

Encuesta sobre Cultura de la Seguridad en
Servicios de Urgencias Hospitalarios de
Aragón

Safety Culture Survey in Hospitalary
Urgency Services of Aragon.

Pedro Lopes Garzón.

Índice

1. Introducción.....	5
2. Material y método.....	9
3. Resultados.....	17
4. Discusión.....	30
5. Conclusiones.....	33
5. Bibliografía.....	35

Resumen

Introducción: la cultura de seguridad (CS) es un aspecto de la seguridad del paciente que se define como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de un mismo servicio. Su análisis permite conocer el nivel de CS de un servicio o centro e identificar fortalezas y áreas de mejora.

Objetivo: el objetivo de este trabajo es analizar la CS de los profesionales de medicina y enfermería de los servicios de urgencia hospitalaria (SUH) en hospitales públicos de Aragón, aplicando el cuestionario HSOPS de la AHRQ validado al español.

Material y métodos: se pasó el cuestionario HSOPS entre médicos, MIR y enfermeros de SUH de varios hospitales de Aragón (n=368).

Resultados: la dimensión mejor valorada fue *Trabajo en equipo en la unidad*, con un 66% de respuestas positivas. La dimensión peor valorada fue *Dotación de recursos humanos* con un 71% de respuestas negativas. No se identificaron fortalezas, pero sí áreas de mejora.

Discusión: las dimensiones mejor valoradas en este estudio fueron *Trabajo en equipo en la unidad* y *Expectativas/acciones sobre los responsables de la unidad*, algo que coincide con la bibliografía. La distribución de respuestas positivas, negativas y neutras fue similar.

Conclusiones: en este estudio no se han encontrado fortalezas, pero sí dimensiones de seguridad muy bien valoradas que podrían serlo si se trabajasen sobre ellas. Conocer el nivel de CS en el Servicio de Urgencias debería realizarse frecuentemente para valorar la seguridad del mismo y realizar evaluaciones posteriores.

Palabras clave: *servicio de urgencias, seguridad del paciente, cultura de la seguridad.*

1. Introducción

Seguridad del Paciente

La Seguridad del Paciente (SP) es un principio fundamental de la asistencia sanitaria que tiene como objetivo minimizar los riesgos o daños de la atención sanitaria en los pacientes, y todas aquellas actuaciones, estrategias y cultura encaminadas a minimizar los riesgos y/o daños que se puedan producir en los pacientes¹. La SP es un componente fundamental de la calidad asistencial, así como un indicador del estado de la misma en un sistema sanitario o una organización².

Como precedente, en 1999, el Instituto Americano de Medicina (Institute of Medicine, IOM por sus siglas en Inglés) elaboró el informe *To err is human* (errar es humano)³, que puso de manifiesto la importancia de los daños asociados o derivados de la asistencia sanitaria. Según este informe, entre 44.000-98.000 muertes en EEUU se debieron a errores médicos, y en su prólogo se manifestó que, del mismo modo que existían sistemas y medidas de seguridad en áreas como la automovilística y la aviación, debían de haberlas en la medicina. Estas cifras no solo evidenciaron la pérdida de vidas, sino también una pérdida monetaria importante. Otro informe, como el *An organization with a memory* (una organización con memoria)⁴ en Reino Unido (2000) (3), estimó que cerca del 10% de la asistencia sanitaria va acompañado de un eventos adversos (EA) al año. Estos informes anglosajones sirvieron de precedente a nivel mundial para la creación del concepto de seguridad del paciente.

En 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró la *Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente*^{1, 2}, promoviendo herramientas y actuaciones para mejorar la atención sanitaria en el mundo, y en 2006 el Consejo de Europa⁵ instó a los países miembros a desarrollar estrategias, programas y políticas para mejorar la Seguridad del Paciente.

En España los precedentes establecidos en la Ley General de Sanidad de 1986, que en su Título I establece como prioridad “mejorar la calidad asistencial en todos sus niveles”⁶, la Ley de Cohesión y Calidad de año 2003⁷, y el contexto a nivel

Internacional, propiciaron la elaboración en de la Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)⁸ y, posteriormente, del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud⁹.

El Plan de Calidad del sistema Nacional de Salud establece una serie de estrategias y objetivos con el fin de mejorar la calidad asistencial y fomentar la excelencia clínica, siendo la estrategia 8 dirigida hacia seguridad del paciente. Dentro de ella, se encuentra el objetivo 8.1, que *insta a promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad de los pacientes entre los profesionales*⁹.

Cultura de la seguridad

La cultura de seguridad, se define como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir^{9,10}, En el ámbito sanitario, este conjunto de valores y normas se posiciona alrededor de la seguridad del paciente. La cultura de la seguridad va a depender de una serie de variables que son la formación y colaboración de los profesionales en prevención, reconocimiento e identificación de errores y/o daños producidos en la asistencia sanitaria, así como la reevaluación constante de este proceso con el fin de mejorar.¹¹ La cultura de la seguridad, además, busca un carácter no punitivo en el ambiente de trabajo, así como de un clima de seguridad y confianza entre los propios componentes del servicio, en el que los errores son fuente de aprendizaje y de mejora, y no son utilizados para culpabilizar, por lo que requiere el compromiso de sus integrantes¹².

Para medir la cultura de la seguridad en un servicio, unidad, hospital u organización, existen encuestas sobre seguridad del paciente, mediante un abordaje en su mayoría cualitativo¹³. En España, el cuestionario por excelencia sobre seguridad del paciente empleado es el HSOPS (Hospital Survey On Patient Safety) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) traducida y adaptada al castellano por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) ¹⁴. Este cuestionario establece 12 áreas o dimensiones en los que se desglosa la cultura de la seguridad, lo que facilita su análisis, y son: facilidad de comunicación,

feed-back sobre el error, frecuencia de notificación de eventos, transiciones de paciente e información, apoyo de la gerencia/dirección del hospital, respuesta no punitiva al error, aprendizaje y mejora continua, percepción general de la seguridad del paciente, dotación de recursos humanos, acciones de promoción de seguridad de los responsables de la unidad, colaboración entre unidades/servicios, trabajo en equipo dentro de la unidad^{11.12}.

Medición de la cultura de la seguridad (CS) en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH). Justificación.

Los Servicios de Urgencias (SU) son servicios con un unas características especiales (triage-clasificación de pacientes, reevaluación de los mismos) a las que se le suman las propias de la atención urgente: suponen, en la mayoría de los casos, la puerta de entrada al sistema sanitario, cumpliendo las funciones de servicio receptor de pacientes y de proveedor de los mismos a otros servicios. Son, pues, servicios con una gran afluencia de pacientes y una gran carga de trabajo, donde los eventos adversos (EA) en seguridad pueden aparecer con mayor facilidad ¹⁵. Según el estudio EVADUR¹⁶, la incidencia de EA en los SU se estima en torno al 12%. No obstante la falta de seguimiento de pacientes, y la infranotificación de EA por miedo a represalias (signo evidente de falta de CS) podrían enmascarar cifras mayores de incidencia de EA. Además, el 57% de ellos se produjeron en la misma atención urgente, y el 49% podrían haberse evitado. Estos datos, entre otros, evidencian que gran parte de los EA producidos se hubieran evitado con medidas activas en SP, y, más concretamente, con niveles adecuados en Cultura de la Seguridad (CS).

Volviendo de nuevo al punto 8.1 del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, sobre Seguridad del Paciente, cuyo objetivo es mejorar la CS, establece como plan de acción *la medición de la cultura de la seguridad* ^{13, 15}, con una serie de fines que, aplicados al contexto de los SU nos permitiría ver en qué punto o nivel de CS nos encontramos¹⁶. Y no sólo eso, sino que serviría para tratar de averiguar cuáles pueden ser las causas principales de errores o errores potenciales, que planes o estrategias se podrían plantear para reducirlos y evaluar la CS en consultas sucesivas a modo de seguimiento.

Por tanto el hecho de medir el nivel de CS en los profesionales no sólo es un paso importante, sino el primero y fundamental para mejorar el nivel de seguridad del paciente en los Servicios de Urgencias y reducir la incidencia de eventos adversos.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es analizar la cultura de la seguridad entre los profesionales de medicina y enfermería de los servicios de urgencia hospitalaria (SUH) de los hospitales públicos de Aragón, mediante la aplicación del cuestionario HSOPS de la AHRQ validado al español.

2. Material y métodos:

2.1 Diseño del estudio

Estudio descriptivo transversal sobre seguridad del paciente en los Servicios de Urgencias (SU) de los hospitales públicos de Aragón en el año 2016.

2.2 Población del estudio

Participaron en el estudio profesionales sanitarios (médicos, residentes y enfermeros) de los Hospitales Miguel Servet, Clínico Universitario Lozano Blesa, Provincial Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza, Ernest Lluch (Calatayud), Centro de Alta Resolución Cinco Villas (Ejea de los Caballeros), San Jorge (Huesca), Barbastro y Alcañiz.

Selección de participantes

La selección de participantes se realizó mediante muestreo por conveniencia: se buscó la participación del máximo número de profesionales de cada servicio mediante la colaboración de personal de apoyo (miembros del grupo de Seguridad del Paciente de SEMES Aragón) informando sobre el estudio, solicitando colaboración y entregando los cuestionarios, preferiblemente en horas de descanso o en cambios de turno. El número de participantes fue de n=368, siendo 105 médicos, 66 residentes y 197 personal de enfermería.

Criterios de inclusión:

Profesionales médicos, Médicos Internos Residentes (MIR) y profesionales de enfermería.

Consideraciones éticas

El cuestionario AHRQ es una encuesta anónima, por lo que no fue necesario elaborar documentos sobre preservación de confidencialidad. Se solicitó autorización para llevar a cabo el estudio a los Jefes de Servicio de Urgencias de cada Hospital, contando con su aprobación.

2.3 Mediciones realizadas: Cuestionario AHRQ.

El cuestionario HSOPS (Hospital Survey On Patient Safety) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), traducida y adaptada al castellano por el Ministerio de Sanidad, Servicios e Igualdad (MSSI) ¹⁴, es una herramienta que permite conocer el nivel de cultura de seguridad en los distintos servicios o unidades de una organización sanitaria, y que ha sido ampliamente utilizada tanto en EEUU como en España.

Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta inicialmente de 42 preguntas o ítems que configuran un total de 12 dimensiones de la CS ^{12, 13,17}, subdivididas a su vez en 3 apartados: A: "Su Servicio/Unidad"; B: "Su hospital"; C:"Comunicación en su servicio/unidad" con el objetivo de identificar fortalezas y debilidades. (**Tabla 1**).

Tabla 1. Dimensiones de seguridad y preguntas/ítems con que se corresponden

Dimensión de la seguridad (definición)	Pregunta del cuestionario HSOPS (Nº)
Frecuencia de eventos notificados (Se notifican los errores siguientes: 1) errores detectados y corregidos antes de afectar al paciente, 2) errores sin daño potencial para el paciente y 3) errores que podían haber provocado daño al paciente pero no lo hicieron)	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (40).
	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (41).
	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (42).
Percepción de seguridad (Los procedimientos y sistemas son buenos a la hora de prevenir errores y no existen problemas de SP)	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (15).
	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (18).
	No se producen más fallos por casualidad (10).
	En esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del paciente" (17).

<p>Expectativas y acciones de la dirección del servicio que favorecen la seguridad</p> <p>(Los responsables toman en consideración las sugerencias de los unidad/servicio que favorecen la seguridad profesionales encaminadas a mejorar la seguridad del paciente, estimulan que éstos sigan procedimientos seguros y no pasan por alto los problemas de SP.)</p>	<p>Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente (19).</p>
	<p>Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (20).</p>
	<p>Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente (21).</p>
	<p>Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (22).</p>
<p>Aprendizaje organizacional. Mejora continua</p> <p>(Existe una cultura en la que los errores conducen a cambios positivos y en la que se evalúa la efectividad de los cambios introducidos.)</p>	<p>Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (6).</p>
	<p>Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (9).</p>
	<p>Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (13).</p>
<p>Trabajo en equipo en la unidad</p> <p>(Los profesionales de la unidad se apoyan mutuamente, se tratan entre sí con respeto y trabajan conjuntamente como un equipo.)</p>	<p>El personal se apoya mutuamente (1).</p>
	<p>Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (3).</p>
	<p>En esta unidad nos tratamos todos con respeto (4).</p>
	<p>Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (11).</p>

<p>Franqueza en la comunicación</p> <p>(Los profesionales pueden hablar libremente si observan que algo puede afectar negativamente al paciente y se sienten libres de comentarlo con profesionales de mayor autoridad sobre ello.)</p>	<p>Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (35).</p>
	<p>El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (37).</p>
	<p>El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta (39).</p>
<p>Feedback y comunicación sobre errores</p> <p>(Los profesionales son informados de los errores que ocurren, de los cambios que se han implementado y comentan los modos de prevenir errores.)</p>	<p>Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (34).</p>
	<p>Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad (36).</p>
	<p>En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (38).</p>
<p>Respuesta no punitiva a los errores</p> <p>(Los profesionales sienten que los errores y la notificación de eventos no se utilizaran en contra suya y que los errores no constaran en su expediente personal.)</p>	<p>Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra (8).</p>
	<p>Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable” (12).</p>
	<p>Cuando se comete un error, el personal teme que quede en su expediente (16).</p>
<p>Dotación de personal</p> <p>(Se dispone del personal suficiente para asumir la carga de trabajo y los horarios son adecuados para proveer la mejor asistencia al paciente.)</p>	<p>Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (2).</p>
	<p>A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (5).</p>
	<p>En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal (7).</p>
	<p>Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (14).</p>

<p>Apoyo de la gerencia del hospital a la seguridad del paciente</p> <p>(La gerencia/dirección del hospital favorece un clima de trabajo que promueve la SP y resalta que la SP es una prioridad.)</p>	<p>La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (23).</p>
	<p>La gerencia/dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (30).</p>
	<p>La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (31).</p>
<p>Trabajo en equipo entre unidades</p> <p>(Las unidades del hospital cooperan y se coordinan entre ellas para proporcionar la mejor atención al paciente.)</p>	<p>Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente (26).</p>
	<p>Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible (32).</p>
	<p>Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas (24).</p> <p>Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/ unidades (28).</p>
<p>Problema en los cambios de turno y en transiciones asistenciales</p> <p>(Se generan problemas en la transferencia de información para la atención del paciente en los cambios de turno y entre unidades.)</p>	<p>La información de los paciente se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad /servicio a otra (25).</p>
	<p>En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (27).</p>
	<p>El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático (29)</p> <p>Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (33).</p>

El cuestionario, además, presenta un cuarto apartado D: “información complementaria” con 10 ítems que permiten conocer la calificación (de 0 a 10) que cada profesional otorga al servicio, así como el número de eventos adversos relacionados con la seguridad que se notifican. Contiene también 7 preguntas de tipo sociolaboral y una pregunta de respuesta abierta para reflejar comentarios. Las respuestas se completan mediante marcaje o de forma libre. (**Tabla 2**).

Tabla 2. Preguntas de tipo sociolaboral del apartado D.

Pregunta (Nº)	Tipo de respuesta
¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad? (44)	Año
¿En qué año empezó a trabajar en este hospital? (45)	Año
¿En qué año empezó a trabajar en su servicio? (46)	Año
¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital? (47)	Horas
48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito? (48)	Nº de incidentes
¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes? (49)	Dicotómica: Sí/No
¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta. (50)	Multiopción (Especialidad/Disciplina)

Finalmente, presenta un anexo con 7 ítems llamado “información adicional” relacionadas con la seguridad del paciente.

Las preguntas de los apartados A, B, C y Anexo se responden mediante una escala tipo Likert de 5 puntos o niveles:

- En los apartados A y B, 1 es “Muy en desacuerdo”, 2 “Es desacuerdo”, 3 “indiferente”, 4 “De acuerdo” y 5 “Muy de acuerdo”
- En el apartado C y en el Anexo, 1 es “Nunca”, 2 “Casi nunca”, 3 “A veces”, 4 “Casi siempre” y 5 “Siempre”.

De este modo, las preguntas se pueden clasificar como *negativas* (valores 4 y 5), *positivas* (valores 1 y 2) o *neutras* (valor 3).

2.4 Mediciones realizadas/Análisis de los datos

Para realizar el estudio descriptivo se utiliza la metodología recomendada por la AHRQ^{17,18} para la interpretación del cuestionario. Las preguntas de los apartados A, B y C, que se corresponden con las diferentes dimensiones de la seguridad, se formulan tanto de forma positiva como de forma negativa, lo que permite, gracias también al empleo de la escala tipo Likert para su categorización, identificar *fortalezas* en el caso de las preguntas formuladas positivamente y *oportunidades de mejora* en las preguntas formuladas negativamente.

Para clasificar un ítem/pregunta o una dimensión como *fortaleza*, se han de cumplir los siguientes criterios:

- $\geq 75\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” ó “nunca/raramente”) a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar un ítem o una dimensión como *oportunidad de mejora* se han empleado los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 50\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “raramente/nunca”) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 50\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en negativo.

El análisis de fortalezas y oportunidades de mejora se realiza de forma global y segmentado por categoría profesional (Médico, Residente y Enfermero).

2.5 Análisis estadístico

Se utilizó una plantilla prediseñada del programa Microsoft Excel 2010[®] para la interpretación y análisis de los datos obtenidos de los cuestionarios, realizada la Sociedad española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Los datos fueron transcritos a dicha plantilla, tanto de manera global como segregados por categoría profesional. Las variables continuas se expresaron como medias con SD o medianas con rangos intercuartiles, según correspondió, y las variables categóricas se expresaron como porcentajes. Los análisis, tablas y gráficos (diagramas radiales para comparar entre categorías profesionales) se realizaron utilizando el software Microsoft Excel 2010[®].

3. Resultados

3.1. Resultados globales de la encuesta: personal facultativo, MIR y personal de enfermería. N=368.

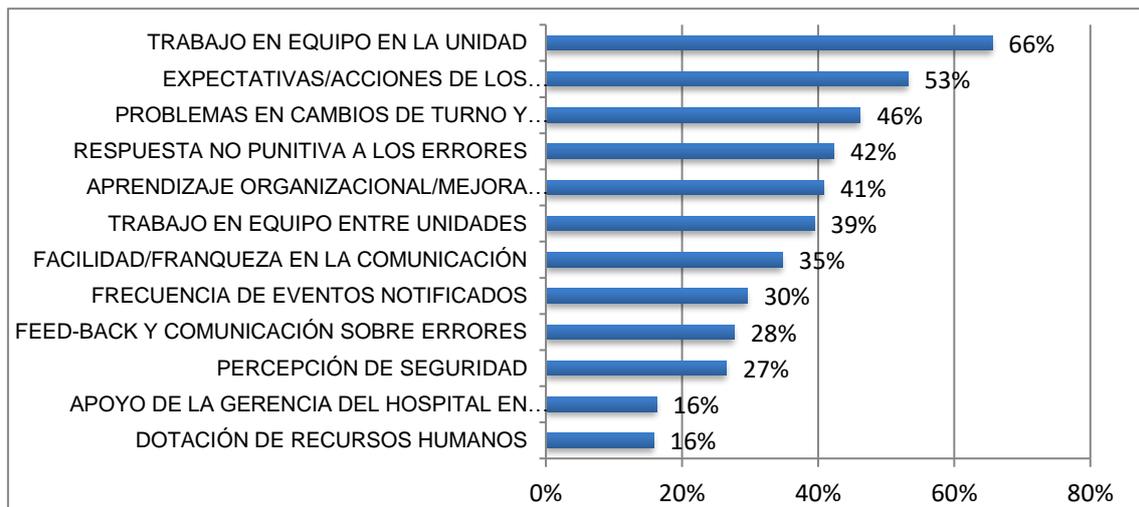
3.1.1. Distribución de respuestas positivas, negativas y neutras

El 40% de las respuestas fueron positivas, el 32% fueron negativas y el 28% restante fueron neutras.

3.1.2. Porcentaje de respuestas positivas por dimensión:

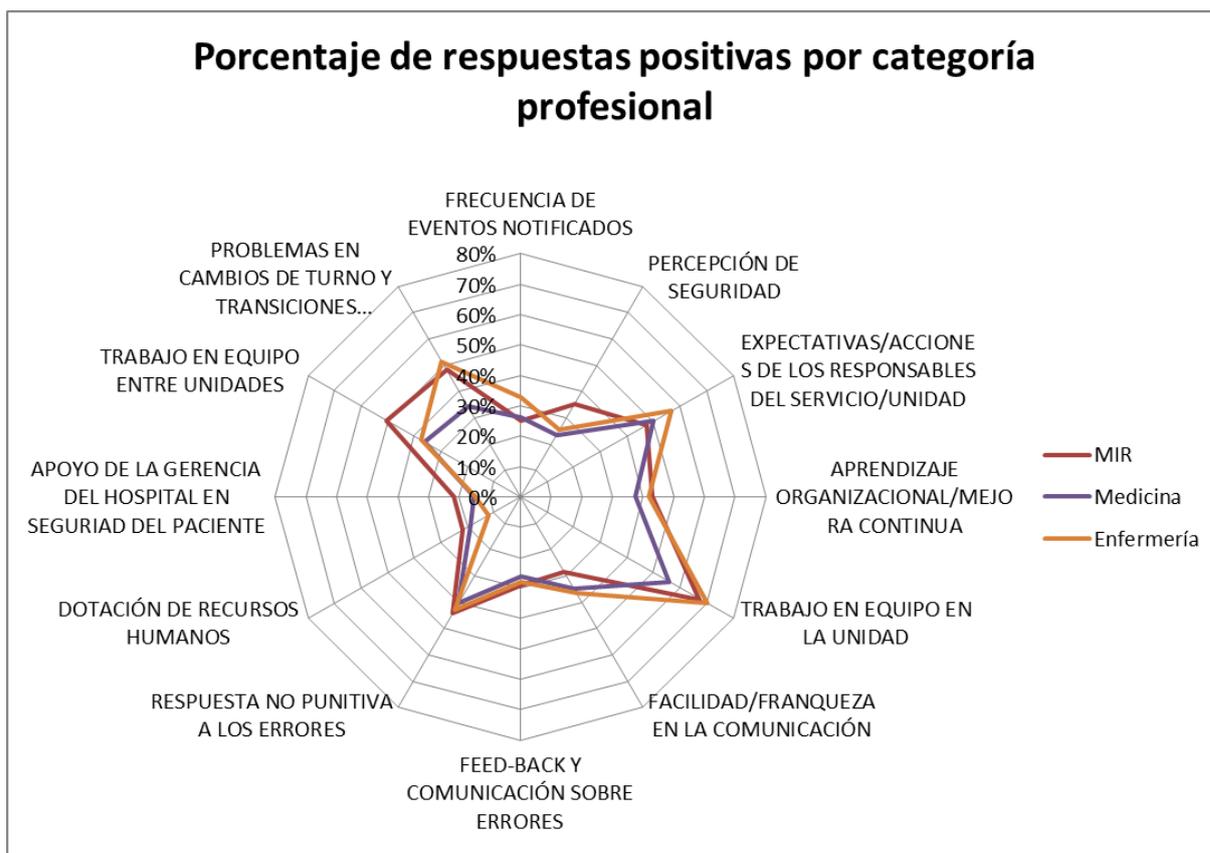
La dimensión mejor valorada fue *Trabajo en equipo en la unidad*, con un 66% de respuestas positivas. La dimensión con menor porcentaje de respuestas positivas fue *Dotación de recursos humanos*, con un 16% de respuestas positivas. **Figura 1. Figura 2.**

Figura 1. Porcentaje de respuestas positivas entre las 3 categorías profesionales.



No se identifican fortalezas al no haber dimensiones con un porcentaje de respuestas positivas $\geq 75\%$.

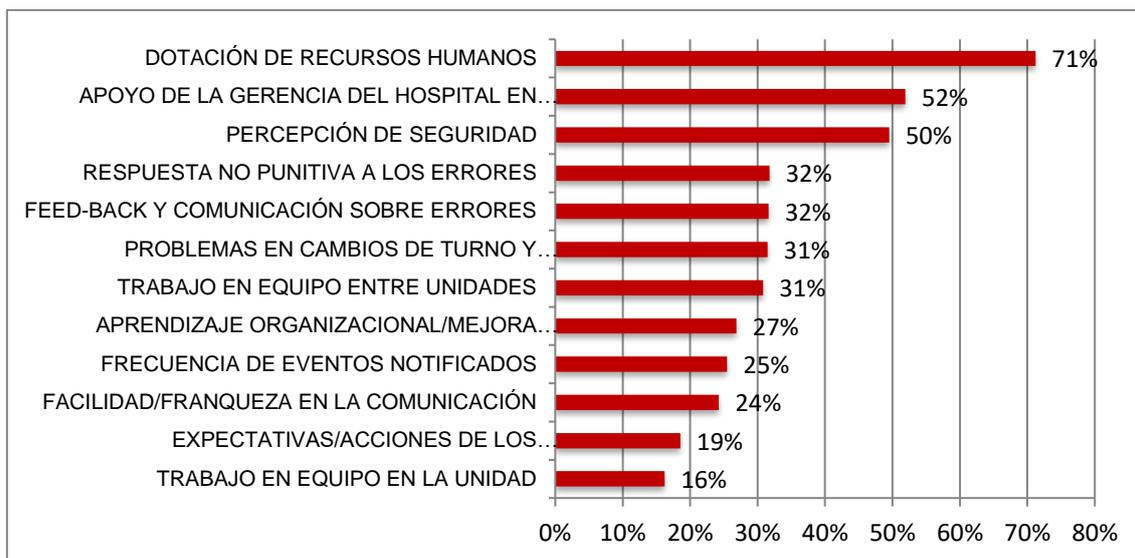
Figura 2. Porcentaje de respuestas positivas por categoría profesional



3.1.3. Porcentaje de respuestas negativas por dimensión

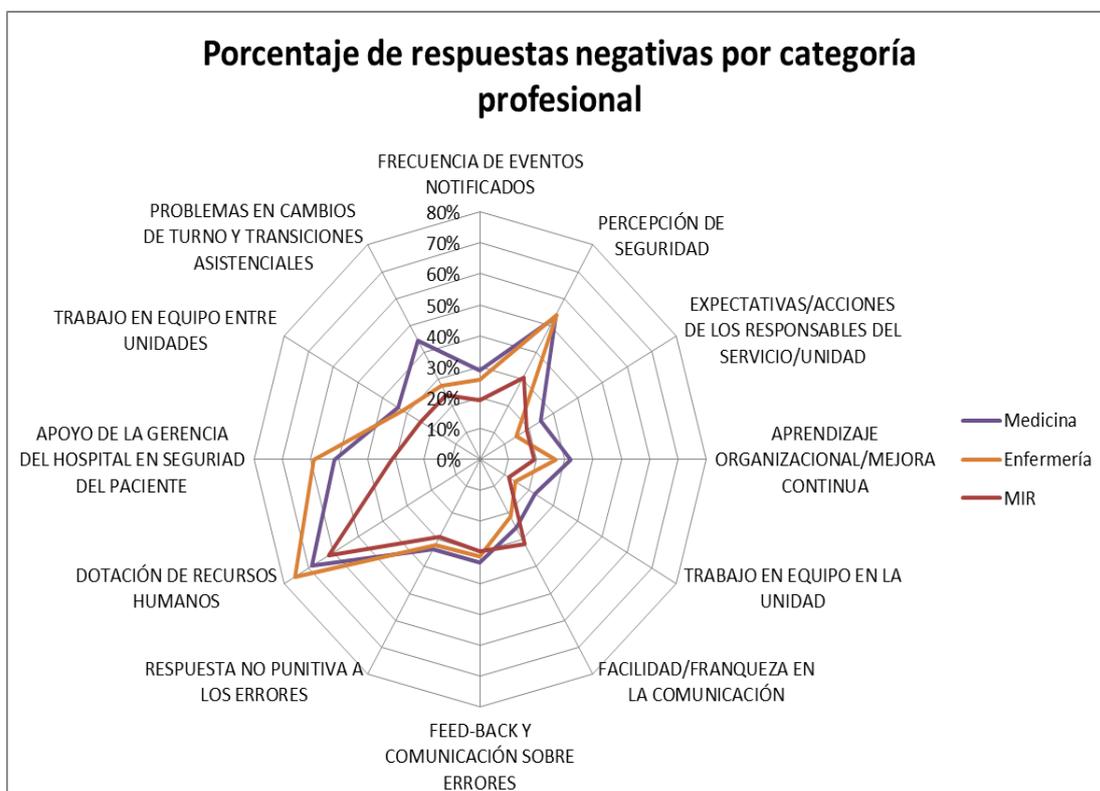
La dimensión peor valorada fue *Dotación de recursos humanos* con un 71% de respuestas negativas. La dimensión con menor porcentaje de respuestas negativas fue *Trabajo en equipo en la unidad*, con un 16% de respuestas negativas. **Figura 3. Figura 4.**

Figura 3. Porcentaje de respuestas negativas entre las 3 categorías profesionales



Se identifican como áreas de mejora: dotación de recursos humanos apoyo de la gerencia en seguridad del paciente y percepción de seguridad al ser dimensiones con preguntas con $\geq 50\%$ de respuestas negativas.

Figura 4. Porcentaje de respuestas negativas por categoría profesional



3.1.4. Nota media que los profesionales otorgan al SU

La nota media que los profesionales otorgaron al SU fue de 6,21 sobre 10.

3.1.5. Eventos adversos notificados en el SU

Del total de encuestados, 303 (82,3%) no notificaron EA. Del resto, 65 (17,7%):

- 37 notificaron un EA
- 15 notificaron 2 EA
- 6 notificaron 3 EA
- 3 notificaron 4 EA
- 1 notificó 5 EA
- 2 notificaron 6 EA
- 1 notificó 12 EA

3.1.6. Preguntas del Anexo: Información adicional.

“53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida. “

- El 43% de los encuestados respondió que casi siempre se lleva a cabo esta acción, un 29% sólo a veces y un 13% siempre.

“54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc). “

- El 40% contestó que casi nunca realiza esta acción, un 36% que a veces la realizaba y un 15% que nunca la realizaba.

“55. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente. “

- El 52% contestó que casi siempre se realiza, un 27% siempre y un 18% a veces.

“56. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente. “

- El 40% de los encuestados contestó que a veces se realiza esta acción, un 37% casi siempre y una 14% siempre.

“57. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente “

- Un 39% contestó que a veces se lleva a cabo esta acción, un 34% casi siempre, un 13% casi nunca y un 12% siempre.

3.2. Resultados globales de la encuesta: personal facultativo. N=105.

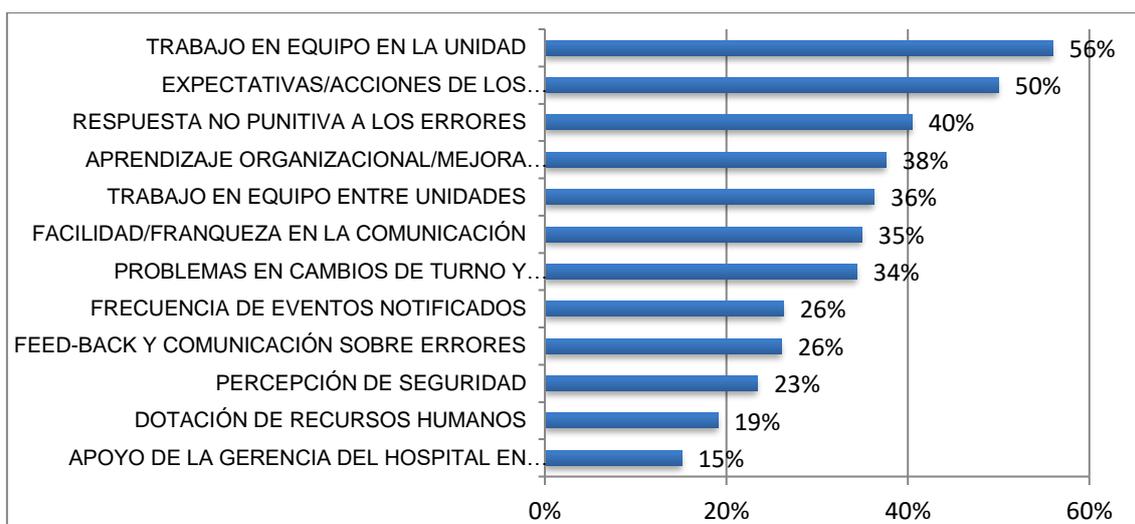
3.2.1. Distribución de respuestas positivas, negativas y neutras

Un 36% de las respuestas fueron positivas, otro 36% fueron negativas y el 28% restantes fueron neutras.

3.2.2. Porcentaje de respuestas positivas por dimensión

La dimensión mejor valorada fue *Trabajo en equipo en la unidad* con un 56% de respuestas positivas. La dimensión con menor porcentaje de respuestas positivas fue *Apoyo de la gerencia del hospital en seguridad del paciente*, con un 15% de respuestas positivas. **Figura 5.**

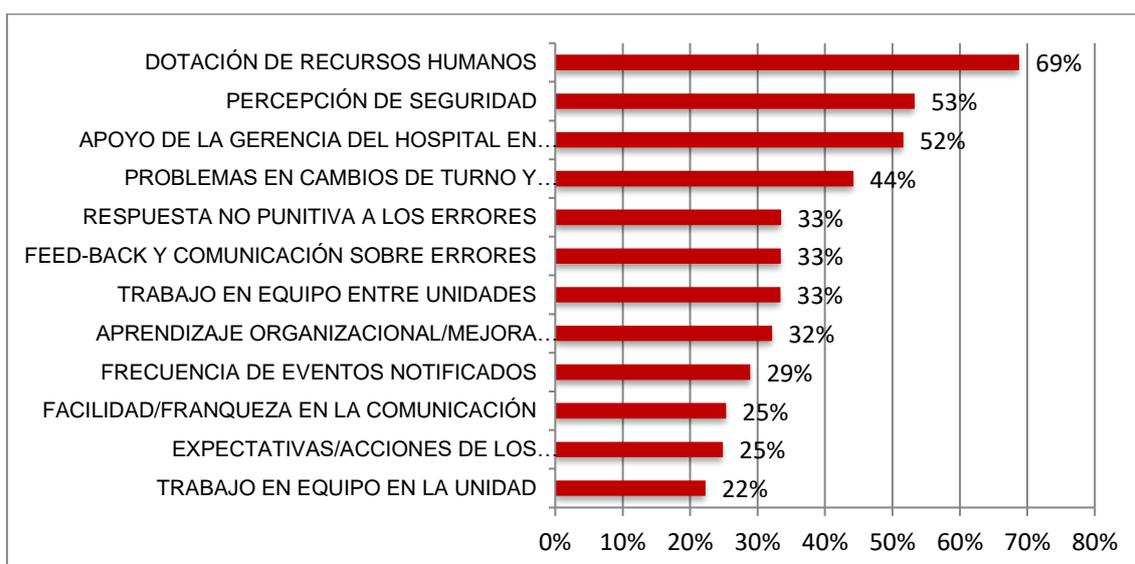
Figura 5. Porcentaje de respuestas positivas entre personal facultativo.



3.2.3. Porcentaje de respuestas negativas por dimensión

La dimensión peor valorada fue *Dotación de recursos humanos* con un 69% de respuestas negativas. La dimensión con menor porcentaje de respuestas negativas fue *Trabajo en equipo en la unidad*, con una 22% de respuestas negativas. **Figura 6.**

Figura 6. Porcentaje de respuestas negativas entre personal facultativo.



3.2.4. Nota media que el personal facultativo otorga al SU

La nota media fue de 5,92 sobre 10.

3.2.5. Eventos adversos notificados en el SU

Del total de facultativos, 78 (74,3%) no notificaron EA. Del resto, 27 (25,7%):

- 11 notificaron un EA
- 6 notificaron 2 EA
- 4 notificaron 3 EA
- 2 notificaron 4 EA
- 1 notificó 5 EA
- 2 notificaron 6 EA
- 1 notificó 12 EA

3.2.6. Preguntas del Anexo: Información adicional.

“53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida. “

- El 39% contestó que a veces realiza esta acción, un 32% casi siempre y un 19% casi nunca.

“54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc). “

- El 41% de los encuestados contestó que casi nunca llevan a cabo esta acción, y un 39% contestó que a veces. Un 12% contestó que casi siempre se lleva a cabo.

“55. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente. “

- El 53% de los médicos contestó que casi siempre llevan a cabo esta acción, un 32% siempre y un 12% a veces.

“56. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente. “

- El 49% de los médicos contestó que casi siempre lo hacen, un 29% a veces, un 14% siempre y un 8% nunca.

“57. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente “

- El 51% de los médicos contestó casi siempre, un 33% a veces y un 12% siempre.

3.3. Resultados globales de la encuesta: MIR. N=66.

3.3.1. Distribución de respuestas positivas, negativas y neutras

El 42% de las respuestas fueron positivas, un 25% negativas y un 33% neutras.

3.3.2. Porcentaje de respuestas positivas por dimensión

La dimensión mejor valorada fue *Trabajo en equipo en la unidad* con un 67% de respuestas positivas. Las dimensiones *Dotación de recursos humanos* y *Apoyo de la gerencia del hospital en seguridad del paciente* fueron las que menor porcentaje de respuestas positivas obtuvieron, con un 22%. **Figura 7.**

Figura 7. Porcentaje de respuestas positivas entre MIR.



3.3.3. Porcentaje de respuestas negativas por dimensión

La dimensión peor valorada fue *Dotación de recursos humanos* con un 62% de respuestas negativas. La dimensión con menor porcentaje de respuestas negativas fue *Trabajo en equipo en la unidad*, con un 12%. **Figura 8.**

Figura 8. Porcentaje de respuestas negativas entre MIR.



3.3.4. Nota media que los profesionales otorgan al SU

La nota media que los MIR otorgaron al SU fue de 6,96 sobre 10.

3.3.5. Eventos adversos notificados en el SU

Del total de MIR, 60 (90,9%) no notificaron ningún EA. Del resto, 6 (9,1%):

- 5 notificaron un EA
- 1 notificó un EA

3.3.6. Preguntas del Anexo: Información adicional.

“53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida. “

- El 35% de MIR contestó casi siempre, un 31% a veces y un 29% casi nunca.

“54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc). “

- El 45% de los MIR contestó casi nunca, un 36% a veces y un 13% siempre.

“55. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente. “

- El 54% de MIR contestó casi siempre, un 33% siempre y un 13% a veces.

“56. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente. “

- El 41% de MIR contestó casi siempre, un 30% a veces y un 26% siempre.

“57. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente “

- El 51% de MIR contestó casi siempre, un 28% a veces y un 16% siempre.

3.4. Resultados globales de la encuesta: personal de enfermería. N= 197.

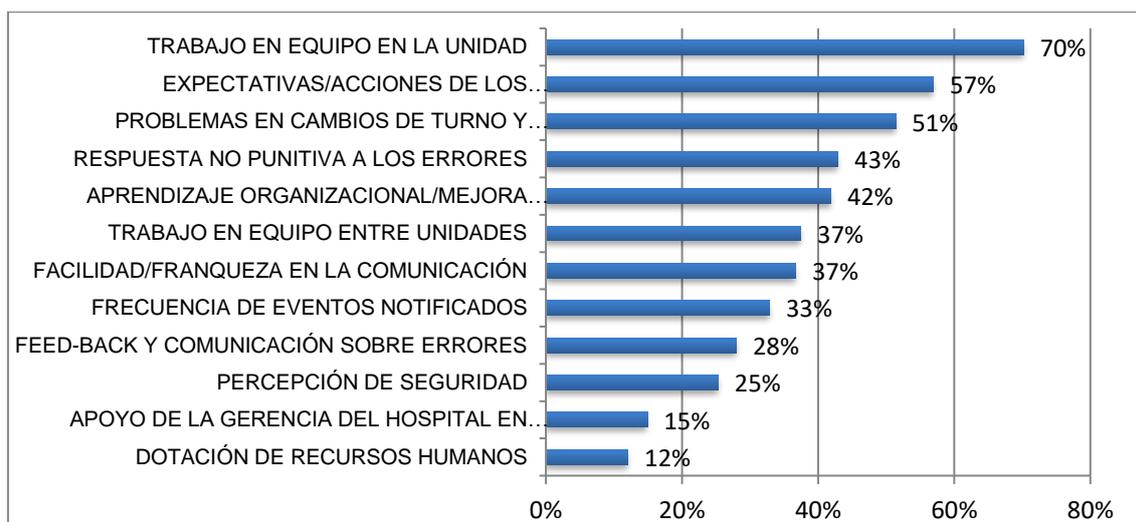
3.4.1. Distribución de respuestas positivas, negativas y neutras

El 41% de las respuestas fueron positivas, un 32% fueron negativas y el 27% restante fueron neutras.

3.4.2. Porcentaje de respuestas positivas por dimensión

La dimensión mejor valorada por el personal de enfermería fue *Trabajo en equipo en la unidad* con un 70% de respuestas positivas. La dimensión con menor porcentaje de respuestas positivas fue *Dotación de recursos humanos* con un 12%. **Figura 9.**

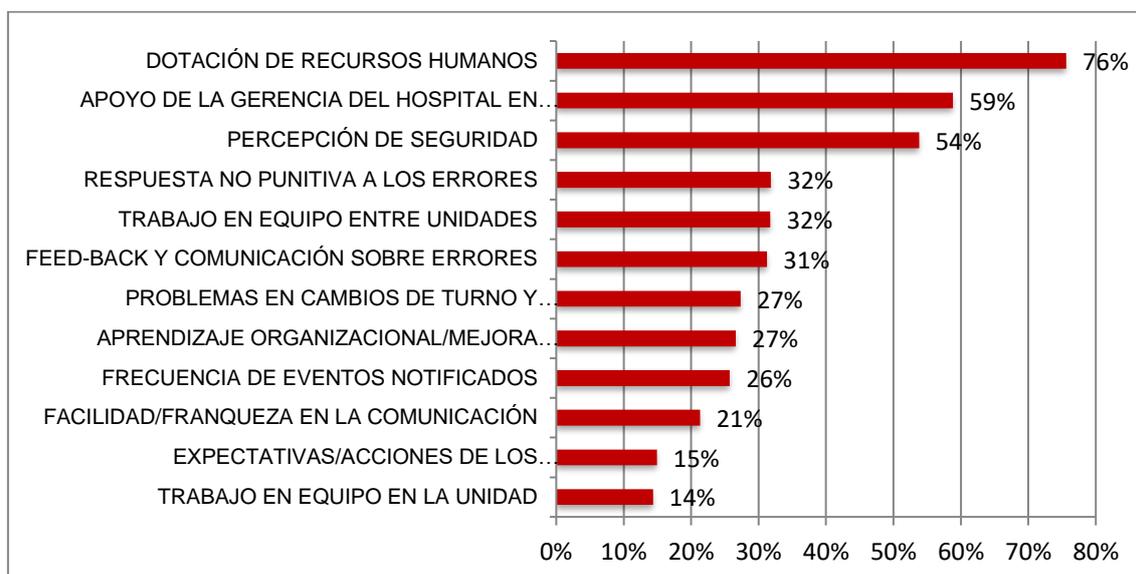
Figura 9. Porcentaje de respuestas positivas entre personal de enfermería.



3.4.3. Porcentaje de respuestas negativas por dimensión

La dimensión peor valorada por el personal de enfermería fue *Dotación de recursos humanos* con una 76% de respuestas negativas. Las dimensiones con menor porcentaje de respuestas negativas fueron *Trabajo en equipo en la unidad* y *Expectativas/acciones de los responsables del servicio/unidad* con un 14% y un 15% respectivamente. **Figura 10.**

Figura 10. Porcentaje de respuestas negativas entre personal de enfermería.



3.4.4. Nota media que los profesionales otorgan al SU

La nota media que los enfermeros asignaron a su SU fue de 6,15 sobre 10.

3.4.5. Eventos adversos notificados en el SU

Del total de enfermeros, 165 (83,8%) no notificaron ningún EA. Del resto, 32 (16,2%):

- 21 notificaron 1 EA
- 8 notificaron 2 EA
- 2 notificaron 3 EA
- 1 notificó 4 EA

3.4.6. Preguntas del Anexo: Información adicional.

“53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida. “

- El 51% de los enfermeros contestó casi siempre, un 24% a veces y un 19% siempre.

“54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc). “

- El 38% de los enfermeros contestó casi nunca, el 36% a veces, el 19% nunca.

“55. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente. “

- El 51% contestó casi siempre, un 24% a veces y un 21% casi siempre

“56. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente. “

- El 49% contestó a veces, un 29% contestó casi siempre, un 11% siempre y otro 11% casi nunca.

“57. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente “

- El 46% contestó a veces, un 21% casi siempre y un 20% casi nunca.

4. Discusión

4.1. Distribución de respuestas positivas, negativas y neutras

En este estudio, hubo un mayor porcentaje de respuestas positivas: el porcentaje de respuestas positivas fue del 40%, otro 32% fueron negativas y un 28% restantes fueron neutras. En un estudio sobre CS en Servicios de Urgencia Extrahospitalarios (SUE)¹⁹, los porcentajes fueron de un 57% de respuestas positivas, un 16% negativas y un 27% neutras. Esta diferencia, a nivel tanto de respuestas positivas como de negativas, podría deberse a la satisfacción general de los trabajadores de los SUE con su servicio y la carga de trabajo, entre otros factores. En los SUE la formación de los trabajadores es más específica, por lo que puede explicarse su satisfacción trabajando en este servicio.

4.2. Dimensiones de CS mejor valoradas (fortalezas)

Las dimensiones mejor valoradas en este estudio fueron *Trabajo en equipo en la unidad* y *Expectativas/acciones sobre los responsables de la unidad*, algo que coincide con el estudio Roqueta Egea F et al. (2011)¹³ sobre CS en SUH de 30 hospitales españoles y con el Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del SNS (MSPSS, 2009)¹⁸. En el estudio sobre CS en SUE¹⁹ las dimensiones mejor valoradas fueron *Trabajo en equipo en la unidad* y *dotación de recursos humanos*. Ni en este estudio ni en ninguno de los estudios con los que se compara se identifican fortalezas al no haber ninguna dimensión con un porcentaje $\geq 75\%$ de respuestas positivas. Pese a ello, se deberían empoderar estas áreas para convertirlas en auténticas fortalezas para mejorar la calidad asistencial.

4.3. Dimensiones de CS peor valoradas (áreas de mejora)

Las dimensiones peor valoradas, y que a su vez se identifican como oportunidades de mejora en este estudio fueron *Dotación de recursos humanos*, *Apoyo de la gerencia en seguridad del paciente* y *Percepción de seguridad*, en concordancia con el estudio en SUH¹³. En el estudio elaborado en SUE¹⁹, *Apoyo de la gerencia en seguridad del*

paciente, aprendizaje organizacional/mejora continua y Feed-back comunicación de errores fueron las dimensiones peor valoradas, aunque ninguna se estableció como área de mejora. Por último, en el análisis en el ámbito hospitalario la dimensión peor valorada, que a su vez es una oportunidad de mejora fue *Dotación de personal*.

En general, la falta de recursos humanos y el respaldo directivo son factores que condicionan, aparentemente, la calidad asistencial en los diferentes servicios. Se tratan de oportunidades de mejora en los que se habría de hacer hincapié.

4.4. Nota media que los profesionales otorgan al SU

En este estudio la nota media fue de 6,21; 6,1 en el análisis de SUH¹⁹ y 7 en el análisis en ámbito hospitalario¹³. Tanto en este estudio como en el realizado sobre 30 SUH la nota es similar.

4.5. Resultados en personal MIR

En el presente estudio, *Trabajo en equipo en la unidad* fue la dimensión mejor valorada con un 59% de preguntas positivas, algo que concuerda con el estudio de Jaraba Becerril et al.²⁰ donde la tasa de respuestas positivas fue del 69%.

Dotación de recursos humanos fue la dimensión peor valorada en ambos estudios, con un 62% de respuestas negativas en este estudio frente a un 64,7% en el estudio con que se compara. La nota media fue más alta en este estudio que en el de Jaraba Becerril C et al. (6,96 frente 8,9 sobre 10 respectivamente)

4.6. Resultados por categoría profesional

Pese a no haberse realizado un análisis comparativo por categoría profesional, con los resultados obtenidos parece ser que los profesionales de enfermería y MIR tiene una percepción más positiva en CS y del Servicio de Urgencias que los médicos. Un

análisis posterior de este aspecto podría detectar si existiesen o no diferencias significativas entre categorías profesionales.

4.7. Fortalezas de este estudio

Entre las fortalezas de este estudio destaca que se trata de un trabajo realizado en diferentes centros de la Comunidad de Aragón y a diferentes categorías profesionales, con una muestra amplia de participantes. Como estudio descriptivo permite obtener una primera impresión sobre la Cultura de la Seguridad en los Servicios de Urgencias de Aragón.

4.8. Limitaciones

Entre las limitaciones de este estudio encontramos que al tratarse de un estudio descriptivo no se realizan comparaciones entre categorías profesionales ni por hospitales. Por otro lado, el empleo de la herramienta Excel realizada por SEMES limita la extrapolación y la comparación de los resultados.

4.9. Futuras líneas de investigación

Este estudio tiene el potencial de derivar en diferentes líneas de investigación. Por un lado, de manera continuista, se podrían comparar categorías profesionales y realizar comparativas por tipo de hospital (comarcal-terciario). En base a ello, se podría repetir de nuevo las encuestas para comparar resultados. No se ha de olvidar que el fin de este estudio es conocer el nivel de CS en los SUH de los hospitales públicos de Aragón, con el fin de identificar fortalezas (o dimensiones mejor valoradas en este caso) y áreas de mejora, y trabajar sobre las mismas.

5. Conclusiones

1. En este estudio no se han encontrado fortalezas, pero sí dimensiones de seguridad muy bien valoradas que podrían serlo si se trabajase sobre ellas: *Trabajo en equipo en la unidad y Expectativas/acciones sobre los responsables de la unidad*).
2. Se identifican como áreas de mejora las dimensiones: *Dotación de recursos humanos, Apoyo de la gerencia en seguridad del paciente y Percepción de seguridad*
3. El personal de enfermería y MIR podría tener una mejor CS que el personal médicos.
4. La notificación de EA fue en general baja, siendo el personal facultativo el colectivo que más EA notificó.
5. La bibliografía sobre medición de la cultura de seguridad en SUH es escasa. Según el artículo de Roqueta Egea F et al. (2011)¹³, se realizan numerosas mediciones de CS que se exponen en congresos o de forma interna en servicios pero no se publican en revistas. Esto limita hacer comparaciones.
6. Conocer el nivel de CS en el Servicio de Urgencias debería de realizarse frecuentemente para valorar la seguridad del mismo y realizar evaluaciones posteriores. Los eventos adversos en urgencias no son infrecuentes (12% de incidencia según el estudio EVADUR¹⁶), por lo que llevar a cabo esta actividad los reduciría, beneficiando a pacientes, profesionales, al propio servicio y en definitiva, a la calidad asistencial.

Agradecimientos

Al grupo de Seguridad del Paciente de SEMES Aragón, y en especial al director por facilitar los datos para la realización de este trabajo.

Bibliografía

1. Seguridad del paciente. Organización Mundial de la Salud. [Internet] 2007. [Consultado el 8 de enero de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/topics/patient_safety/es/
2. Sistemas de registro y notificación de incidentes y efectos adversos. Secretaria General de Sanidad. Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. [Internet] 18 de diciembre de 2016. [Consultado el 8 de enero de 2018]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/.../opsc_sp3.pdf
3. Khon LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. NAP [internet] 2000. [Consultado el 8 de enero de 2018]. Disponible en: https://www.nap.edu/login.php?record_id=9728&page=https%3A%2F%2Fwww.nap.edu%2Fdownload%2F9728
4. Donaldson, L. An Organisation with a Memory. Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer. [Internet] Stationery Office, London, Great Britain, 2000. [Consultado el 8 de enero de 2018]. Disponible en: www.aagbi.org/sites/default/files/An%20organisation%20with%20a%20memory.pdf
5. Council of Europe. Committee of Ministers. Recommendation of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. [Internet] Brussels: Council of Europe; 2006 [Consultado 10 de enero de 2018]. Disponible en: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439>
6. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de Abril. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (25-4-1986).

7. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, de 29/05/2003. [Internet] [Consultado 10 de enero de 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-i07i53>
8. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.. Seguridad del Paciente. [Internet] [Consultado 11 de enero de 2018] Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/presentacion>
9. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. [Fecha de modificación 8 de enero de 2018] 2010. [Consultado 11 de enero de 2018] Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
10. Camargo Tobias G, Queiroz Becerra AL, Silvestre Branquinho NC, Camargo Silva AEB. Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. *Enferm. glob.* [Internet] 2014 [Consultado el 15 de enero de 2018]; 13(33): 336-348. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100017
11. Pérez Víctor, I; Casado Muñoz, M; Pérez Víctor, O; Macías Seda, J; Álvarez Leiva, C. La seguridad clínica del paciente en atención prehospitalaria. [Internet] 2008. [Consultado el 15 de enero de 2018] *Puesta día urgenc. emerg. disastr;* 8(4): 195-20. *Disponible en:* <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-78600>
12. Roqueta Egea F, Tomás Vecina S, Chánovas-Borras MR. Cultura de seguridad. ¿Cómo la podemos medir? *Monografías Emergencias.* 2009; 6: 1-5.
13. Roqueta-Egea F, Tomás-Vecina S, Chánovas-Borras MR. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias.* 2011; 23: 356-364.

14. Adaptación del cuestionario "Hospital Survey of patient safety culture. Seguridad del paciente. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. [Fecha de actualización 8 de enero de 2018] 2007. [Consultado el 17 de enero de 2018]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/percepcion-opinion/2005/>
15. Tomás S, Gimena I. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. [Internet] 2010 [Consultado el 4 de abril de 2017] An Sist Sanit Navar. 2010; 33 (1): 131-148. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200015
16. Tomás S, Chánovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo J y Grupo de Trabajo EVADUR-SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Rev Emer. 2010; 22: 415-428.
17. Gómez Ramirez O, Arenas-Gutiérrez W, González-Vega L, Garzón Salamanca J, Mateus Galeano E, Soto Gámez A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Cienc Enferm. [Internet]. 2011. [Consultado el 10 de marzo de 2017]; XVII (3): 97-111. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009
18. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Informes, estudios e investigación, 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) [Internet]. 2009. [Consultado el 10 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/percepcion-opinion/2007/analisis-cultura-seguridad/>
19. Cano del Pozo MI, Obón Azuara B, Valderrama Rodríguez M, Revilla López C, Brosted Yuste C, Fajardo Trasobares E et al. Las emergencias extrahospitalarias ante la cultura de seguridad. Rev Calid Asis [Internet]. 2014. [Consultado el 12

de abril de 2018]; 29(5): 263-269. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4870234>

20. Jaraba Becerril C, Sartolo Romeo MT, Villaverde Royo MV, Espuis Albas L, Rivas Jiménez M. Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de Medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2013. [Consultado el 12 de abril de 2018]; 36(3): 47-477. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272013000300012