whom I have barely any preceding information? |
|  Specific problem-solving skills | How would I use clinical audit and the team-based use of significant event audit to further understand the issues here? What validated service improvement tools could I also use to monitor improvement in the practice once changes have occurred? |
|  A comprehensive approach | What are the clinical risk management issues of managing co-morbidity? |
|  Community orientation | How might I predict and meet the needs of a frail relative staying with a patient of the practice – thinking, in particular, of the interrelationship between health and social care? |
|  A holistic approach | What way can I use to describe the complexity of a single home visit in my current system of healthcare, looking especially at the need to respect the values of patients and carers and whether these will influence the outcome of care? |
|  Contextual features | In what ways do the contextual aspects of the doctor and seeing patients in a different setting, such as the home, on a busy day impact upon clinical care? |
|  Attitudinal features | How would my approach change if, on reviewing the situation, the practice manager finds that staff have to chase Dr G constantly for reports and referral letters and that staff then say that, when on call, it can be hard to contact Dr G and sometimes his records are poor? |
|  Scientific features | How might different approaches to the rota arrangements predict that a vulnerable time for patients and doctors might occur? |

Cada una de las áreas de competencias identificadas está desarrollada.

1 Primary care management

This area of competence is about how you manage your contact with patients, dealing competently with any and all problems that are presented to you. (This area of competence is not limited to dealing with the management of the practice.)

This means that as a GP you should:

- 1.1 Build and enhance the safety culture in your general practice setting including attending meetings
- 1.2 Know how organisations and individuals can learn to improve systems by analysing patient safety incidents and near misses
- 1.3 Understand the principles of medical device management and the use of the adverse incident centre for reporting device-related adverse incidents
- 1.4 Describe how the analysis of patient safety incidents can enhance rather than undermine professional integrity and performance
- 1.5 Contribute to the regular significant event audit (SEA) meetings and describe the benefits of a multidisciplinary team, as well as feed back to colleagues about incidents
- 1.6 Comment on the participation of whole teams in significant event audits within the practice and give reasons for inclusion or exclusion of different team members
- 1.7 Write up an SEA from a patient that you were involved with during the general practice period of training (significant event analysis in the learning log of the RCGP ePortfolio)
- 1.8 Reflect on the learning and consider whether reporting locally and or nationally would be appropriate
- 1.9 Demonstrate the measures that the organisation takes to ensure that reports are dealt with fairly and that appropriate learning and implementation takes place
- 1.10 Know the elements that contribute to an appropriate infrastructure for risk management, such as: create a culture that is open and fair with systems and policies, helping staff understand what actions to take following an incident and the mechanism of investigation
- 1.11 Demonstrate an awareness in how changes in the IT structure of the NHS will both reduce and increase the chance of patient safety incidents
- 1.12 Demonstrate the use of call/recall systems within the practice to the benefit of patient care

9. OTRAS INICIATIVAS:

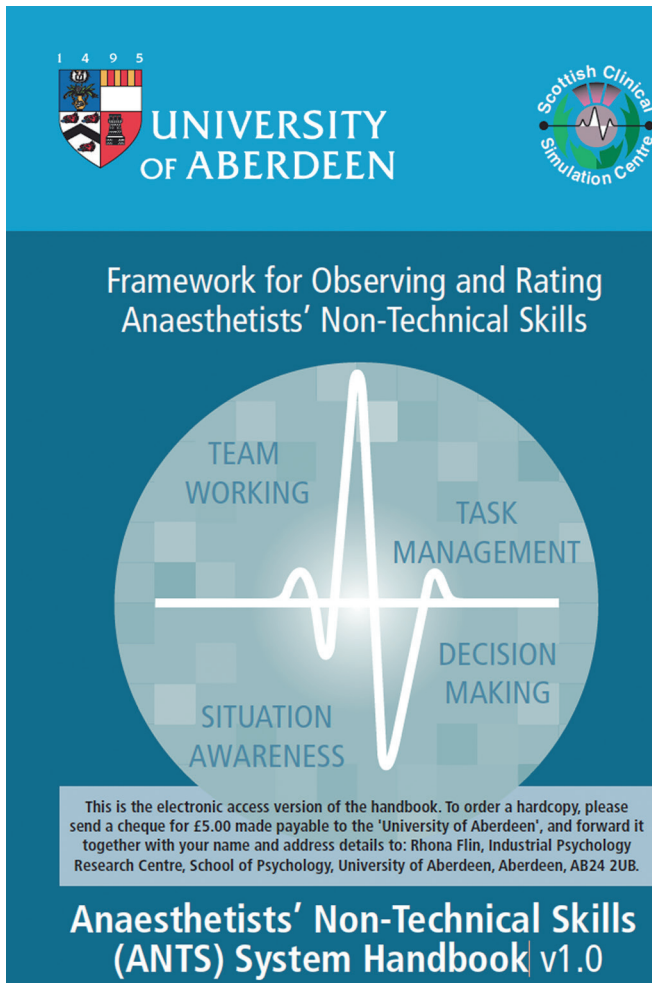
The EBA/UEMS and ESA postgraduate training program for anaesthesiology, pain and intensive care medicine

Define las competencias que deben alcanzar los especialistas en anestesiología. De los 10 dominios generales y 7 específicos. De los 10 generales, 4 están relacionados con la seguridad del paciente, especialmente el dominio 7 en el que se definen diferentes competencias.

| learning objectives relevant to Domain 7, safety | |
|--|---|
| Knowledge: | <ul style="list-style-type: none"> – Standards of quality and security, and recommendations of the National, European and International bodies: <ul style="list-style-type: none"> • Definitions, magnitude of the problem, epidemiology • Fundamentals <ul style="list-style-type: none"> – Error-model, system failure – The so called Swiss cheese model by James Reason or nowadays the threat and error model – Human limitations – Stress, fatigue, decision making, fixation errors, prospective memory – The role of the teams, hierarchy – Safety culture, principles of High Reliability Organizations (HROs), the five common principles of HROs: <ul style="list-style-type: none"> • Preoccupation with failure • Reluctance to simplify interpretation • Sensitivity to operations • Commitment to resilience • Deference to expertise – Tools for quality assurance (local and national critical incident monitoring and reporting systems, errors recognition and management, etc...): <ul style="list-style-type: none"> • Analysing the problem: <ul style="list-style-type: none"> – Reporting systems, – Different methods of event-analysis, – Root-cause analysis, – London-protocol • Tackling the problem: <ul style="list-style-type: none"> – Main topics in safety problems, – Medication error, – Wrong side/site procedures, – Hospital acquired infections, – Patient-handover – Open disclosure communication – Governmental Regulations relevant for anaesthesia practice – Economic aspects: <ul style="list-style-type: none"> • Demographic data and resource utilization data relevant for anaesthesia practice • Basic knowledge on financial aspects of anaesthesia practice • Basic knowledge on organizational and budgeting aspects of anaesthesia practice (Principles of business management) |
| Skills: | <ul style="list-style-type: none"> – Understands and applies standards of quality, security and recommendations in daily practice – Understands the importance and uses checklists and follows guidelines – Supports and provides data for both local and national data systems – Applies standards of quality and safety with respect to organizational aspects (time management strategies, etc...) – Applies organizational knowledge to provide a cost-effective organization |
| Specific attitudes: | <ul style="list-style-type: none"> – Demonstrates awareness for critical incidents and reports them – Demonstrates favorable attitudes towards patient safety |

Anaesthetists' Non-Technical Skills(ANTS) System Handbook

ANTS website: www.abdn.ac.uk/iprc/ANTS

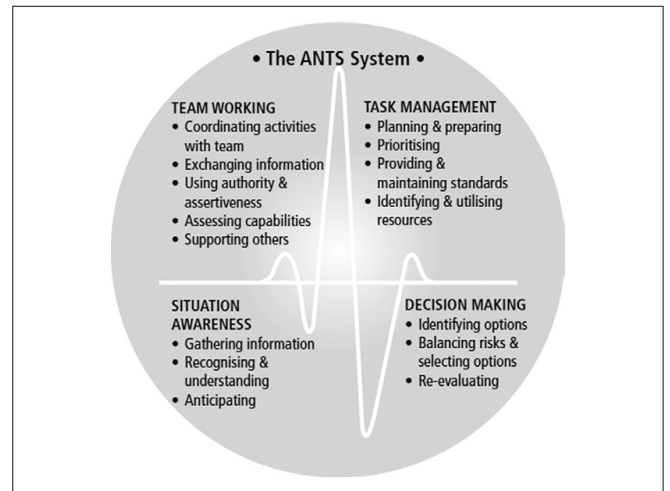


Publicación de la Universidad de Aberdeen (Escocia)

Manual en el que se describen las habilidades no técnicas de la especialidad de anestesia incluyendo una guía de cómo desarrollarlas desde el punto de vista formativo.

Las competencias identificadas se clasificarían en 4 categorías:

- Trabajo en equipo
- Situación de alerta
- Desarrollo de tareas
- Toma de decisiones



ANTS System v1.0: Categories and Elements

| Category | Elements |
|---------------------|--|
| Task Management | <ul style="list-style-type: none"> • Planning and preparing • Prioritising • Providing and maintaining standards • Identifying and utilising resources |
| Team Working | <ul style="list-style-type: none"> • Co-ordinating activities with team members • Exchanging information • Using authority and assertiveness • Assessing capabilities • Supporting others |
| Situation Awareness | <ul style="list-style-type: none"> • Gathering information • Recognising and understanding • Anticipating |
| Decision Making | <ul style="list-style-type: none"> • Identifying options • Balancing risks and selecting options • Re-evaluating |

Un ejemplo de cómo se desarrollan cada una de esas competencias

Situation Awareness: Skills for developing and maintaining an overall awareness of the work setting based on observing all relevant aspects of the theatre environment (patient, team, time, displays, equipment); understanding what they mean, and thinking ahead about what could happen next. It has three skill elements: gathering information; recognising and understanding; anticipating.

Gathering information – actively and specifically collecting data about the situation by continuously observing the whole environment and monitoring all available data sources and cues and verifying data to confirm their reliability (i.e. that they are not artefactual).

Behavioural markers for good practice

- obtains and documents patient information pre-operatively
- conducts frequent scan of the environment
- collects information from team to identify problem
- watches surgical procedure, verifying status when required
- cross-checks information to increase reliability

Behavioural markers for poor practice

- reduces level of monitoring because of distractions
- responds to individual cues without confirmation
- does not alter physical layout of workspace to improve data visibility
- does not ask questions to orient self to situation during hand-over

Recognising and understanding – interpreting information collected from the environment (with respect to existing knowledge) to identify the match or mis-match between the situation and the expected state, and to update one's current mental picture.

Behavioural markers for good practice

- increases frequency of monitoring in response to patient condition
- informs others of seriousness of situation
- describes pattern of cues and their meaning to other team members

Behavioural markers for poor practice

- does not respond to changes in patient state
- carries out inappropriate course of action
- silences alarms without investigation

Anticipating – asking 'what if' questions and thinking ahead about potential outcomes and consequences of actions, intervention, non-intervention, etc.; running projections of current situation to predict what might happen in the near future.

Behavioural markers for good practice

- keeps ahead of the situation by giving fluids/drugs
- reviews the effects of an intervention
- sets and communicates intervention thresholds
- takes action to avoid or mitigate potential problems

Behavioural markers for poor practice

- does not consider potential problems associated with case
- fails to increase level of monitoring in keeping with patient condition
- is caught unaware by surgical actions
- does not foresee undesirable drug interactions

Los mismos autores han desarrollado guías similares para el desarrollo de habilidades no técnicas para cirujanos y profesionales de enfermería.

Patient safety curriculum for surgical residency programs

Sachdeva, A. K., Philibert, I., Leach, D. C., Blair, P. G., Stewart, L. K., Rubinfeld, I. S., & Britt, L. D. (2007). Patient safety curriculum for surgical residency programs: results of a national consensus conference. *Surgery*, 141(4):427–441

La American College of Surgeons (ACS) y el Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) desarrollaron un curriculum en Seguridad del Paciente a través de una Conferencia de Consenso. El objetivo fue el desarrollo de un curriculum formativo en seguridad del paciente que pudiera utilizarse en todos los programas de residentes de cirugía. Este curriculum se basa en las 6 competencias nucleares definidas por el Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) y el American Board of Medical Specialties (ABMS): conocimiento médico, atención al paciente, habilidades interpersonales y de comunicación, profesionalismo, aprendizaje y mejora basados en la práctica y práctica basada en los sistemas.

Los tópicos seleccionados son:

1. Conocimiento de las enfermedades y condiciones quirúrgicas, incluyendo su diagnóstico y manejo.
2. Teoría y conocimiento de la seguridad del paciente
3. Conocimiento y tipología de los errores y cuasi-errores
4. Diferentes aspectos de la cultura de seguridad
5. Procedimientos de alto riesgo y de elevada frecuencia en cirugía
6. Instituciones reguladoras y su papel en la seguridad del paciente
7. Sistemas de notificación de errores
8. Cuidado óptimo de los pacientes con enfermedades y condiciones quirúrgicas
9. Manejo seguro de los pacientes quirúrgicos
10. Evaluación del riesgo
11. Preparación de los pacientes para la cirugía
12. Atención centrada en el paciente, focalizándose en las necesidades del paciente y de su familia
13. Guías de práctica clínica y procedimientos estandarizados
14. Líneas de supervisión y cadena de mando
15. Cansancio y horas de trabajo
16. Principios de la comunicación efectiva
17. Comunicación verbal y no verbal en la atención al paciente
18. Comunicación de errores médicos
19. Transferencias

20. Comunicación escrita y elaboración de instrucciones escritas
21. Liderazgo y formación de equipos
22. Comunicación basada en la tecnología
23. Responsabilidad profesional relativa a la atención quirúrgica óptima y a la seguridad del paciente
24. Elementos de profesionalidad
25. Auto-regulación profesional
26. Manejo y notificación de errores médicos
27. Trabajo en equipo efectivo implicando a otros profesionales, al paciente y a su familia
28. Comprensión y aplicación de los principios del aprendizaje y la mejora basados en la práctica
29. Procesos de auto-evaluación, reflexión y metacognición
30. Práctica quirúrgica basada en la evidencia
31. Mejora continua de la calidad
32. Teoría de sistemas
33. Seguridad del paciente
34. Análisis y cambio de sistemas
35. Sistemas de información en calidad y seguridad
36. Financiación de la asistencia sanitaria
37. Factores del paciente y educación del paciente
38. Aplicación de la tecnología

El documento establece las estrategias para implementar e integrar el contenido del curriculum en SP y las estrategias para diseminar el contenido del curriculum en SP y crear un ambiente favorable para su aceptación. Finalmente hace referencia a estrategias para evaluar de forma efectiva los programas formativos en SP

The Hospital Quality and Patient Safety (HQPS) Competencies.

O'Leary, K. J., Afsar-Manesh, N., Budnitz, T., Dunn, A. S., & Myers, J. S. (2011). Hospital quality and patient safety competencies: development, description, and recommendations for use. *Journal of hospital medicine*, 6(9): 530-6

Su objetivo fue elaborar un modelo de competencias en calidad y seguridad del paciente para los médicos especializados en asistencia hospitalaria (hospitalists):

La *Society of Hospital Medicine* (SHM) Hospital Quality and Patient Safety (HQPS) estableció un comité de Formación en Mejora de la Calidad para determinar las necesidades de los médicos de esta especialidad en materia de calidad y seguridad del paciente partiendo de los programas formativos ya existentes y ampliándolos.

Se definen 8 áreas de competencias y 3 niveles (básico, intermedio y avanzado) con estándares para cada nivel y área.

1. Medición de la calidad e intereses de las partes interesadas (stakeholders)
2. Obtención e interpretación de datos
3. Conocimiento de la organización y habilidades de liderazgo

4. Principios de la Seguridad del Paciente
5. Trabajo en equipo y comunicación
6. Métodos de mejora de la calidad y de la seguridad
7. Sistemas de información en el ámbito sanitario
8. Atención centrada en el paciente

| Competency | Basic | Intermediate | Advanced |
|--|---|---|--|
| Teamwork and communication | <ul style="list-style-type: none"> Explain how poor teamwork and communication failures contribute to adverse events Identify the potential for errors during transitions within and between healthcare settings (handoffs, transfers, discharge) | <ul style="list-style-type: none"> Collaborate on administration and interpretation of teamwork and safety culture measures Describe the principles of effective teamwork and identify behaviors consistent with effective teamwork Identify deficiencies in transitions within and between healthcare settings (handoffs, transfers, discharge) | <ul style="list-style-type: none"> Lead efforts to improve teamwork and safety culture Lead efforts to improve teamwork in specific settings (intensive care, medical-surgical unit, etc) Successfully improve the safety of transitions within and between healthcare settings (handoffs, transfers, discharge) |
| Quality and safety improvement methods and tools | <ul style="list-style-type: none"> Define the quality improvement methods used and infrastructure in place at one's hospital Summarize the basic principles and use of Root Cause Analysis as a tool to evaluate medical error | <ul style="list-style-type: none"> Compare and contrast various quality improvement methods, including six sigma, lean, and PDSA Collaborate on a quality improvement project using six sigma, lean, or PDSA Describe and collaborate on Failure Mode and Effects Analysis Actively participate in a Root Cause Analysis | <ul style="list-style-type: none"> Lead a quality improvement project using six sigma, lean, or PDSA methodology Use high level process mapping, fishbone diagrams, etc, to identify areas for opportunity in evaluating a process Lead the development and implementation of clinical protocols to standardize care delivery when appropriate Conduct Failure Mode and Effects Analysis Conduct Root Cause Analysis Lead or co-lead efforts to leverage information systems in quality measurement Lead or co-lead efforts to leverage information systems to reduce error and/or improve delivery of effective care Anticipate and prevent unintended consequences of implementation or revision of information systems Lead or co-lead efforts to leverage clinical decision support to improve quality and safety Interpret data from patient satisfaction surveys and lead efforts to improve patient satisfaction Lead effort to reduce inefficiency and/or improve timeliness from the patient's perspective Lead efforts to eliminate system barriers to effective and safe care from the patient's perspective Lead efforts to improve patient and caregiver education including development or implementation of effective education tools Lead efforts to actively involve patients and families in the redesign of healthcare delivery systems and processes |
| Health information systems | <ul style="list-style-type: none"> Identify the potential for information systems to reduce as well as contribute to medical error Describe how information systems fit into provider workflow and care delivery | <ul style="list-style-type: none"> Define types of clinical decision support Collaborate on the design of health information systems | <ul style="list-style-type: none"> Lead or co-lead efforts to leverage information systems in quality measurement Lead or co-lead efforts to leverage information systems to reduce error and/or improve delivery of effective care Anticipate and prevent unintended consequences of implementation or revision of information systems Lead or co-lead efforts to leverage clinical decision support to improve quality and safety Interpret data from patient satisfaction surveys and lead efforts to improve patient satisfaction Lead effort to reduce inefficiency and/or improve timeliness from the patient's perspective Lead efforts to eliminate system barriers to effective and safe care from the patient's perspective Lead efforts to improve patient and caregiver education including development or implementation of effective education tools Lead efforts to actively involve patients and families in the redesign of healthcare delivery systems and processes |
| Patient centeredness | <ul style="list-style-type: none"> Explain the clinical benefits of a patient-centered approach Identify system barriers to effective and safe care from the patient's perspective Describe the value of patient satisfaction surveys and patient and family partnership in care | <ul style="list-style-type: none"> Explain benefits and potential limitations of patient satisfaction surveys Identify clinical areas with suboptimal efficiency and/or timeliness from the patient's perspective Promote patient and caregiver education including use of effective education tools | <ul style="list-style-type: none"> Interpret data from patient satisfaction surveys and lead efforts to improve patient satisfaction Lead effort to reduce inefficiency and/or improve timeliness from the patient's perspective Lead efforts to eliminate system barriers to effective and safe care from the patient's perspective Lead efforts to improve patient and caregiver education including development or implementation of effective education tools Lead efforts to actively involve patients and families in the redesign of healthcare delivery systems and processes |

TABLE 1. Hospitalist Competencies in Healthcare Quality and Patient Safety

| Competency | Basic | Intermediate | Advanced |
|--|--|--|---|
| Quality measurement and stakeholder interests | <ul style="list-style-type: none"> Define structure, process, and outcome measures Define stakeholders and understand their interests related to healthcare quality Identify measures as defined by stakeholders (Center for Medicare and Medicaid Services, Leapfrog, etc) | <ul style="list-style-type: none"> Compare and contrast relative benefits of using one type of measure vs another Explain measures as defined by stakeholders (Center for Medicare and Medicaid Services, Leapfrog, etc) Appreciate variation in quality and utilization performance Describe potential unintended consequences of quality measurement and incentive programs Describe sources of data for quality measurement Identify potential pitfalls in administrative data Explain variation in data Interpret data displayed in Pareto and Control Charts Summarize basic survey techniques (including methods to maximize response, minimize bias, and use of ordinal response scales) Use appropriate terms to describe continuous and categorical data (mean, median, standard deviation, interquartile range, percentages, rates, etc) Define interests of internal and external stakeholders Collaborate as an effective team member of a quality improvement project | <ul style="list-style-type: none"> Anticipate and respond to stakeholders' needs and interests Anticipate and respond to changes in quality measures and incentive programs Lead efforts to reduce variation in care delivery (see also quality improvement methods) Avoid unintended consequences of quality measurement and incentive programs Acquire data from internal and external sources Create visual representations of data (Bar, Pareto, and Control Charts) Use simple statistical methods to compare populations within a sample (chi-square, t tests, etc) Administer and interpret a survey |
| Data acquisition and interpretation | <ul style="list-style-type: none"> Interpret simple statistical methods to compare populations within a sample (chi-square, t tests, etc) Define basic terms used to describe continuous and categorical data (mean, median, standard deviation, interquartile range, percentages, rates, etc) Summarize basic principles of statistical process control | <ul style="list-style-type: none"> Identify potential pitfalls in administrative data Explain variation in data Interpret data displayed in Pareto and Control Charts Summarize basic survey techniques (including methods to maximize response, minimize bias, and use of ordinal response scales) Use appropriate terms to describe continuous and categorical data (mean, median, standard deviation, interquartile range, percentages, rates, etc) Define interests of internal and external stakeholders Collaborate as an effective team member of a quality improvement project | <ul style="list-style-type: none"> Use simple statistical methods to compare populations within a sample (chi-square, t tests, etc) Administer and interpret a survey |
| Organizational knowledge and leadership skills | <ul style="list-style-type: none"> Describe the organizational structure of one's institution Define leaders within the organization and describe their roles Exemplify the importance of leading by example Effectively communicate quality or safety issues identified during routine patient care to the appropriate parties | <ul style="list-style-type: none"> Explain principles of change management and how it can positively or negatively impact quality improvement project implementation | <ul style="list-style-type: none"> Effectively negotiate with stakeholders Assemble a quality improvement project team and effectively lead meetings (setting agendas, hold members accountable, etc) Motivate change and create vision for ideal state Communicate effectively in a variety of settings (lead a meeting, public speaking, etc) Serve as a resource and/or mentor for less-experienced team members |
| Patient safety principles | <ul style="list-style-type: none"> Identify potential sources of error encountered during routine patient care Compare and contrast medical error with adverse event Describe how the systems approach to medical error is more productive than assigning individual blame Differentiate among types of error (knowledge/judgment vs systems vs procedural/technical; latent vs active) Explain the role that incident reporting plays in quality improvement efforts and how reporting can foster a culture of safety Describe principles of medical error disclosure | <ul style="list-style-type: none"> Compare methods to measure errors and adverse events, including administrative data analysis, chart review, and incident reporting systems Identify and explain how human factors can contribute to medical errors Know the difference between a strong vs a weak action plan for improvement (ie, brief education intervention is weak; skills training with deliberate practice or physical changes are stronger) | <ul style="list-style-type: none"> Lead efforts to appropriately measure medical error and/or adverse events Lead efforts to redesign systems to reduce errors from occurring; this may include the facilitation of a hospital, departmental, or divisional Root Cause Analysis Lead efforts to advance the culture of patient safety in the hospital |

Improving patient safety through Web-based education.

<http://www.npsf.org/online-learning-center/patient-safety-curriculum-2/>

La National Patient Safety Foundation de los Estados Unidos ha desarrollado una metodología para la formación en seguridad del paciente en colaboración con médicos, enfermeras, pacientes y educadores. Se han desarrollado 3 módulos uno para médicos, otro para enfermeras y otro para pacientes. Están accesibles en:

Physicians: <http://www.npsf.org/html/mcw/physicians.html>

Nurses: <http://www.npsf.org/html/mcw/nurses.html>

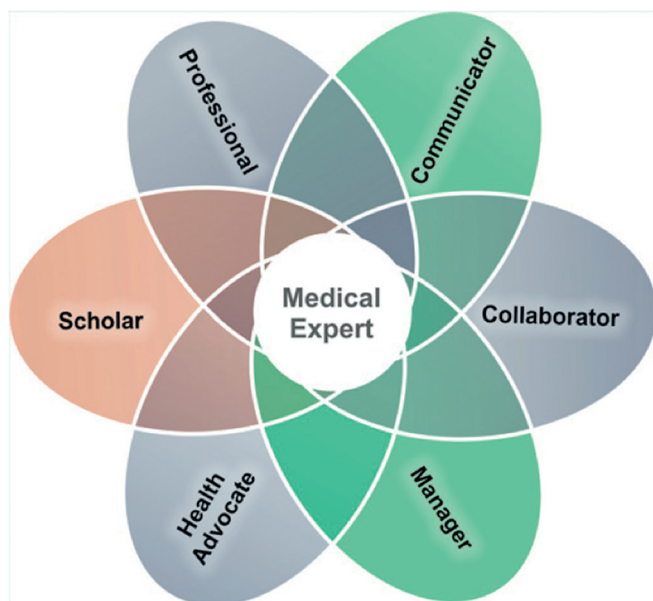
Patients: http://www.npsf.org/html/patients_Web.html

Habilidades necesarias en el nuevo milenio: informe del grupo de trabajo sobre necesidades sociales. Proyecto CANMEDS 2000 Directrices para especialistas en educación médica del Real Colegio de Médicos y Cirujanos de Canadá (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada). Proyecto 2000

El informe titulado: “Habilidades necesarias en el nuevo milenio.” (Skills for the new millenium) esboza un marco de competencias que será de ayuda para los futuros especialistas cuando tengan que responder a los innumerables retos a los que se verán sometidos como proveedores de la atención en salud, retos que les exigirían trabajar en un sistema de atención sanitaria en constante movimiento y que se enfrenta a restricciones económicas cada vez mayores, al tiempo que vayan a seguir proporcionando la mejor asistencia especializada posible. Este marco de roles ha sido aceptado por el Consejo del Real Colegio de Médicos y Cirujanos de Canadá (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada) como la orientación deseable para la educación médica de posgrado (PGME, de acuerdo con sus siglas en inglés) en Canadá en el futuro, que cambiará la orientación de la atención especializada del próximo milenio. El objetivo del proyecto CanMEDS es el de poner de manifiesto los objetivos y estrategias de aprendizaje de estas competencias, consolidándolos y organizándolos en un marco uniforme que pueda concretarse a nivel nacional y plasmarse en todos los planes de estudio de las especialidades médicas.

Roles esenciales y competencias clave de los médicos especialistas

| Roles | Competencias Clave El especialista debe ser capaz de... |
|----------------------------------|---|
| Especialista como experto | <ul style="list-style-type: none"> – demostrar habilidades terapéuticas y diagnósticas para atender al paciente de forma ética y eficaz. – acceder a la información pertinente y aplicarla a la práctica clínica. – demostrar su capacidad como consultor con respecto a la atención sanitaria, la educación sanitaria y la asesoría legal. |
| Comunicador | <ul style="list-style-type: none"> – establecer una relación terapéutica con los pacientes y con sus familias. – obtener y sintetizar la historia clínica a partir de los pacientes, de las familias y de la colectividad. – escuchar con eficacia. – tratar la información apropiada, tanto con los pacientes y sus familias como con el equipo de atención sanitaria. |
| Colaborador | <ul style="list-style-type: none"> – consultar eficazmente con otros médicos y profesionales sanitarios. – contribuir eficazmente a otras actividades del equipo multidisciplinar. |
| Gestor | <ul style="list-style-type: none"> – utilizar los recursos de forma eficaz para lograr un equilibrio entre la asistencia al paciente, las necesidades del aprendizaje y las actividades externas. – distribuir prudentemente los recursos sanitarios limitados. – trabajar de forma eficaz y eficiente en una organización sanitaria. – utilizar la tecnología para optimizar la atención a los pacientes, el aprendizaje continuo y otras actividades. |
| Defensor de la Salud | <ul style="list-style-type: none"> – identificar los elementos determinantes de la salud que afectan a los pacientes. – contribuir de manera eficaz a mejorar la salud de los pacientes y de las comunidades. – reconocer y responder ante los problemas que haya que defender. |
| Estudioso | <ul style="list-style-type: none"> – desarrollar, aplicar y supervisar una estrategia personalizada de formación continuada. – evaluar de forma crítica las fuentes de información médica. – facilitar el aprendizaje de los pacientes, del personal, de los estudiantes y de otros profesionales sanitarios. – contribuir al desarrollo de nuevos conocimientos. |
| Profesional | <ul style="list-style-type: none"> – prestar una atención sanitaria de la mejor calidad posible, con integridad, honestidad y compasión. – demostrar una conducta profesional apropiada personal e interpersonal. – ejercer la medicina de forma ética, de acuerdo con las obligaciones propias de un médico. |



CanMEDs 2005 Framework. The CanMEDs framework describes seven key competencies required for physicians to provide high-quality care.

The CanMEDSs. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2005. Ref Type: Report.

Finalmente presentamos una experiencia en nuestro país, el **Itinerario formativo en Seguridad del Paciente** que el Sistema Sanitario Público de Andalucía ha puesto a disposición de todos sus profesionales. Se trata de un curso gestionado por la Escuela Andaluza de Salud Pública a través de la Plataforma virtual SPif, que pone disposición del alumnado múltiples herramientas y recursos que facilitan los objetivos de adquisición de conocimientos en seguridad de pacientes mediante una metodología basada en el autoaprendizaje, sin necesidad de sesiones presenciales.

Existen cuatro itinerarios (profesionales no sanitarios, profesionales sanitarios, responsables de unidad y cargos intermedios y directivos) y dos niveles (básico y avanzado). Cada profesional puede seleccionar el nivel que desee desarrollar.

El Programa Itinerarios Formativos en Seguridad del Paciente está acreditado por la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del conocimiento en el nivel ÓPTIMO, lo que supone la obtención un elevado número de créditos por su realización (a modo de ejemplo, itinerario personal sanitario: 13,31 créditos el nivel básico y 14,01 créditos el nivel avanzado. Para personal no sanitario el reconocimiento es de 30 horas lectivas).

ANEXO III. SOLICITUD DE COLABORACIÓN

Madrid, 30 de abril 2013

Apreciado amigo:

Me dirijo a ti para solicitarte tu colaboración en un Proyecto de Investigación promovido por el Área de Salud del ISDE. **“EXPERIENCIAS CLÍNICAS SIMULADAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE. ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE ESCENARIOS CLÍNICOS SIMULADOS”**

El entrenamiento con simulación clínica está incorporándose de forma paulatina en la enseñanza de las profesiones sanitarias gracias a que existe cada vez más evidencia científica que apoya su uso de forma suplementaria a los medios tradicionales de enseñanza. La simulación ha sido ampliamente testada como metodología educativa y que complementa a otras iniciativas de seguridad del paciente a lo largo del proceso de entrenamiento clínico.

Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha presentado la versión multiprofesional de la Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente, para formar futuros profesionales de la salud e incluye en ella la simulación como una de las estrategias de aprendizaje activo a introducir en los procesos de formación.

En la actualidad la simulación clínica no se ha orientado todavía de forma específica al desarrollo de competencias en seguridad del paciente. Aunque algunos de los escenarios y experiencias clínicas simuladas abordan de forma tangencial la seguridad clínica no se han diseñado de forma específica en dicho ámbito y están más dirigidos al aprendizaje de competencias y habilidades en los procesos clínicos .

El objetivo de este proyecto es identificar las competencias que los profesionales de la salud deben alcanzar para asegurar una formación específica en seguridad del paciente y diseñar experiencias clínicas simuladas (ECS) validadas dirigidas al entrenamiento y evaluación de las mismas.

OBJETIVOS:

1. Identificar el mapa de competencias profesionales (conocimientos, habilidades y actitudes) en Seguridad del Paciente.
2. Elaborar experiencias clínicas simuladas (ECS) como herramienta formativa que permita alcanzar dichas competencias en diferentes escenarios clínicos.
3. Validar las ECS a través de su aplicación en la Simulación Clínica con el objetivo de demostrar su efectividad como instrumento de aprendizaje.
4. Disponer de una herramienta validada que ayude a la formación y evaluación de competencias en el área de Seguridad del Paciente.

Para la primera fase del proyecto (identificación del mapa de competencias profesionales en Seguridad del Paciente) hemos considerado la participación de **expertos en seguridad del paciente** con experiencia avalada por el conocimiento y participación como docentes en Programas de Seguridad del Paciente.

Te proponemos participar en este proyecto en calidad de “Experto en Seguridad del Paciente” en el proceso de identificación de competencias que se realizará a través del método Delphi.

Una vez los expertos propuestos hayan aceptado el compromiso de colaboración, se iniciará una primera ronda de consultas a partir de un documento de trabajo basado en una revisión sistemática de la evidencia científica sobre “simulación y seguridad del paciente” y “competencias en seguridad del paciente”. Tras la realización de 3 rondas de consultas, el objetivo es llegar a un consenso en la definición de los conocimientos, habilidades y actitudes que permitan identificar las competencias en Seguridad del Paciente.

Para nosotros sería un privilegio contar con tu colaboración. Si aceptas participar en el proyecto, tal y como nos gustaría te ruego nos envíes cumplimentado el documento de compromiso de participación, que se envía en archivo adjunto al correo (mcmartindelgado@gmail.com) a la mayor brevedad posible.

Este proyecto de investigación está financiado a través de una beca de Ayuda a la Investigación de la FUNDACION MAPFRE concedida al ISDE en la convocatoria 2012

Agradeciendo de antemano tu tiempo, y quedando a tu disposición para cualquier duda o consideración al respecto,

Un cordial saludo



María Cruz Martín Delgado
Directora del Área de Salud de ISDE
Instituto Superior de Derecho y Economía

ANEXO IV. COMPROMISO DE COLABORACIÓN

Compromiso de colaboración en el Proyecto:

“EXPERIENCIAS CLÍNICAS SIMULADAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE. ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE ESCENARIOS CLÍNICOS SIMULADOS”

Nombre y Apellidos:

Servicio:

Institución:

Sociedad Científica (si se ha incorporado al Proyecto a través de la misma):

HACE CONSTAR:

Que ha evaluado la información recibida sobre el Proyecto para la **identificación de competencias en Seguridad del Paciente** a través del método Delphi.

Que acepta a participar como experto en este proyecto.

Que se compromete a participar de forma activa en la evaluación e identificación de las competencias en Seguridad del Paciente, dentro de los periodos que el Grupo investigador establezca para todos los expertos participantes (la propuesta inicial son 3 rondas de consultas con 2 semanas para cada una de ellas, a partir del mes de mayo de 2012)

Que en todas las publicaciones derivadas del documento definitivo “Identificación de competencias en Seguridad del Paciente” será reconocido como participante y miembro del grupo investigador

Firmado en _____, a _____ de de 2013

Nombre y firma:

ANEXO V. PRIMER CUESTIONARIO COMPETENCIAS EN SP

Identificación de las competencias en Seguridad del Paciente

Gracias por colaborar en el Proyecto: “**EXPERIENCIAS CLÍNICAS SIMULADAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE. ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE ESCENARIOS CLÍNICOS SIMULADOS**” en calidad de “Experto en Seguridad del Paciente” en el proceso de identificación de competencias que se realizará a través del método Delphi.

A continuación, te exponemos los objetivos del proyecto y la metodología para desarrollar esta fase del mismo:

JUSTIFICACIÓN

El entrenamiento con simulación clínica está incorporándose de forma paulatina en la enseñanza de las profesiones sanitarias gracias a que existe cada vez más evidencia científica que apoya su uso de forma suplementaria a los medios tradicionales de enseñanza. La simulación ha sido ampliamente testada como metodología educativa y que complementa a otras iniciativas de seguridad del paciente a lo largo del proceso de entrenamiento clínico.

Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha presentado la versión multiprofesional de la Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente, para formar futuros profesionales de la salud e incluye en ella la simulación como una de las estrategias de aprendizaje activo a introducir en los procesos de formación.

En la actualidad la simulación clínica no se ha orientado todavía de forma específica al desarrollo de competencias en seguridad del paciente. Aunque algunos de los escenarios y experiencias clínicas simuladas abordan de forma tangencial la seguridad clínica no se han diseñado de forma específica en dicho ámbito y están más dirigidos al aprendizaje de competencias y habilidades en los procesos clínicos.

El objetivo de este proyecto es identificar las competencias que los profesionales de la salud deben alcanzar para asegurar una formación específica en seguridad del paciente y diseñar experiencias clínicas simuladas (ECS) validadas dirigidas al entrenamiento y evaluación de las mismas.

OBJETIVOS

1. Identificar el mapa de competencias profesionales (conocimientos, habilidades y actitudes) en Seguridad del Paciente.
2. Elaborar ECS como herramienta formativa que permita alcanzar dichas competencias en diferentes escenarios clínicos.

3. Validar las ECS a través de su aplicación en la Simulación Clínica con el objetivo de demostrar su efectividad como instrumento de aprendizaje.
4. Disponer de una herramienta validada que ayude a la formación y evaluación de competencias en el área de Seguridad del Paciente.

Para la primera fase del proyecto (identificación del mapa de competencias profesionales en Seguridad del Paciente) hemos considerado la participación de **expertos en seguridad del paciente** con experiencia avalada por el conocimiento y participación como docentes en Programas de Seguridad del Paciente.

METODOLOGÍA

El cuestionario a utilizar está basado en una revisión sistemática de la evidencia científica sobre “competencias en seguridad del paciente”. Tras la realización de 3 rondas de consultas, el objetivo es llegar a un consenso en la definición de los conocimientos, habilidades y actitudes que permitan **identificar las competencias necesarias para los profesionales sanitarios en Seguridad del Paciente y que se considere factible que puedan ser adquiridas mediante la simulación clínica.**

El cuestionario está dividido en 8 dominios genéricos y 3 asociados a prácticas seguras específicas (uso seguro del medicamento, infecciones asociadas a la atención sanitaria e identificación inequívoca).

Cada dominio consta de una descripción previa y una serie de enunciados englobados en 3 apartados (conocimientos, habilidades y actitudes). Para cada una de las opciones que te presentamos, señala en qué medida consideras que es importante incluirla en la formación sobre seguridad del paciente:

1= lo menos importante

10= lo más importante

Por favor, contesta a todos los ítems del cuestionario teniendo en consideración simultáneamente su importancia y su factibilidad para ser trasladado a un escenario clínico simulado.

El tiempo requerido para la cumplimentación del cuestionario es de aproximadamente 45 minutos.

Tras la finalización del proyecto recibirás un certificado de colaboración y figurarás como integrante del equipo investigador en las publicaciones relacionadas con el mismo.

Te agradezco de manera anticipada tu participación. Cualquier duda que pueda surgir puedes escribir un mail a mcmartindelgado@gmail.com

DESCRIPCIÓN

El cuestionario está dividido en 8 dominios genéricos y 3 dominios asociados a prácticas seguras específicas.

Cada dominio está incluido en una página.

Para guardar sus respuestas, debe pasar a la “Siguiente página”. Si sale del cuestionario sin realizar este paso, sus respuestas en el dominio correspondiente no se guardarán.

Puede entrar y salir del cuestionario todas las veces que quiera. Por defecto, el cuestionario se abrirá en la última página guardada.

Puede modificar las respuestas que ya haya guardado, retrocediendo a la página correspondiente y realizando los cambios que desee. Recuerde que las modificaciones solo se guardarán tras pasar a la siguiente página.

INSTRUCCIONES

Para cada una de las opciones que le presentamos, señale en qué medida considera que es importante incluirla en la formación sobre seguridad del paciente.

1= lo menos importante

10= lo más importante

Por favor, conteste a todos los ítems del cuestionario

DOMINIO 1. CULTURA DE SEGURIDAD.

Descripción: el profesional Muestra compromiso con la SP a través de una práctica segura, competente y de alta calidad. Describe los elementos fundamentales de la SP. Mantiene y fomenta prácticas de SP a través del aprendizaje continuo. Muestra una actitud de cuestionamiento en la práctica profesional y cuidado del paciente.

CONOCIMIENTOS. El profesional:

1. Reconoce la importancia e impacto de la SP en la atención sanitaria.
2. Conoce la epidemiología de los eventos adversos: incidencia /daño/costes asociados.
3. Tiene conocimiento de la taxonomía y clasificación: incidente, evento adverso, evento centinela, “never events”.
4. Conoce las lecciones aprendidas sobre errores y fallos del sistema en otras industrias: Modelo queso suizo, factores latentes, factores activos, barreras de defensa.
5. Conoce el modelo basado en la persona (cultura punitiva) y en el sistema (enfoque sistémico).
6. Entiende el concepto de cultura justa y responsabilidad.
7. Si lo desea, añada algún elemento de conocimiento necesario en este dominio [Texto libre]

HABILIDADES. El profesional:

8. Tiene capacidad para reconocer los errores y incidentes relacionados con la seguridad del paciente (incidentes sin daño y eventos adversos)
9. Informa y notifica incidentes y eventos adversos
10. Tiene capacidad para reconocer factores latentes
11. Utiliza la técnica de los 5 “Por qué”, utilizando la pregunta ¿qué ha pasado? frente a ¿quién ha sido?
12. Practica los cuidados basados en la evidencia: uso de guías y protocolos
13. Tiene capacidad para asegurar la continuidad en los cuidados
14. Implica al paciente en la SP
15. Si lo desea, añada alguna otra habilidad que considere necesaria para este dominio [Texto libre]

ACTITUDES. El profesional

16. Tiene una actitud de aprendizaje y mejora continua ante los errores
17. Es capaz de asumir compromisos y responsabilidades en la SP
18. Actúa de forma ética
19. Evita culpabilizar a otros cuando ocurren errores y reconoce su propia responsabilidad
20. Si lo desea, añada alguna otra actitud que considere necesaria para este dominio [Texto libre]

DOMINIO 2. IMPORTANCIA DE LOS FACTORES HUMANOS EN LA SP**Descripción:**

Conocer los factores humanos implica entender la interacción entre las personas, las tareas, los instrumentos y el entorno de trabajo.

Comprender los factores humanos individuales y los factores del entorno laboral que configuran nuestras decisiones nos ayuda a reconocer y mitigar los sesgos problemáticos y a mejorar nuestra toma de decisiones.

CONOCIMIENTOS. El profesional:

21. Comprende las razones por las que las personas cometen errores
22. Conoce los tipos de situaciones que aumentan la probabilidad de cometer errores
23. Conoce el impacto de los factores humanos en la SP y su relación con el entorno de trabajo
24. Conoce las estrategias disponibles para disminuir los errores ligados a los factores humanos
25. Si lo desea, añada algún elemento de conocimiento necesario en este dominio [Texto libre]

HABILIDADES. El profesional:

26. Aplica el conocimiento de los factores humanos en el trabajo
27. Reconoce las situaciones de riesgo relacionadas con los factores humanos
28. Evita depender de la memoria utilizando herramientas como protocolos, diagramas de trabajo, recordatorios gráficos
29. Reconoce y gestiona el stress y la fatiga
30. Revisa y simplifica los procesos
31. Estandariza los procesos y procedimientos más comunes
32. Utiliza listados de verificación disponibles
33. Se asegura de que el equipo comparte el mismo enfoque hacia la tarea (modelo mental compartido)
34. Asegura una delegación de tareas adecuada
35. Reducen las distracciones cuando se realizan tareas complejas o potencialmente peligrosas
36. Potencia su conciencia de la situación para poder anticiparse a lo inesperado (pensamiento crítico)
37. Si lo desea, añada alguna otra habilidad que considere necesaria para este dominio [Texto libre]

ACTITUDES. El profesional:

38. Acepta las limitaciones de la naturaleza humana y la inevitabilidad del error ligada a dicha condición
39. Se asegura de estar entrenado para las tareas que tiene asignadas
40. Evita cambios en la manera de realizar su trabajo
41. Presta atención y es cuidadoso en sus acciones
42. Se preocupa de su propio cuidado. Reconoce cuándo sus condiciones personales pueden afectar la SP
43. Si lo desea, añada alguna otra actitud que considere necesaria para este dominio [Texto libre]

DOMINIO 3. ENTENDER EL SISTEMA Y LAS ORGANIZACIONES COMPLEJAS**Descripción:**

Un sistema complejo es aquel en el que hay tantos elementos interactuando que es difícil o imposible predecir el comportamiento del sistema basándose solamente en el conocimiento de sus componentes. El sistema sanitario es complejo por la intervención de múltiples profesionales, el gran número de procedimientos que se realizan, los avances tecnológicos y la especialización.

Los profesionales sanitarios necesitan comprender la naturaleza compleja de la asistencia sanitaria, ya que es importante para prevenir los eventos adversos y útil para analizar situaciones en las que las cosas han ido mal. La estructura y el proceso contribuyen a la calidad de los resultados. La simplificación y estandarización de los procesos son elementos clave en la SP

CONOCIMIENTOS. El profesional:

44. Conoce lo que hace su organización y cómo sus tareas se relacionan con otras partes de la organización
45. Conoce el concepto de sistema y complejidad del sistema
46. Entiende el trabajo como un proceso
47. Entiende los problemas relacionados con la división del trabajo
48. Entiende la complejidad del sistema y las interrelaciones que ocurren en la atención sanitaria
49. Conoce cómo la estructura organizativa y los procesos de trabajo pueden afectar a la calidad de los cuidados
50. Conoce los factores contribuyentes y sus diferentes categorías: factores de los pacientes, de los profesionales, ligados a la tarea, tecnológicos y del equipo, factores ambientales, factores organizaciones
51. Conocen los conceptos de organizaciones de alta fiabilidad y de sistemas que piensan en la prevención del error
52. Si lo desea, añada algún elemento de conocimiento necesario en este dominio [Texto libre]

HABILIDADES. El profesional:

53. Reconoce los sistemas pobremente diseñados
54. Aplica los factores humanos en el rediseño de sistemas
55. Aplica al rediseño el principio 80/20: diseño de lo usual, planificación de lo inusual
56. Analiza los errores desde una aproximación sistémica
57. Si lo desea, añada alguna otra habilidad que considere necesaria para este dominio [Texto libre]

ACTITUDES. El profesional:

58. Valora el impacto de la interfaz tecnológica / humana en el cuidado seguro
59. Entiende su papel en el trabajo y su relación con otras partes del sistema sanitario
60. Es consciente de que los cuidados y tratamientos de los pacientes implican interrelaciones complejas
61. Si lo desea, añada alguna otra actitud que considere necesaria para este dominio [Texto libre]

DOMINIO 4. TRABAJO EN EQUIPO.**Descripción: el profesional**

Trabaja en equipos interprofesionales para optimizar la SP
 Considera al paciente como un elemento esencial dentro del equipo sanitario
 Trabaja de forma efectiva con el resto de profesionales en la gestión de conflictos
 Comparte de forma adecuada la autoridad, el liderazgo y la toma de decisiones

CONOCIMIENTOS. El profesional:

62. Conoce la importancia del trabajo en equipo para la seguridad del paciente
63. Conoce los diferentes tipos de equipos que pueden existir en la atención sanitaria
64. Conoce las características del trabajo en equipo efectivo
65. Entiende el liderazgo como elemento clave del trabajo en equipo
66. Reconoce e identifica los conflictos de los equipos. Conoce las técnicas de resolución de conflictos
67. Conoce las barreras para el trabajo en equipo en el ámbito sanitario
68. Conoce las metas y los resultados a alcanzar (responsabilidad individual y compartida)
69. Si lo desea, añade algún elemento de conocimiento necesario en este dominio [Texto libre]

HABILIDADES. El profesional:

70. Demuestra técnicas de liderazgo apropiadas a las situaciones clínicas
71. Identifica las funciones de cada uno de los miembros del equipo
72. Actúa como una unidad en el objetivo de una tarea
73. Toma decisiones
74. Practica la escucha activa para mejorar el trabajo en equipo
75. Acepta la delegación de tareas
76. Monitoriza las actividades del equipo.
77. Utiliza técnicas de soporte mutuo.
78. Es capaz de solicitar y ofrecer ayuda
79. Trabaja con otros miembros en la prevención de conflictos
80. Reconoce y resuelve los conflictos: two- challenge ruel, CUS, DESC scrip
81. Es capaz de incorporar al paciente y familiares como miembros del equipo
82. Si lo desea, añade alguna otra habilidad que considere necesaria para este dominio [Texto libre]

ACTITUDES. El profesional:

83. Demuestra respeto y empatía en la comunicación con otros profesionales y con el paciente
84. Reconoce la importancia del trabajo en equipo y está abierto a ello
85. Es consciente de cómo sus valores y asunciones afectan a la interacción con otros miembros del equipo
86. Respeta y reconoce las funciones de todos los miembros del equipo
87. Es receptivo al feed-back constructivo que recibe sobre su actuación y está en disponibilidad de darlo al resto
88. Reconoce la importancia de incorporar al paciente en el equipo sanitario
89. Fomenta un ambiente en el que todos los miembros del equipo aprenden y enseñan
90. Respeta las diferencias y opiniones divergentes que pueden contribuir a las tensiones interprofesionales
91. Demuestra disposición a establecer las prioridades y objetivos del equipo, midiendo los logros y aprendiendo de las experiencias del trabajo en equipo
92. Si lo desea, añade alguna otra actitud que considere necesaria para este dominio [Texto libre]

DOMINIO 5. COMUNICACIÓN EFECTIVA.**Descripción: el profesional**

Promociona la SP a través de la comunicación efectiva

Demuestra habilidades de comunicación efectiva (verbales y no verbales) para la prevención de incidentes relacionados con la SP

Comunica de forma efectiva situaciones de riesgo

Aplica las tecnologías de la información de forma apropiada y efectiva para una atención segura

CONOCIMIENTOS. El profesional:

93. Conoce la importancia de la comunicación efectiva en el traspaso de información
94. Conoce las técnicas de comunicación efectiva
95. Conoce la importancia de las transferencias y transiciones asistenciales en la génesis de eventos adversos
96. Entiende la necesidad de comunicarse de forma efectiva en situaciones críticas
97. Entiende los beneficios, limitaciones y responsabilidades del uso de los sistemas de información como la historia clínica electrónica, la prescripción electrónica, los sistemas de ayuda a la prescripción etc., en relación con la SP
98. Si lo desea, añada algún elemento de conocimiento necesario en este dominio [Texto libre]

HABILIDADES. El profesional:

99. Es capaz de aplicar técnicas de comunicación efectiva: SBAR, call-out, check-back, hand-over (I pass de Baton), etc
100. Utiliza técnicas apropiadas de comunicación en situaciones de riesgo
101. Emplea técnicas de comunicación para resolver los problemas de autoridad
102. Se comunica con otros profesionales en la transferencia de cuidados
103. Utiliza procedimientos de comunicación adecuados en los trasposos de los pacientes, incluyendo los traslados entre diferentes instituciones y el alta hospitalaria
104. Usa la comunicación escrita de forma efectiva: documenta la historia clínica de forma adecuada, prescribe de forma segura, evita abreviaturas
105. Documenta y razona las desviaciones significativas de las guías o protocolos de actuación
106. Utiliza la tecnología y herramientas de comunicación
107. Si lo desea, añada alguna otra habilidad que considere necesaria para este dominio [Texto libre]

ACTITUDES. El profesional:

108. Reconoce la importancia de la comunicación efectiva en la SP actuando con respeto y empatía con el resto de profesionales y con el propio paciente y sus familiares
109. Si lo desea, añada alguna otra actitud que considere necesaria para este dominio [Texto libre]

DOMINIO 6. APRENDER DE LOS ERRORES Y PREVENIR EL DAÑO.**Descripción: el profesional**

Reconoce las situaciones rutinarias y escenarios en los que pueden presentarse problemas de seguridad

Reconoce la ocurrencia de un evento adverso

Mitiga el daño e identifica el riesgo inmediato para los pacientes u otros afectados por eventos adversos

Informa de la ocurrencia de un evento adverso

Participa en el análisis del caso puntual, la práctica reflexiva y la planificación para la prevención de la recurrencia

Anticipa, identifica y gestiona situaciones de riesgo

CONOCIMIENTOS. El profesional:

110. Conoce los diferentes tipos de errores activos (deslices, lapsos, equivocaciones, torpezas, violaciones, casi-incidentes) y por qué ocurren
111. Identifica situaciones (inadecuada transmisión de información, procedimientos pobres...) y factores personales (fatiga, estrés, actitudes peligrosas, memoria limitada...) que se asocian a un incremento del riesgo de error
112. Conoce la importancia de notificar los incidentes relacionados con la seguridad del paciente
113. Entiende las características básicas de los sistemas de notificación
114. Conoce la metodología básica del análisis y evaluación proactiva de los riesgos (AMFE)
115. Conoce la metodología básica de herramientas para el análisis y evaluación reactiva de los riesgos (ACR, protocolo de Londres)
116. Conocen las principales estrategias para prevenir los errores
117. Si lo desea, añada algún elemento de conocimiento necesario en este dominio [Texto libre]

HABILIDADES. El profesional:

118. Reconoce situaciones de riesgo
119. Examina la génesis de los errores
120. Relaciona el error con las consecuencias o resultados
121. Tiene capacidad de notificar incidentes y eventos adversos
122. Tiene capacidad de participar en un AMFE
123. Es capaz de participar en el análisis de eventos adversos: ACR
124. Aplica estrategias para reducir los errores (se cuida a sí mismo, conoce el ambiente, conoce sus tareas, pregunta si no sabe...)
125. Es capaz de hacer preguntas de manera asertiva
126. Si lo desea, añada alguna otra habilidad que considere necesaria para este dominio [Texto libre]

ACTITUDES. El profesional:

127. Ante un incidente relacionado con la SP se pregunta qué ha pasado y cómo prevenir su recurrencia
128. Aprende de sus errores y de los de otros profesionales
129. Acepta que los errores pueden ocurrir sin que ello suponga que el profesional es malo o incompetente
130. Muestra disposición a participar en el análisis de incidentes relacionados con la SP y mejora continua de calidad
131. Si lo desea, añada alguna otra actitud que considere necesaria para este dominio [Texto libre]

DOMINIO 7. INFORMAR DE EVENTOS ADVERSOS.**Descripción: el profesional**

Informa de la ocurrencia de un evento adverso al paciente y/o sus familiares de manera apropiada y ajustada a la legislación

CONOCIMIENTOS. El profesional:

- 132. Conoce los conceptos básicos: complicación / incidente relacionado con la SP/ incidente sin daño/ evento adverso
- 133. Diferencia entre el proceso de notificar y el de informar a pacientes y familiares sobre un incidente relacionado con la SP
- 134. Conoce las obligaciones profesionales, éticas y legales sobre la comunicación de un incidente relacionado con la SP
- 135. Conoce el proceso y los elementos que integran la información sobre incidentes relacionados con la SP a pacientes y familiares (open disclosure)
- 136. Si lo desea, añada algún elemento de conocimiento necesario en este dominio [Texto libre]

HABILIDADES. El profesional:

- 137. Es capaz de proporcionar una comunicación efectiva a tiempo y honesta sobre los incidentes relacionados con la SP
- 138. Incluye expresiones de disculpa en el proceso de información
- 139. Es capaz de proporcionar apoyo a los pacientes y profesionales implicados en un incidente relacionado con la SP
- 140. Comunica de forma adecuada una mala noticia
- 141. Es capaz de responder de manera adecuada a las emociones de los pacientes y profesionales en el proceso de información
- 142. Reconocen y saben aplicar la información en situaciones especiales con pacientes vulnerables y determinados contextos
- 143. Si lo desea, añada alguna otra habilidad que considere necesaria para este dominio [Texto libre]

ACTITUDES. El profesional

- 144. Aplica un razonamiento y toma de decisiones ético moral con relación a los eventos adversos
- 145. Asume y se compromete con la atención centrada en el paciente
- 146. Acepta la obligación de revelar la ocurrencia de eventos adversos en consonancia con las políticas y legislaciones vigentes
- 147. Si lo desea, añada alguna otra actitud que considere necesaria para este dominio [Texto libre]

DOMINIO 8. IMPLICAR A LOS PACIENTES Y FAMILIARES**Descripción: el profesional**

Respetar la autonomía del paciente y valorar la implicación de pacientes y familiares en la SP

CONOCIMIENTOS. El profesional:

- 148. Conoce el proceso de toma de decisiones centrada en el paciente
- 149. Conoce la importancia de la información relacionada con la atención sanitaria
- 150. Conoce los derechos de los pacientes a recibir información y los fundamentos del consentimiento informado
- 151. Si lo desea, añade algún elemento de conocimiento necesario en este dominio [Texto libre]

HABILIDADES. El profesional:

- 152. Protege la privacidad y confidencialidad
- 153. Se presenta con nombre y cargo
- 154. Es capaz de dar la información adecuada de forma correcta: lenguaje apropiado, adaptada a la diversidad cultural
- 155. Implica a pacientes y familiares en la toma de decisiones
- 156. Aplica el consentimiento informado y evalúa la competencia. Tiene en consideración las voluntades anticipadas
- 157. Informa de los riesgos y beneficios de los tratamientos, reconoce la incertidumbre e informa de las posibles opciones
- 158. Si lo desea, añade alguna otra habilidad que considere necesaria para este dominio [Texto libre]

ACTITUDES. El profesional:

- 159. Muestra respeto, empatía y honestidad hacia los pacientes y familiares
- 160. Se orienta hacia la comunicación centrada en el paciente
- 161. Acepta las decisiones competentes de los pacientes
- 162. Reconoce la importancia de la participación del paciente en la SP
- 163. Promueve la participación del paciente en sus propios cuidados
- 164. Si lo desea, añade alguna otra actitud que considere necesaria para este dominio [Texto libre]

USO SEGURO DEL MEDICAMENTO**Descripción:**

Minimizar los principales errores y riesgos asociados al uso de medicamentos
Aprender de los errores relacionados con la medicación

CONOCIMIENTOS. El profesional:

- 165. Conoce la epidemiología e impacto de los riesgos asociados al uso de medicación.
- 166. Conoce la terminología específica relacionada con la seguridad del medicamento (incidentes por medicamentos, error de medicación, acontecimiento adverso por medicamentos, reacción adversa a medicamentos...)
- 167. Conoce las diferentes fases de la cadena terapéutica donde puede ocurrir el error
- 168. Conoce los diferentes tipos, causas y riesgos de los errores de medicación
- 169. Conoce las consecuencias derivadas de los errores de medicación
- 170. Conoce los factores contribuyentes asociados a los sistemas de trabajo
- 171. Conoce las medicaciones de alto riesgo
- 172. Conoce las acciones, indicaciones, contraindicaciones, efectos adversos e interacciones de los fármacos utilizados habitualmente en su ámbito asistencial
- 173. Conoce las principales estrategias para prevenir los errores de medicación
- 174. Conoce dónde y cómo disponer de información de calidad sobre los medicamentos
- 175. Conoce los beneficios de una aproximación multidisciplinar en el uso seguro del medicamento
- 176. Si lo desea, añada algún elemento de conocimiento necesario en este dominio [Texto libre]

HABILIDADES. El profesional:

- 177. Es capaz de entender los riesgos derivados del uso del medicamento
- 178. Es capaz de minimizar los riesgos de errores de medicación y utilizar acciones preventivas (usar nombres genéricos, comunicar claramente, desarrollar hábitos de verificación - las 5 R...)
- 179. Utiliza las tecnologías de la información para disminuir los riesgos
- 180. Es capaz de aprender de los errores de medicación: notifica, analiza y aprende
- 181. Implica y educa al paciente en el uso seguro del medicamento
- 182. Si lo desea, añada alguna otra habilidad que considere necesaria para este dominio [Texto libre]

ACTITUDES. El profesional:

- 183. Es consciente en la práctica diaria de los riesgos asociados al uso de medicación
- 184. Se implica en mejorar la seguridad de los medicamentos.
- 185. Se entrena y forma para evitar errores de medicación.
- 186. Asume la necesidad de trabajar en equipo y de forma multidisciplinar
- 187. Si lo desea, añada alguna otra actitud que considere necesaria para este dominio [Texto libre]

INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN SANITARIA (IAAS)**Descripción:**

Disminuir los riesgos relacionados con la IAAS previniendo su aparición, mediante el uso seguro de antibióticos y a través del control y prevención de multirresistencias

CONOCIMIENTOS. El profesional:

- 188. Conoce la epidemiología de la IAAS y magnitud del problema
- 189. Conoce las principales causas y tipos de IAAS
- 190. Conoce los modelos asociados a la transmisión de la infección
- 191. Conoce los objetivos y métodos de vigilancia de la IAAS
- 192. Conoce los principales métodos para el control y prevención de la IAAS
- 193. Conoce las precauciones estándar
- 194. Conoce las precauciones basadas en la transmisión
- 195. Conoce los elementos clave de la higiene de manos
- 196. Conoce los principios básicos de la limpieza general, antisépticos y desinfectantes
- 197. Conoce los principios de higiene y procesamiento del instrumental y equipamiento clínico
- 198. Conoce las principales normas y recomendaciones para prevenir la IAAS en determinados procesos
- 199. Conoce las medidas de aislamiento para pacientes con enfermedades infecto contagiosas
- 200. Conoce el concepto de microorganismos multirresistentes y las políticas de control del uso de antibióticos
- 201. Conoce las normas, vacunas y recomendaciones dirigidas al personal sanitario
- 202. Si lo desea, añada algún elemento de conocimiento necesario en este dominio [Texto libre]

HABILIDADES. El profesional:

- 203. Aplica las precauciones estándar
- 204. Se adhiere a las recomendaciones sobre la higiene de manos realizándola en el momento y con la técnica adecuada
- 205. Utiliza de forma adecuada los equipos de protección personal y medidas barrera
- 206. Realiza de forma adecuada los diferentes tipos de aislamiento
- 207. Aplica las medidas preventivas específicas para evitar infecciones en determinados ámbitos
- 208. Utiliza los protocolos y guías de profilaxis y tratamiento antibiótico institucionales
- 209. Si lo desea, añada alguna otra habilidad que considere necesaria para este dominio [Texto libre]

ACTITUDES. El profesional:

- 210. Entiende el coste potencial social, económico y emocional de las IAAS sobre el paciente y actúa en consecuencia
- 211. Si lo desea, añada alguna otra actitud que considere necesaria para este dominio [Texto libre]

IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA**Descripción:**

Prevenir el tratamiento del sitio equivocado, procedimiento equivocado, paciente equivocado a través de la verificación de la correcta identidad del paciente

CONOCIMIENTOS. El profesional:

- 212. Conoce los procesos de verificación que aseguran que el paciente correcto recibe el tratamiento correcto, en el momento y lugar correcto
- 213. Conoce la importancia de la comunicación adecuada entre el equipo sanitario para prevenir problemas de identificación incorrecta
- 214. Conoce las fases de la identificación inequívoca
- 215. Conoce los identificadores inequívocos utilizados en la atención sanitaria
- 216. Conoce las guías y procedimientos institucionales para la identificación inequívoca
- 217. Si lo desea, añada algún elemento de conocimiento necesario en este dominio [Texto libre]

HABILIDADES. El profesional:

- 218. Tiene capacidad de comunicarse de forma efectiva con los pacientes y profesionales
- 219. Utiliza la identificación activa antes de realizar procedimientos y tratamientos
- 220. Sigue las guías o protocolos institucionales de identificación inequívoca
- 221. Utiliza de forma rutinaria los listados de verificación relacionados con la identificación del paciente
- 222. Utiliza el marcado quirúrgico cuando está indicado
- 223. Documenta la negativa del paciente a la identificación inequívoca y marcado quirúrgico
- 224. Si lo desea, añada alguna otra habilidad que considere necesaria para este dominio [Texto libre]

ACTITUDES. El profesional:

- 225. Entiende los riesgos de los errores de identificación y actúa en consecuencia
- 226. Se asegura de que el paciente se implica en el proceso de verificación inequívoca
- 227. Si lo desea, añada alguna otra actitud que considere necesaria para este dominio [Texto libre]

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO VI. CUESTIONARIO DEFINITIVO

Priorizar ítems para formación básica

METODOLOGÍA

Como en la ronda anterior, cada dominio consta de una descripción previa y una serie de enunciados englobados en 3 apartados (conocimientos, habilidades y actitudes).

Para cada una de las opciones que te presentamos, **señala en qué medida consideras que es importante incluirla en la formación básica sobre seguridad del paciente:**

1= lo menos importante

10= lo más importante

Por favor, contesta a todos los ítems del cuestionario teniendo en consideración simultáneamente su importancia y su factibilidad para ser trasladado a un escenario clínico simulado.

El tiempo requerido para la cumplimentación del cuestionario es de aproximadamente 45 minutos.

El periodo asignado a esta primera ronda del método Delphi es de una semana por lo que te rogamos lo cumplimentes **antes del día 20 de mayo**.

Te agradezco de manera anticipada tu participación. Cualquier duda que pueda surgir puedes escribir un mail a mcmartindelgado@gmail.com

DESCRIPCIÓN

El cuestionario está dividido en 8 dominios genéricos y 3 dominios asociados a prácticas seguras específicas.

Cada dominio está incluido en una página.

Para guardar sus respuestas, debe pasar a la “Siguiente página”. Si sale del cuestionario sin realizar este paso, sus respuestas en el dominio correspondiente no se guardarán.

Puede entrar y salir del cuestionario todas las veces que quiera. Por defecto, el cuestionario se abrirá en la última página guardada.

Puede modificar las respuestas que ya haya guardado, retrocediendo a la página correspondiente y realizando los cambios que desee. Recuerde que las modificaciones solo se guardarán tras pasar a la siguiente página.

INSTRUCCIONES

Para cada una de las opciones que le presentamos, señale en qué medida considera que es importante incluirla en la **FORMACIÓN BÁSICA** sobre seguridad del paciente.

1= lo menos importante

10= lo más importante

Por favor, conteste a todos los ítems del cuestionario

DOMINIO 1. CULTURA DE SEGURIDAD.

Descripción: el profesional Muestra compromiso con la SP a través de una práctica segura, competente y de alta calidad. Describe los elementos fundamentales de la SP. Mantiene y fomenta prácticas de SP a través del aprendizaje continuo. Muestra una actitud de cuestionamiento en la práctica profesional y cuidado del paciente.

CONOCIMIENTOS. El profesional:

1. Reconoce la importancia e impacto de la SP en la atención sanitaria.
2. Conoce la epidemiología de los eventos adversos: incidencia /daño/costes asociados.
3. Tiene conocimiento de la taxonomía y clasificación: incidente, evento adverso, evento centinela, “never events”.
4. Conoce las lecciones aprendidas sobre errores y fallos del sistema en otras industrias: Modelo queso suizo, factores latentes, factores activos, barreras de defensa.
5. Conoce el modelo basado en la persona (cultura punitiva) y en el sistema (enfoque sistémico).
6. Entiende el concepto de cultura justa y responsabilidad.

HABILIDADES. El profesional:

7. Tiene capacidad para reconocer los errores y incidentes relacionados con la seguridad del paciente (incidentes sin daño y eventos adversos)
8. Informa y notifica incidentes y eventos adversos
9. Tiene capacidad para reconocer factores latentes
10. Utiliza la técnica de los 5 “Por qué”, utilizando la pregunta ¿qué ha pasado? frente a ¿quién ha sido?
11. Practica los cuidados basados en la evidencia: uso de guías y protocolos
12. Tiene capacidad para asegurar la continuidad en los cuidados
13. Implica al paciente en la SP

ACTITUDES. El profesional

14. Tiene una actitud de aprendizaje y mejora continua ante los errores
15. Es capaz de asumir compromisos y responsabilidades en la SP
16. Actúa de forma ética
17. Evita culpabilizar a otros cuando ocurren errores y reconoce su propia responsabilidad
18. Si lo desea, añade algún comentario o sugerencia sobre la formación básica en este dominio [Texto libre]

DOMINIO 2. IMPORTANCIA DE LOS FACTORES HUMANOS EN LA SP**Descripción:**

Conocer los factores humanos implica entender la interacción entre las personas, las tareas, los instrumentos y el entorno de trabajo.

Comprender los factores humanos individuales y los factores del entorno laboral que configuran nuestras decisiones nos ayuda a reconocer y mitigar los sesgos problemáticos y a mejorar nuestra toma de decisiones.

CONOCIMIENTOS. El profesional:

19. Comprende las razones por las que las personas cometen errores
20. Conoce los tipos de situaciones que aumentan la probabilidad de cometer errores
21. Conoce el impacto de los factores humanos en la SP y su relación con el entorno de trabajo
22. Conoce las estrategias disponibles para disminuir los errores ligados a los factores humanos

HABILIDADES. El profesional:

23. Reconoce las situaciones de riesgo relacionadas con los factores humanos
24. Evita depender de la memoria utilizando herramientas como protocolos, diagramas de trabajo, recordatorios gráficos
25. Reconoce y gestiona el stress y la fatiga
26. Revisa y simplifica los procesos
27. Estandariza los procesos y procedimientos más comunes
28. Utiliza listados de verificación disponibles
29. Se asegura de que el equipo comparte el mismo enfoque hacia la tarea (modelo mental compartido)
30. Asegura una delegación de tareas adecuada
31. Reducen las distracciones cuando se realizan tareas complejas o potencialmente peligrosas
32. Potencia su conciencia de la situación para poder anticiparse a lo inesperado

ACTITUDES. El profesional:

33. Acepta las limitaciones de la naturaleza humana y la inevitabilidad del error ligada a dicha condición
34. Se asegura de estar entrenado para las tareas que tiene asignadas
35. Evita cambios en la manera de realizar su trabajo
36. Presta atención y es cuidadoso en sus acciones
37. Se preocupa de su propio cuidado. Reconoce cuándo sus condiciones personales pueden afectar la SP
38. Si lo desea, añada algún comentario o sugerencia sobre la formación básica en este dominio [Texto libre]

DOMINIO 3. ENTENDER EL SISTEMA Y LAS ORGANIZACIONES COMPLEJAS**Descripción:**

Un sistema complejo es aquel en el que hay tantos elementos interactuando que es difícil o imposible predecir el comportamiento del sistema basándose solamente en el conocimiento de sus componentes. El sistema sanitario es complejo por la intervención de múltiples profesionales, el gran número de procedimientos que se realizan, los avances tecnológicos y la especialización.

Los profesionales sanitarios necesitan comprender la naturaleza compleja de la asistencia sanitaria, ya que es importante para prevenir los eventos adversos y útil para analizar situaciones en las que las cosas han ido mal. La estructura y el proceso contribuyen a la calidad de los resultados. La simplificación y estandarización de los procesos son elementos clave en la SP

CONOCIMIENTOS. El profesional:

39. Entiende el trabajo como un proceso
40. Entiende la complejidad del sistema y las interrelaciones que ocurren en la atención sanitaria
41. Conoce cómo la estructura organizativa y los procesos de trabajo pueden afectar a la calidad de los cuidados
42. Conoce los factores contribuyentes y sus diferentes categorías: factores de los pacientes, de los profesionales, ligados a la tarea, tecnológicos y del equipo, factores ambientales, factores organizaciones

HABILIDADES. El profesional:

43. Reconoce los sistemas pobremente diseñados
44. Aplica los factores humanos en el rediseño de sistemas
45. Analiza los errores desde una aproximación sistémica

ACTITUDES. El profesional:

46. Es consciente de que los cuidados y tratamientos de los pacientes implican interrelaciones complejas
47. Si lo desea, añada algún comentario o sugerencia sobre la formación básica en este dominio [Texto libre]

DOMINIO 4. TRABAJO EN EQUIPO.**Descripción: el profesional**

Trabaja en equipos interprofesionales para optimizar la SP
 Considera al paciente como un elemento esencial dentro del equipo sanitario
 Trabaja de forma efectiva con el resto de profesionales en la gestión de conflictos
 Comparte de forma adecuada la autoridad, el liderazgo y la toma de decisiones

CONOCIMIENTOS. El profesional:

48. Conoce la importancia del trabajo en equipo para la seguridad del paciente
49. Conoce las características del trabajo en equipo efectivo
50. Entiende el liderazgo como elemento clave del trabajo en equipo
51. Reconoce e identifica los conflictos de los equipos. Conoce las técnicas de resolución de conflictos
52. Conoce las barreras para el trabajo en equipo en el ámbito sanitario
53. Conoce las metas y los resultados a alcanzar (responsabilidad individual y compartida)

HABILIDADES. El profesional:

54. Demuestra técnicas de liderazgo apropiadas a las situaciones clínicas
55. Identifica las funciones de cada uno de los miembros del equipo
56. Actúa como una unidad en el objetivo de una tarea
57. Toma decisiones
58. Practica la escucha activa para mejorar el trabajo en equipo
59. Acepta la delegación de tareas
60. Monitoriza las actividades del equipo.
61. Utiliza técnicas de soporte mutuo.
62. Es capaz de solicitar y ofrecer ayuda
63. Trabaja con otros miembros en la prevención de conflictos
64. Es capaz de incorporar al paciente y familiares como miembros del equipo

ACTITUDES. El profesional:

65. Demuestra respeto y empatía en la comunicación con otros profesionales y con el paciente
66. Reconoce la importancia del trabajo en equipo y está abierto a ello
67. Es consciente de cómo sus valores y asunciones afectan a la interacción con otros miembros del equipo
68. Respeta y reconoce las funciones de todos los miembros del equipo
69. Es receptivo al feed-back constructivo que recibe sobre su actuación y está en disponibilidad de darlo al resto
70. Reconoce la importancia de incorporar al paciente en el equipo sanitario
71. Fomenta un ambiente en el que todos los miembros del equipo aprenden y enseñan
72. Respeta las diferencias y opiniones divergentes que pueden contribuir a las tensiones interprofesionales
73. Demuestra disposición a establecer las prioridades y objetivos del equipo, midiendo los logros y aprendiendo de las experiencias del trabajo en equipo
74. Si lo desea, añada algún comentario o sugerencia sobre la formación básica en este dominio [Texto libre]

DOMINIO 5. COMUNICACIÓN EFECTIVA.**Descripción: el profesional**

Promociona la SP a través de la comunicación efectiva

Demuestra habilidades de comunicación efectiva (verbales y no verbales) para la prevención de incidentes relacionados con la SP

Comunica de forma efectiva situaciones de riesgo

Aplica las tecnologías de la información de forma apropiada y efectiva para una atención segura

CONOCIMIENTOS. El profesional:

75. Conoce la importancia de la comunicación efectiva en el traspaso de información
76. Conoce las técnicas de comunicación efectiva
77. Conoce la importancia de las transferencias y transiciones asistenciales en la génesis de eventos adversos
78. Entiende la necesidad de comunicarse de forma efectiva en situaciones críticas
79. Entiende los beneficios, limitaciones y responsabilidades del uso de los sistemas de información como la historia clínica electrónica, la prescripción electrónica, los sistemas de ayuda a la prescripción etc., en relación con la SP

HABILIDADES. El profesional:

80. Utiliza técnicas apropiadas de comunicación en situaciones de riesgo
81. Emplea técnicas de comunicación para resolver los problemas de autoridad
82. Se comunica con otros profesionales en la transferencia de cuidados
83. Utiliza procedimientos de comunicación adecuados en los trasposos de los pacientes, incluyendo los traslados entre diferentes instituciones y el alta hospitalaria
84. Usa la comunicación escrita de forma efectiva: documenta la historia clínica de forma adecuada, prescribe de forma segura, evita abreviaturas
85. Utiliza la tecnología y herramientas de comunicación

ACTITUDES. El profesional:

86. Reconoce la importancia de la comunicación efectiva en la SP actuando con respeto y empatía con el resto de profesionales y con el propio paciente y sus familiares
87. Si lo desea, añada algún comentario o sugerencia sobre la formación básica en este dominio [Texto libre]

DOMINIO 6. APRENDER DE LOS ERRORES Y PREVENIR EL DAÑO.**Descripción: el profesional**

Reconoce las situaciones rutinarias y escenarios en los que pueden presentarse problemas de seguridad

Reconoce la ocurrencia de un evento adverso

Mitiga el daño e identifica el riesgo inmediato para los pacientes u otros afectados por eventos adversos

Informa de la ocurrencia de un evento adverso

Participa en el análisis del caso puntual, la práctica reflexiva y la planificación para la prevención de la recurrencia

Anticipa, identifica y gestiona situaciones de riesgo

CONOCIMIENTOS. El profesional:

88. Identifica situaciones (inadecuada transmisión de información, procedimientos pobres...) y factores personales (fatiga, estrés, actitudes peligrosas, memoria limitada...) que se asocian a un incremento del riesgo de error

89. Conoce la importancia de notificar los incidentes relacionados con la seguridad del paciente

90. Entiende las características básicas de los sistemas de notificación

91. Conocen las principales estrategias para prevenir los errores

HABILIDADES. El profesional:

92. Reconoce situaciones de riesgo

93. Examina la génesis de los errores

94. Relaciona el error con las consecuencias o resultados

95. Tiene capacidad de notificar incidentes y eventos adversos

96. Tiene capacidad de participar en un AMFE

97. Aplica estrategias para reducir los errores (se cuida a sí mismo, conoce el ambiente, conoce sus tareas, pregunta si no sabe...)

98. Es capaz de hacer preguntas de manera asertiva

ACTITUDES. El profesional:

99. Ante un incidente relacionado con la SP se pregunta qué ha pasado y cómo prevenir su recurrencia

100. Aprende de sus errores y de los de otros profesionales

101. Acepta que los errores pueden ocurrir sin que ello suponga que el profesional es malo o incompetente

102. Muestra disposición a participar en el análisis de incidentes relacionados con la SP y mejora continua de calidad

103. Si lo desea, añada algún comentario o sugerencia sobre la formación básica en este dominio [Texto libre]

DOMINIO 7. INFORMAR DE EVENTOS ADVERSOS.**Descripción: el profesional**

Informa de la ocurrencia de un evento adverso al paciente y/o sus familiares de manera apropiada y ajustada a la legislación

CONOCIMIENTOS. El profesional:

- 104. Conoce los conceptos básicos: complicación / incidente relacionado con la SP/ incidente sin daño/ evento adverso
- 105. Diferencia entre el proceso de notificar y el de informar a pacientes y familiares sobre un incidente relacionado con la SP
- 106. Conoce las obligaciones profesionales, éticas y legales sobre la comunicación de un incidente relacionado con la SP

HABILIDADES. El profesional:

- 107. Es capaz de proporcionar una comunicación efectiva a tiempo y honesta sobre los incidentes relacionados con la SP
- 108. Incluye expresiones de disculpa en el proceso de información
- 109. Es capaz de proporcionar apoyo a los pacientes y profesionales implicados en un incidente relacionado con la SP
- 110. Comunica de forma adecuada una mala noticia
- 111. Es capaz de responder de manera adecuada a las emociones de los pacientes y profesionales en el proceso de información
- 112. Reconocen y saben aplicar la información en situaciones especiales con pacientes vulnerables y determinados contextos

ACTITUDES. El profesional:

- 113. Aplica un razonamiento y toma de decisiones ético moral con relación a los eventos adversos
- 114. Asume y se compromete con la atención centrada en el paciente
- 115. Acepta la obligación de revelar la ocurrencia de eventos adversos en consonancia con las políticas y legislaciones vigentes
- 116. Si lo desea, añade algún comentario o sugerencia sobre la formación básica en este dominio [Texto libre]

DOMINIO 8. IMPLICAR A LOS PACIENTES Y FAMILIARES**Descripción: el profesional**

Respetar la autonomía del paciente y valorar la implicación de pacientes y familiares en la SP

CONOCIMIENTOS. El profesional:

- 117. Conoce el proceso de toma de decisiones centrada en el paciente
- 118. Conoce la importancia de la información relacionada con la atención sanitaria
- 119. Conoce los derechos de los pacientes a recibir información y los fundamentos del consentimiento informado

HABILIDADES. El profesional:

- 120. Protege la privacidad y confidencialidad
- 121. Se presenta con nombre y cargo
- 122. Es capaz de dar la información adecuada de forma correcta: lenguaje apropiado, adaptada a la diversidad cultural
- 123. Implica a pacientes y familiares en la toma de decisiones
- 124. Aplica el consentimiento informado y evalúa la competencia. Tiene en consideración las voluntades anticipadas
- 125. Informa de los riesgos y beneficios de los tratamientos, reconoce la incertidumbre e informa de las posibles opciones

ACTITUDES. El profesional:

- 126. Muestra respeto, empatía y honestidad hacia los pacientes y familiares
- 127. Se orienta hacia la comunicación centrada en el paciente
- 128. Acepta las decisiones competentes de los pacientes
- 129. Reconoce la importancia de la participación del paciente en la SP
- 130. Promueve la participación del paciente en sus propios cuidados
- 131. Si lo desea, añade algún comentario o sugerencia sobre la formación básica en este dominio [Texto libre]

USO SEGURO DEL MEDICAMENTO**Descripción:**

Minimizar los principales errores y riesgos asociados al uso de medicamentos
 Aprender de los errores relacionados con la medicación

CONOCIMIENTOS. El profesional:

- 132. Conoce la epidemiología e impacto de los riesgos asociados al uso de medicación.
- 133. Conoce la terminología específica relacionada con la seguridad del medicamento (incidentes por medicamentos, error de medicación, acontecimiento adverso por medicamentos, reacción adversa a medicamentos...)
- 134. Conoce las diferentes fases de la cadena terapéutica donde puede ocurrir el error
- 135. Conoce los diferentes tipos, causas y riesgos de los errores de medicación
- 136. Conoce las consecuencias derivadas de los errores de medicación
- 137. Conoce los factores contribuyentes asociados a los sistemas de trabajo
- 138. Conoce las medicaciones de alto riesgo
- 139. Conoce las acciones, indicaciones, contraindicaciones, efectos adversos e interacciones de los fármacos utilizados habitualmente en su ámbito asistencial
- 140. Conoce las principales estrategias para prevenir los errores de medicación
- 141. Conoce dónde y cómo disponer de información de calidad sobre los medicamentos
- 142. Conoce los beneficios de una aproximación multidisciplinar en el uso seguro del medicamento

HABILIDADES. El profesional:

- 143. Es capaz de entender los riesgos derivados del uso del medicamento
- 144. Es capaz de minimizar los riesgos de errores de medicación y utilizar acciones preventivas (usar nombres genéricos, comunicar claramente, desarrollar hábitos de verificación - las 5 R...)
- 145. Utiliza las tecnologías de la información para disminuir los riesgos
- 146. Es capaz de aprender de los errores de medicación: notifica, analiza y aprende
- 147. Implica y educa al paciente en el uso seguro del medicamento

ACTITUDES. El profesional:

- 148. Es consciente en la práctica diaria de los riesgos asociados al uso de medicación
- 149. Se implica en mejorar la seguridad de los medicamentos.
- 150. Se entrena y forma para evitar errores de medicación.
- 151. Asume la necesidad de trabajar en equipo y de forma multidisciplinar
- 152. Si lo desea, añada algún comentario o sugerencia sobre la formación básica en este dominio [Texto libre]

INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN SANITARIA (IAAS)**Descripción:**

Disminuir los riesgos relacionados con la IAAS previniendo su aparición, mediante el uso seguro de antibióticos y a través del control y prevención de multirresistencias

CONOCIMIENTOS. El profesional:

- 153. Conoce la epidemiología de la IAAS y magnitud del problema
- 154. Conoce las principales causas y tipos de IAAS
- 155. Conoce los modelos asociados a la transmisión de la infección
- 156. Conoce los objetivos y métodos de vigilancia de la IAAS
- 157. Conoce los principales métodos para el control y prevención de la IAAS
- 158. Conoce las precauciones estándar
- 159. Conoce las precauciones basadas en la transmisión
- 160. Conoce los elementos clave de la higiene de manos
- 161. Conoce los principios básicos de la limpieza general, antisépticos y desinfectantes
- 162. Conoce los principios de higiene y procesamiento del instrumental y equipamiento clínico
- 163. Conoce las principales normas y recomendaciones para prevenir la IAAS en determinados procesos
- 164. Conoce las medidas de aislamiento para pacientes con enfermedades infecto contagiosas
- 165. Conoce el concepto de microorganismos multirresistentes y las políticas de control del uso de antibióticos
- 166. Conoce las normas, vacunas y recomendaciones dirigidas al personal sanitario

HABILIDADES. El profesional:

- 167. Aplica las precauciones estándar
- 168. Se adhiere a las recomendaciones sobre la higiene de manos realizándola en el momento y con la técnica adecuada
- 169. Utiliza de forma adecuada los equipos de protección personal y medidas barrera
- 170. Realiza de forma adecuada los diferentes tipos de aislamiento
- 171. Aplica las medidas preventivas específicas para evitar infecciones en determinados ámbitos
- 172. Utiliza los protocolos y guías de profilaxis y tratamiento antibiótico institucionales

ACTITUDES. El profesional:

- 173. Entiende el coste potencial social, económico y emocional de las IAAS sobre el paciente y actúa en consecuencia
- 174. Si lo desea, añada algún comentario o sugerencia sobre la formación básica en este dominio [Texto libre]

IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA**Descripción:**

Prevenir el tratamiento del sitio equivocado, procedimiento equivocado, paciente equivocado a través de la verificación de la correcta identidad del paciente

CONOCIMIENTOS. El profesional:

- 175. Conoce los procesos de verificación que aseguran que el paciente correcto recibe el tratamiento correcto, en el momento y lugar correcto
- 176. Conoce la importancia de la comunicación adecuada entre el equipo sanitario para prevenir problemas de identificación incorrecta
- 177. Conoce las fases de la identificación inequívoca
- 178. Conoce los identificadores inequívocos utilizados en la atención sanitaria

HABILIDADES. El profesional:

- 179. Tiene capacidad de comunicarse de forma efectiva con los pacientes y profesionales
- 180. Utiliza la identificación activa antes de realizar procedimientos y tratamientos
- 181. Sigue las guías o protocolos institucionales de identificación inequívoca
- 182. Utiliza de forma rutinaria los listados de verificación relacionados con la identificación del paciente
- 183. Utiliza el marcado quirúrgico cuando está indicado
- 184. Documenta la negativa del paciente a la identificación inequívoca y marcado quirúrgico

ACTITUDES. El profesional:

- 185. Entiende los riesgos de los errores de identificación y actúa en consecuencia
- 186. Se asegura de que el paciente se implica en el proceso de verificación inequívoca
- 187. Si lo desea, añade algún comentario o sugerencia sobre la formación básica en este dominio [Texto libre]

Muchas gracias por su colaboración