



TESIS DOCTORAL:

**ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE
DE LA ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE MÉRIDA.**

**ISABEL VASCO GONZÁLEZ
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
AÑO 2017**



TESIS DOCTORAL:

**ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE**

DE LA ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE MÉRIDA.

AUTORA: ISABEL VASCO GONZÁLEZ

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**DIRECTOR: DR. RAFAEL GUERRERO BONMATTY
DIRECTOR: DR. FRANCISCO JOSÉ RODRIGUEZ VELASCO**

Conformidad de los Directores:

**Fdo: Dr. Rafael Guerreo Bonmatty
Velasco**

Fdo: Dr. Francisco José Rodríguez

2017

“Dedicada a mis padres por ser mis referentes, a mis hermanas por ser mis compañeras de vida, a mi marido por compartirla conmigo y a mis hijas por ser los luceros que me guían”

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi más profundo agradecimiento al Director de esta Tesis, el Doctor D. Rafael Guerrero Bonmatty por su apoyo en esta experiencia y a todas las personas que de una forma u otra han contribuido a que este sueño se haya hecho realidad.

INDICE:

INDICE DE FIGURAS	11
INDICE DE TABLAS	19
LISTADO DE ABREVIATURAS.....	27
1. RESUMEN	31
2. INTRODUCCIÓN	36
2.1 ANTECEDENTES	47
2.2 MARCO TEÓRICO.....	52
2.2.1 CALIDAD ASISTENCIAL.....	56
2.2.2 SEGURIDAD DEL PACIENTE	62
2.2.3 CULTURA DE SEGURIDAD	67
2.2.4 SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	72
2.2.5 ENFERMERÍA.....	85
2.2.6 PRÁCTICAS SEGURAS RELACIONADAS CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL DE MÉRIDA.....	89
2.2.6.1 1ª. Práctica Segura: CS del Paciente.....	95
2.2.6.2 2ª. Práctica Segura: Identificación de Pacientes.....	97
2.2.6.3 3ª Práctica Segura: Prevención de las Infecciones Nosocomiales.	101
2.2.6.4 4ª. Práctica Segura: Riesgo de Caídas	104
2.2.6.5 5ª. Práctica Segura: Prevención de las Ulceras de Presión (UPP).....	107
2.2.6.6 6ª. Práctica Segura: Comunicación.....	109
2.2.6.7 7ª. Práctica Segura: Cirugía Segura.....	114
2.2.6.8 8ª. Práctica Segura: Uso Seguro de Medicamentos	118
3. JUSTIFICACIÓN.....	123
4. HIPÓTESIS.....	127
5.OBJETIVOS.....	131
5.1 GENERAL:	133
5.2 ESPECÍFICOS:	133

6. MATERIAL Y MÉTODO	135
6.1 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	137
6.2 TIPO DE ESTUDIO.....	137
6.3 ÁMBITO DE ESTUDIO.....	137
6.4 PERIODO DE ESTUDIO.....	138
6.5 POBLACIÓN.....	138
6.5.1 Criterios de inclusión:	138
6.5.2 Criterios de exclusión:	138
6.6 MECANISMO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:.....	138
6.6.1 Tamaño muestral:.....	138
6.6.2 Mediciones:	138
7. ANÁLISIS DE RESULTADOS	149
7.1 ANÁLISIS DE CADA UNO DE LOS ITEMS	151
7.2 ANÁLISIS DE DIMENSIONES	186
7.3 ANÁLISIS POR ÁREAS TEMÁTICAS.....	195
7.4 ANÁLISIS INFERENCIAL DONDE COMPARAREMOS LAS RESPUESTAS DE LOS PARTICIPANTES SOBRE LAS DISTINTAS DIMENSIONES SEGÚN LAS TRES ÁREAS DE TRABAJO EN LOS QUE SE HAN AGRUPADO LOS DISTINTOS SERVICIOS.....	198
8. DISCUSIÓN	245
9. CONCLUSIONES	265
10. BIBLIOGRAFÍA	269
11. ANEXOS	287

INDICE DE FIGURAS

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: adaptado de: Institute of Medicine(IOM), Crossing the quality ty chasm. A NEW. heath Sistem for the 21 century, National Academy Pess, 2001	57
Figura 2: modelo de queso suizo. Fuente: Reason J Human error: models and management. BMJ 2000; 320:769.	64
Figura 3: notificaciones realizadas en el SiNASP.	75
Figura 4: clasificación de los Incidentes, notificados en el SiNASP, según tipo en el HM.	76
Figura 5 .comparación de las Notificaciones de los informes del SiNASP 2013 y 2014-2015 y HM según las causas.	76
Figura 6: notificados según el lugar donde ocurrieron en el HM.	77
Figura 7: comparativa de incidentes notificados según el Área donde ocurrieron.	78
Figura 8: comparación de los Incidentes notificados según la profesión a nivel nacional y en el Hospital de Mérida.	79
Figura 9: incidentes notificados al SINASP en el HM en 2014-2015 según riesgo.	80
Figura 10: comparación de los Incidentes notificados a nivel nacional y en el Hospital de Mérida, según el Riesgo.	80
Figura 11: ilcidentes notificados en el SiNASP según los Factores contribuyentes en el Hospital de Mérida en 2014-2015.	82
Figura 12: comparación de los Incidentes notificados a nivel nacional y en el Hospital de Mérida.	82
Figura 13: porcentaje de EA totales, comparados con los EA evitables.	92
Figura 14: prácticas seguras establecidas en el Hospital de Mérida	94
Figura 15: % de EAs relacionados con la identificación notificados en el SiNASP, durante el periodo 2014/1º semestre 2015.	99
Figura 16: porcentaje de pacientes identificados por Servicio/Unidad.	100
Figura 17. porcentaje sobre Infecciones Nosocomiales.	102
Figura 18: porcentaje de soluciones Hidroalcohólicas en los punto de atención por Unidad/Servicio.	103
Figura 19: % caídas notificadas.	106
Figura 20: gráfico sobre porcentaje de Valoración de Enfermería cumplimentadas por servicios del HM.	112
Figura 21: gráfico sobre porcentaje de ICC cumplimentadas por servicios.	113

Figura 22: cumplimentación del la LVQ en el quirófano de urología.....	117
Figura 23: cumplimentación del la LVQ en el quirófano de urología.....	117
Figura 24: porcentaje de EA relacionados con la Medicación.	121
Figura 25: porcentaje de respuesta a la pregunta 40.....	152
Figura 26: porcentaje de respuesta a la pregunta 41.....	152
Figura 27: porcentaje de respuesta a la pregunta 42.....	153
Figura 28: porcentaje de respuestas a la pregunta 15.....	153
Figura 29: porcentaje de respuestas a la pregunta 18.....	154
Figura 30: porcentaje de respuestas a la pregunta 10.....	154
Figura 31: porcentaje de respuestas a la pregunta 17.....	155
Figura 32: porcentaje de respuestas a la pregunta 19.....	155
Figura 33: porcentaje de respuestas a la pregunta 20.....	156
Figura 34: porcentaje de respuestas a la pregunta 2.....	156
Figura 35: porcentaje de respuestas a la pregunta 22.....	157
Figura 36: porcentaje de respuestas a la pregunta 6.....	157
Figura 37: porcentaje de respuestas a la pregunta 9.....	158
Figura 38: porcentaje de respuestas a la pregunta 13.	158
Figura 39: porcentaje de respuestas a la pregunta 1.....	159
Figura 40: porcentaje de respuestas a la pregunta 3.....	159
Figura 41: porcentaje de respuestas a la pregunta 4.....	160
Figura 42: porcentaje de respuestas a la pregunta 11.....	160
Figura 43: porcentaje de respuestas a la pregunta 35.....	161
Figura 44: porcentaje de respuestas a la pregunta 37.....	161
Figura 45: porcentaje de respuestas a la pregunta 39.....	162
Figura 46: porcentaje de respuestas a la pregunta 34.....	162
Figura 47: porcentaje de respuestas a la pregunta 36.....	163
Figura 48: porcentaje de respuestas a la pregunta 38.....	163
Figura 49: porcentaje de respuestas a la pregunta 8.....	164
Figura 50: porcentaje de respuestas a la pregunta 12.....	164

Figura 51: porcentaje de respuestas a la pregunta 16.....	165
Figura 52: porcentaje de respuestas a la pregunta 2.....	165
Figura 53: porcentaje de respuestas a la pregunta 5.....	166
Figura 54: porcentaje de respuestas a la pregunta 7.....	166
Figura 55: porcentaje de respuestas a la pregunta 14.....	167
Figura 56: porcentaje de respuestas a la pregunta 23.....	167
Figura 57: porcentaje de respuestas a la pregunta 30.....	168
Figura 58: porcentaje de respuestas a la pregunta 31.....	168
Figura 59: porcentaje de respuestas a la pregunta 26.....	169
Figura 60: porcentaje de respuestas a la pregunta 32.....	169
Figura 61: porcentaje de respuestas a la pregunta 24.....	170
Figura 62: porcentaje de respuestas a la pregunta 28.....	170
Figura 63: porcentaje de respuestas a la pregunta 25.....	171
Figura 64 : porcentaje de respuestas a la pregunta 27.....	171
Figura 65: porcentaje de respuestas a la pregunta 29.....	172
Figura 66: porcentaje de respuestas a la pregunta 33.....	172
Figura 67: porcentajes de la pregunta 53.....	180
Figura 68: porcentajes de la pregunta 54.....	181
Figura 69: porcentajes de la pregunta 55.....	181
Figura 70: porcentajes de la pregunta 56.....	182
Figura 71: porcentajes de la pregunta 57.....	182
Figura 72: porcentajes de la pregunta 58.....	183
Figura 73: porcentajes de la pregunta 59.....	184
Figura 74: porcentajes de la pregunta 60.....	184
Figura 75: porcentajes de la pregunta 61.....	185
Figura 76: porcentajes de respuestas de la Dimensión 1.....	186
Figura 77: porcentajes de respuestas de la Dimensión 2.....	187
Figura 78: porcentajes de respuestas de la Dimensión 3.....	188
Figura 79: porcentajes de respuestas de la Dimensión 4.....	188

Figura 80: porcentajes de respuestas de la Dimensión 5.	189
Figura 81: porcentajes de respuestas de la Dimensión 6.	190
Figura 82: porcentajes de respuestas de la Dimensión 7.	190
Figura 83: porcentajes de respuestas de la Dimensión 8.	191
Figura 84: porcentajes de respuestas de la Dimensión 9.	192
Figura 85: porcentajes de respuestas de la Dimensión 10.	192
Figura 86: porcentajes de respuestas de la Dimensión 11.	193
Figura 87: porcentajes de respuestas de la Dimensión 12.	194
Figura 88: porcentajes de respuestas sobre CS.	196
Figura 89: porcentajes de respuestas de la Enfermería del HM sobre CS a nivel de Servicio/Unidad.	197
Figura 90: porcentajes de tipo de respuestas de la Enfermería del HM sobre la CS del HM.	197
Figura 91: pregunta 40 codificada.	200
Figura 92: pregunta 41 codificada.	200
Figura 93: pregunta 42 codificada.	202
Figura 94: pregunta 15 codificada.	203
Figura 95: pregunta 18 codificada.	204
Figura 96: pregunta 10 codificada.	205
Figura 97: pregunta 17 codificada.	206
Figura 98: pregunta 19 codificada.	207
Figura 99: pregunta 20 codificada.	208
Figura 100: pregunta 21 codificada.	209
Figura 101: pregunta 22 codificada.	210
Figura 102: pregunta 6 codificada.	211
Figura 103: pregunta 9 codificada.	212
Figura 104: pregunta 13 codificada.	213
Figura 105: pregunta 1 codificada.	214
Figura 106: pregunta 3 codificada.	215

Figura 107: pregunta 4 codificada.....	216
Figura 108: pregunta 11 codificada.....	217
Figura 119: pregunta 35 codificada.....	218
Figura 110: pregunta 37 codificada.....	219
Figura 111: pregunta 39 codificada.....	220
Figura 112: pregunta 34 codificada.....	221
Figura 113: pregunta 36 codificada.....	222
Figura 114: pregunta 38 codificada.....	223
Figura 115: pregunta 8 codificada.....	225
Figura 116: pregunta 12 codificada.....	226
Figura 117: pregunta 16 codificada.....	227
Figura 118: pregunta 2 codificada.....	228
Figura 119: pregunta 5 codificada.....	229
Figura 120: pregunta 7 codificada.....	230
Figura 121: pregunta 14 codificada.....	231
Figura 122: pregunta 23 codificada.....	232
Figura 123: pregunta 30 codificada.....	233
Figura 124: pregunta 31 codificada.....	234
Figura 125: pregunta 26 codificada.....	235
Figura 126: pregunta 42 codificada.....	236
Figura 127: pregunta 24 codificada.....	237
Figura 128: pregunta 28 codificada.....	238
Figura 129: pregunta 25 codificada.....	240
Figura 130: pregunta 27 codificada.....	241
Figura 131: pregunta 29 codificada.....	242
Figura 132: pregunta 33 codificada.....	243

ÍNDICE DE TABLAS

12. INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Eventos adversos en la asistencia hospitalaria.....	41
Tabla 2: Hospitales que participaron en el Estudio Eneas.....	42
Tabla 3: tabla de E.A. más frecuentes en el Estudio ENEAS.	43
Tabla 4: estudios que señalan una asociación entre plantilla de enfermeras y resultados adversos.	88
Tabla 5: prácticas Seguras recomendadas por diversas organizaciones internacionales.	90
Tabla 6: estudios epidemiológicos españoles sobre la frecuencia de eventos adversos en diferentes ámbitos asistenciales	91
Tabla 7: EA del Estudio ENEAS.....	92
Tabla 8: frecuencia de EA por medicamentos en los estudios multicéntricos realizados a nivel nacional.....	119
Tabla 9: secciones de la CS y las preguntas que incluyen	140
Tabla 10: fiabilidad de las dimensiones contenidas en el cuestionario.....	143
Tabla 11: items formulados negativamente en el cuestionario	144
Tabla 12: recodificación de las respuestas del cuestionario.....	144
Tabla 13: porcentajes de la pregunta 43.....	172
Tabla 14: porcentajes de la pregunta 44.....	173
Tabla 15: porcentajes de la pregunta 45.....	174
Tabla 16: porcentajes de la pregunta 46.....	176
Tabla 17: porcentajes de la pregunta 47.....	177
Tabla 18: porcentajes de la pregunta 48.....	178
Tabla 19: porcentaje de la pregunta 49.....	178
Tabla 20: servicios participantes en el estudio.....	178
Tabla 21: porcentajes de la pregunta 50.....	179
Tabla 22: porcentajes de la pregunta 51.....	180
Tabla 23: resultados Cultura de Seguridad según Dimensiones.	194
Tabla 24: prueba de chi cuadrado pregunta 40	200
Tabla 25: prueba de chi cuadrado pregunta 40	200

Tabla 26: prueba de chi cuadrado pregunta 41.	201
Tabla 27: pregunta 41 codificada.	201
Tabla 28: prueba de chi cuadrado pregunta 42.	202
Tabla 29: pregunta 42 codificada.	202
Tabla 30: prueba de chi cuadrado pregunta 15.	203
Tabla 31: pregunta 15 codificada.	203
Tabla 32: prueba de chi cuadrado pregunta 18	204
Tabla 33: pregunta 18 codificada.	204
Tabla 34: prueba de chi cuadrado pregunta 10	205
Tabla 35: pregunta 10 codificada.	205
Tabla 36: pruebas de chi-cuadrado pregunta 17	206
Tabla 37: pregunta 17 codificada.	206
Tabla 38: pruebas de chi-cuadrado pregunta 19	207
Tabla 39: pregunta 19 codificada.	207
Tabla 40: prueba de chi cuadrado pregunta 20.	208
Tabla 41: pregunta 20 codificada.	208
Tabla 42: prueba de chi cuadrado pregunta 21	209
Tabla 43: pregunta 21 codificada.	209
Tabla 44: prueba de chi- cuadrado, pregunta 22	210
Tabla 45: pregunta 22 codificada.	210
Tabla 46: prueba de chi-cuadrado, pregunta 6	211
Tabla 47: pregunta 6 codificada.	211
Tabla 48: prueba de chi-cuadrado, pregunta 9	212
Tabla 49: pregunta 9 codificada	212
Tabla 50: prueba de chi-cuadrado, pregunta 13	213
Tabla 51: pregunta 13 codificada.	213
Tabla 52: prueba de chi-cuadrado, pregunta 1.	214
Tabla 53: pregunta 1 codificada.	214
Tabla 54: prueba de chi-cuadrado, pregunta 3	215

Tabla 55: pregunta 3 codificada.	215
Tabla 56: prueba de chi-cuadrado, pregunta 4	216
Tabla 57: pregunta 4 codificada.	216
Tabla 58: prueba de chi-cuadrado, pregunta 11	217
Tabla 59: pregunta 11 codificada.	217
Tabla 60: prueba de chi-cuadrado, pregunta 35	218
Tabla 61: pregunta 35 codificada.	218
Tabla 62: prueba de chi-cuadrado, pregunta 37.	219
Tabla 63: pregunta 37 codificada.	219
Tabla 64: prueba de chi cuadrado, pregunta 39	220
Tabla 65: pregunta 39 codificada.	220
Tabla 66: prueba de chi-cuadrado, pregunta 34	221
Tabla 67: pregunta 34 codificada	222
Tabla 68: prueba chi-cuadrado, pregunta 36	222
Tabla 69: pregunta 36 codificada.	223
Tabla 70: prueba de chi-cuadrado, pregunta 38	223
Tabla 71: pregunta 38 codificada.	224
Tabla 72: prueba de chi-cuadrado, pregunta 8.	225
Tabla 73: pregunta 8 codificada.	225
Tabla 74: prueba de chi -cuadrado, pregunta 12	226
Tabla 75: pregunta 12 codificada	226
Tabla 76: prueba de chi-cuadrado, pregunta 16	227
Tabla 77: pregunta16 codificada.	227
Tabla 78: prueba chi-cuadrado, pregunta 2	228
Tabla 79: pregunta 2 codificada.	228
Tabla 80: prueba de chi-cuadrado, pregunta 5.	229
Tabla 81: pregunta 5 codificada.	229
Tabla 82: prueba de chi-cuadrado, pregunta 7	230
Tabla 83: pregunta 7 codificada.	230

Tabla 84: pruebas de chi-cuadrado, pregunta 14	231
Tabla 85: pregunta 14 codificada.	231
Tabla 86: pruebas de chi-cuadrado, pregunta 23	232
Tabla 87: pregunta 23 codificada.	232
Tabla 88: prueba de chi-cuadrado, pregunta 30	233
Tabla 89: pregunta 30 codificada.	233
Tabla 90: prueba de chi-cuadrado, pregunta 31	234
Tabla 91 : pregunta 31 codificada.	234
Tabla 92: prueba de chi-cuadrado, pregunta 26.	235
Tabla 93: pregunta 26 codificada.	236
Tabla 94: pruebas de chi-cuadrado, pregunta 32	236
Tabla 95: pregunta 32 codificada.	237
Tabla 96: pruebas de chi-cuadrado, pregunta 24.	237
Tabla 97: pregunta 24 codificada.	238
Tabla 98: pruebas de chi-cuadrado, pregunta 28.	238
Tabla 99: pregunta 28 codificada.	239
Tabla 100: pruebas de chi-cuadrado, pregunta 25.	239
Tabla 101: pregunta 25 codificada.	240
Tabla 102: pruebas de chi-cuadrado, pregunta 27	241
Tabla 103: pregunta 27 codificada.	241
Tabla 104: pruebas de chi-cuadrado, pregunta 29	242
Tabla 105: pregunta 29 codificada.	242
Tabla 106: pruebas de chi-cuadrado, pregunta 33	243
Tabla 107: pregunta 33 codificada.	243
Tabla 108: percepción del clima de seguridad.	249
Tabla 109: porcentaje contacto directo con pacientes	250
Tabla 110: porcentaje de respuestas positivas de la Dimensión 1.	250
Tabla 111 porcentaje de respuestas positivas de la Dimensión 2.	250
Tabla 112: porcentaje de respuestas positivas de la Dimensión 3	251

Tabla 113: porcentaje de respuestas positivas de la Dimensión 4.	251
Tabla 114: porcentaje de respuestas positivas de la Dimensión 5.	251
Tabla 115: porcentaje de respuestas positivas de la Dimensión 6.	252
Tabla 116: porcentaje de respuestas positivas de la Dimensión 7.	252
Tabla 117: porcentaje de respuestas positivas de la Dimensión 8.	252
Tabla 118: porcentaje de respuestas negativas de la Dimensión 9.	253
Tabla 119: porcentaje de respuestas negativas de la Dimensión 10.	253
Tabla 120: porcentaje de respuestas positivas de la Dimensión 11.	253
Tabla 121: porcentaje de respuestas negativas de la Dimensión 12.	254
Tabla 122: porcentaje de respuestas positivas sobre CS.	254
Tabla 123: dimensiones que son fortalezas.	255
Tabla 124: dimensiones con un alto % de respuestas positivas.	256
Tabla 125: ítems considerados fortalezas.	257
Tabla 126: ítems con un alto porcentaje de respuestas favorables.	259
Tabla 127: dimensiones con un alto porcentaje de respuestas negativas.	260
Tabla 128: ítems que son considerados como debilidades	262

LISTADO DE ABREVIATURAS

LISTADO DE ABREVIATURAS

ABREVIATURAS	SIGNIFICADOS
ACSNI	Advisory Committee on the Safety On Nuclear Installations
AE	Atención Especializada.
AHA	American Hospital Association
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AP	Atención Primaria
APEAS	Estudio sobre la seguridad del Paciente en Atención Primaria.
AS	Asistencia Sanitaria
CA	Calidad Asistencial
CCAA	Comunidades Autónomas
CCEE	Consultas Externas
CE	Comisión Europea
CEHSP	Cuestionario para enfermeras hospitalarias sobre seguridad del paciente
CS	Cultura de Seguridad
CSP	Cultura de Seguridad del Paciente
EA	Evento Adverso
EAs	Efectos Adversos
EEUU	Estado Unidos
EFQM	Modelo Europeo de Excelencia Empresarial
ENEAS	Estudio Nacional sobre los Eventos Adversos
HM	Hospital de Mérida
ICC	Informe de Continuidad de Cuidados.
ICPS	Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente.
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
IOM	Institute of Medicine

IRAS	Prevención y control de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria.
ISMP	Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of
JCI	Joint Commission International
LVQ	Listado de Verificación Quirúrgica
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association International
NHS	National Health Service
NIC	Nursing Intervention Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
NQF	National Quality Forum
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Pan Americana de la Salud
PBA	Producto de Base Alcohólica
PSET	Patient Safety Event Taxonomy
SES	Servicio Extremeño de Salud
SiNASP	Sistema de Notificación y Aprendizaje de la Seguridad del Paciente
SNS	Sistema Nacional de Salud
SP	Seguridad del Paciente
SSCC	Servicios Centrales.
SSPE	Sistema Sanitario Público de Extremadura.
UE	Unión Europea
UPP	Ulceras por Presión
WHO	World Health Organization

1. RESUMEN

1. RESUMEN

La Seguridad del Paciente se define como la "Ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, de riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria". Para medir la Seguridad del Paciente en una institución sanitaria uno de los indicadores que se utilizan es el número de Eventos Adversos que se producen y al analizarlos debemos hacerlo desde dos perspectivas, una la de los profesionales y la otra la de los sistemas, asumiendo que a veces los errores se cometen por una concatenación de factores humanos y factores sistémicos. En la actualidad el sector sanitario está considerado como una empresa de alto riesgo y para garantizar la SP y evitar que ocurran Eventos adversos., es necesario que exista una Cultura de Seguridad del Paciente donde se apoye el pensamiento, las actuaciones y el trabajo de sus miembros. Pero para lograrlo es necesario que se produzca un profundo cambio cultural en todos los miembros del equipo, siendo necesario que exista un ambiente de transparencia, de comunicación, y de formación.

La creación de la Cultura de Seguridad es considerada la primera práctica segura que debe llevarse a cabo siendo una competencia y una responsabilidad de Enfermería para prestar unos cuidados seguros. Para conocer la CS y mejorar la SP de una organización debemos evaluarla y poder detectar las fortalezas y debilidades que nos permitan diseñar estrategias que minimicen la ocurrencia de Eventos Adversos.

OBJETIVO.

Analizar la Cultura Seguridad del Paciente de la Enfermería del Hospital de Mérida.

METODOLOGÍA

Es un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal sobre la Cultura de Seguridad del Paciente de la Enfermería del Hospital de Mérida, donde se han analizado los factores socio profesionales de los participantes que se asocian a una actitud y un comportamiento en relación con la Seguridad del Paciente. También se han analizado las fortalezas y debilidades, deduciendo las oportunidades de mejora con el fin de guiar las actuaciones o intervenciones que pudiesen derivarse del estudio para mejorar la SP en nuestro hospital. La herramienta utilizada ha sido un cuestionario válido y fiable, adaptado al contexto español y que ha sido fruto de la colaboración entre el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad y la Universidad de Murcia de la encuesta original de la *Agency for Healthcare Research and Quality* de EEUU.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se han analizado 192 cuestionarios, la tasa de respuesta ha sido un 65,08%. La media de horas de trabajo semanal es 37,28 horas. La media de años de profesión de los participantes es de 21,71 años. La media de años trabajados en el Hospital se sitúa en 15,41 años. La media de años trabajados en la Unidad/Servicio de los participantes es de 8,59 años, El 85,4% de los participantes no han comunicado ningún Evento Adverso en el último año. La Enfermería del Hospital de Mérida califica

el clima de seguridad con una calificación media de 6,75. El 95,8% de los participantes tienen contacto directo con los pacientes.

CONCLUSIONES

La Enfermería del HM tiene una percepción positiva con respecto a la Cultura de Seguridad en general, sobre la Cultura de Seguridad en el Hospital pero sobre todo la Cultura de Seguridad que mas positivamente valora es la de su Unidad/Servicio. La Fortaleza detectada ha sido el Trabajo en equipo dentro de la unidad y una Dimensión calificada muy positivamente es la labor de los Supervisores en la Seguridad del Paciente. Como debilidad es considera la Dotación de personal y la percepción de la Enfermería del Hospital de Mérida es negativa con respecto al apoyo de la Gerencia a la Seguridad del Paciente.

Palabras clave: Seguridad del Paciente, Cultura de Seguridad del Paciente, Enfermería y Eventos Adversos.

1. SUMMARY

Patient Safety is defined as the "Absence or reduction, to a minimum acceptable level of risk of suffering unnecessary harm in the course of health care." To measure Patient Safety in a health institution one of the indicators that is used is the number of Adverse Events that occur and when we analyze them we must do it from two perspectives, the professionals and the systems, assuming that sometimes errors are committed by a combination of human factors and systemic factors. At present the health sector is considered as a high risk organization and to guarantee PS and prevent adverse events occurring, it is necessary that there is a Culture of Patient Safety where the thoughts, actions and work of its patients are supported. But in order to achieve this, it is necessary to make a profound cultural change in all the members of the team, Transparency, communication and training.

The creation of the Culture of Safety is considered the first safe practice that must be carried out being a competence and a responsibility of Nursing to provide a safe care. To know the CS and improve the PS of an organization we must evaluate it and be able to detect the strengths and weaknesses that allow us to design strategies that minimize the occurrence of Adverse Events.

OBJECTIVE.

To analyze the Patient Safety Culture of the Mérida Hospital Nursing.

METHODOLOGY

It is a descriptive, observational and cross-sectional study on the Patient Safety Culture of Mérida Nursing Hospital, where the socio-professional factors of the participants that have been associated with attitude and behavior in relation to Safety have been analyzed in the Patient. We have also analyzed the strengths and weaknesses, deducing the opportunities for improvement in order to guide the actions or interventions that could be derived from the study to improve the PS in our hospital. The tool used has been a valid and reliable questionnaire, adapted to the Spanish context and has been the result of the collaboration between the Ministry of Health and Social Services and the University of Murcia's original survey of the Agency for Healthcare Research and Quality USA.

ANALYSIS OF RESULTS

We have analyzed 192 questionnaires, the response rate has been 65.08%. The average weekly working hour is 37.28 hours. The average age of the participants is 21.71 years. The average number of years worked in the Hospital is 15.41 years. The average number of years worked in the Unit / Service of the participants is 8.59 years, 85.4% of the participants have not reported any Adverse Event in the last year. The Mérida Hospital Nursing qualifies with an average rating of 6.75. 95.8% of the participants have direct contact with the patients.

CONCLUSIONS

MH Nursing has a positive perception regarding the Safety Culture in general, about the Safety Culture in the Hospital but above all the Safety Culture that most positively values is that of its Unit / Service. The strength detected has been Teamwork within the unit and a Dimension rated very positively is the work of the Supervisors in Patient Safety. The Staffing is considered a weakness and the perception of Mérida Hospital's Nursing is negative regarding Management's support for Patient Safety.

Key words: Patient Safety, Organizational Culture, Nurse, Adverse Event.

2. INTRODUCCIÓN

2. INTRODUCCIÓN

Una de las prioridades de las políticas sanitarias tanto nacionales como internacionales en la actualidad, es la Seguridad del Paciente (SP), siendo un componente clave de la calidad asistencial (CA) así como un derecho de los pacientes, debido a que los eventos adversos (EA) secundarios a la asistencia sanitaria (AS) representan una causa de elevada morbi-mortalidad en los sistemas sanitarios¹. Además de las consecuencias que ocasionan en la salud de los pacientes a nivel personal también hay que tener en cuenta el elevado impacto económico y social de los mismos, siendo estos muy importantes; por lo que las principales organizaciones de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, así como diversas agencias y organismos internacionales han trabajado para tratar de evitar estos EA, para ello han diseñado estrategias con planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los EA evitables en la práctica clínica. La complejidad de los servicios sanitarios se considera la causa de que ocurran, ya que cada día la asistencia resulta más efectiva pero también más compleja porque en ella intervienen muchos factores que interactúan entre ellos, los de los propios profesionales que forman parte de un equipo multidisciplinar, además de los factores organizativos y los factores relacionados con la propia enfermedad.

La SP, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS, se define como: *“La reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable y seguro”*². Esta no solo se refiere al daño que se produce al paciente, sino también al que se podría haber producido y no se produjo gracias a una serie de medidas que lo evitaron. Este daño potencial nos sirve para saber donde fallan los sistemas y así tomar las medidas necesarias para que no vuelvan a ocurrir.

En Noviembre del 1999 el Institute of Medicine (IOM) de la National Academy of Sciences de Estados Unidos publicó un informe que llevaba por título *“To err is human: building a safer health system”*³.

“Errar es humano, construyendo un sistema de salud seguro”, donde se recogía que los errores que se cometían en la AS, ocasionaban entre 44.000 y 98.000 muertes anuales en Estado Unidos (EEUU), considerándolos como la octava causa de muerte de los pacientes ingresados en un centro hospitalario, situándolos por encima de los accidentes de tráfico (43.458), del cáncer de mama (42.297) y del SIDA (16.516). También era importante el problema económico que conllevaban, se estimaba que el gasto producido rondaba entre 17 y 20 billones de dólares anuales, hecho que suponía más de la mitad de los costes anuales. Además del problema económico, también suponía un problema de confianza, la población en general desconfiaba de los sistemas y de los profesionales; esto era difícil de medir pero se reflejaba en la disminución de satisfacción por parte de los pacientes, las conclusiones que se sacaron de este estudio eran extrapolables al resto de los países. Por todo ello, este estudio ayudó a dimensionar el problema de inseguridad y fue decisivo para la instauración de nuevas políticas sanitarias orientadas a la SP, por ello es considerado su impulsor ya que produjo un cambio a nivel internacional y contribuyó a que la OMS

la situara en el centro de las políticas sanitarias. Desde entonces se han llevado a cabo multitud de estudios, en los distintos países, para analizar los EA relacionados con la AS y se han diseñado acciones y programas para hacerles frente.

Aproximadamente de cada diez pacientes que recibían AS en el mundo a uno de ellos le ocurría al menos un EA⁴, según la OMS, esto originó un problema de inseguridad en la atención del paciente a nivel mundial, haciendo que la OMS y sus asociados en el 2002, llevaran a cabo la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”. Esta tuvo lugar en Ginebra en el año 2002 en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, donde se pidió a todos los Países Miembros “*que presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y que establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención sanitaria*”⁵. Emitiéndose una resolución donde se destacaba que los problemas de SP formaran parte de la problemática de la salud pública; siendo esta situación mucho más grave en los países en vías de desarrollo, donde los mecanismos de regulación de la atención en salud estaban menos consolidados. El 27 de octubre del 2004 tuvo lugar la Alianza Mundial para la SP, cuyo objetivo fue coordinar, difundir, acelerar, mejorar y facilitar el desarrollo de políticas y prácticas relacionadas con la SP entre los Estados Miembros de la OMS⁶. Desde entonces, todos estos países, están comprometidos a realizar esfuerzos para este fin. En esta misma línea ha trabajado el Comité Europeo de Sanidad, realizando recomendaciones a los gobiernos de la Unión Europea (UE)⁷.

Siguiendo estas recomendaciones, en España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), en su responsabilidad por mejorar la calidad del sistema sanitario español en su conjunto, como establece la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), situó la SP en el centro de sus políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad, quedando así recogido en la Estrategia número 8 del Plan de Calidad para el SNS⁸, que se viene desarrollando desde el 2005 en coordinación con las Comunidades Autónomas(CCAA). El propósito de este Plan es incrementar la cohesión del SNS y ayudar a garantizar la máxima calidad en la atención sanitaria a todos los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia, al mismo tiempo que ofrecer herramientas útiles a los profesionales y a los responsables de salud de las CCAA en su objetivo para mejorar la calidad. El MSSSI en 2006 destinó una partida de 50 millones de euros de su presupuesto para el Plan de Calidad del SNS, en él se concretaban 12 estrategias, 41 objetivos y 189 proyectos de acción. Las líneas estratégicas iban dirigidas a evitar cometer errores y en el caso de que ocurrieran, registrarlos, analizarlos, e introducir, las medidas correctoras necesarias para que no volvieran a ocurrir. Pero para que esto sea una realidad es necesario que los profesionales y servicios reconozcan los errores que se produzcan, no con ánimo culpabilizador sino con el propósito de aprender de ellos. Para conseguirlo es necesario que tenga lugar un cambio de cultura, no sólo en las organizaciones, también en los profesionales y en las relaciones entre el sistema sanitario y las personas usuarias del mismo.

La Estrategia nº 8 del Plan de Calidad⁸, es “*Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS*” y su primer objetivo es, promover y desarrollar el conocimiento y la Cultura de Seguridad (CS) entre los

profesionales y los pacientes, en cualquier nivel de atención sanitaria. Para que la CS se implante y se desarrolle en una organización se precisa que exista liderazgo, planificación y seguimiento. Es importante que los profesionales sean conscientes de ello, porque este es el primer paso para que se instauren acciones que permitan modificar sus prácticas. La información, la formación y la investigación desempeñan un papel prioritario en el establecimiento de la Cultura de Seguridad del paciente (CSP), puesto que permite mejorar la calidad de los servicios sanitarios mediante el conocimiento de los efectos no deseados que se producen durante los procesos de atención sanitaria⁹.

España como los demás países a instancias de la OMS, está trabajando en la SP y la Agencia de Calidad del SNS ha hecho de ella uno de sus objetivos prioritarios, realizando actividades en distintos campos para mejorarla dentro de la AS. Una de ellas fue realizar el Estudio Nacional de Efectos Adversos (ENEAS)¹⁰, en 2006 cuyo objetivo era conocer la incidencia de EA en nuestro SNS, con la finalidad de promover y desarrollar el conocimiento y la CSP entre los profesionales. Este estudio supuso un paso importante en dicho campo tanto a nivel nacional como internacional, ya que es considerado, en cuanto a importancia, quinto a nivel mundial y tercero de su género a nivel europeo. Los datos en cuanto a frecuencia de EA en los hospitales del SNS fueron similares a los obtenidos en los estudios realizados en otros países con la misma finalidad, como Francia, Reino Unido, Canadá y Australia. Los estudios similares que se llevaron a cabo en los distintos países fueron, Estudio Harvard Medical Practice (Brennan et al., 1991); (Leape et al., 1991); Estudio Quality in Australian Health Care (Wilson et al., 1995); Nueva Zelanda (Davis et al., 2001); Canadá (Baker, GR & Norton P, 2002); Utah y Colorado (Thomas et al., 2000); Londres (Vincent, Neale, & Woloshynowych, 2001); Dinamarca (Schiøler et al., 2002)¹¹ (Tabl.1). Dichos estudios pusieron de manifiesto que la tasa de EA en los hospitales oscilaba entre el 4 y el 17%.

Tabla 1: Eventos adversos en la asistencia hospitalaria. Fuente: Aranaz et al., 2004).

	Autor y año	Nº hospitales	Nº pacientes	Incidencia	% evitables
EE.UU Estudio Harvard	Brennan 1984	51	30.195	3,8	27,6
EE.UU Estudio UTCOS	Thomas 1992	28	14.565	2,9	27,4 -32,6
AUSTRALIA Estudio QAHCS	Wilson 1992	28	14.179	16,6	51,2
REINO UNIDO	Vincent 1999	2	1.014	11,7	48,0
DINAMARCA	Schiøler 2002	17	1.097	9	40,4
NUEVA ZELANDA	Davis 1998	13	6.579	11,3	37
CANADÁ	Baker 2002	20	3.720	7,5	36,9
ESPAÑA	Aranaz 2005	24	5.624	9,3	42,6

El estudio ENEAS se realizó en atención hospitalaria y en él participaron 24 hospitales (Tab. 2).

Tabla 2: Hospitales que participaron en el Estudio Eneas

HOSPITALES	CAMAS
Hospital Universitario .Miguel Servet	1309
C. A. Salamanca	918
Hospital Universitario San Cecilio	655
Hospital Universitario Getafe	640
Hospital Navarra	501
Hospital Del Mar	424
Hospital Do Meixoeiro	418
Hospital. de l'Hospitalet	385
C. H. La Mancha Centro	368
Hospital Universitario .Sant Joan d'Alacant	361
Hospital San Agustín Avilés	350
Hospital Vega Baja	330
Hospital Don Benito	282
Hospital Ntra Sra. Del Prado	268
Hospital San Agustín Linares	264
Hospital. Verge de la Cinta	237
Hospital Infanta Margarita	236
Hospital. Rafael Méndez	230
Hospital Hellín	126
H. Ernest Lluch	122
Hospital. C. Mora d'Ebre	120
Hospital. San Eloy	118
Hospital. Fundación Calahorra	83
Hospital. Malva Rosa	50

Seis de tamaño pequeño (de menos de 200 camas), trece de tamaño mediano (entre 200 a 499 camas) y cinco de tamaño grande (mayor o igual 500 camas), de la Comunidad Autónoma de Extremadura, participó el Hospital de Don Benito-Villanueva con 282 camas. En el estudio se revisaron las historias clínicas de los pacientes dados de alta hospitalaria durante la segunda semana del mes de junio de 2005; 451 altas en hospitales de tamaño pequeño, 2.885 altas en hospitales de tamaño mediano y 2.288

altas en hospitales de tamaño grande, para obtener un total de 5.624 historias. La selección de estas historias, dentro de cada hospital, se realizó mediante un muestreo sistemático de los pacientes ingresados, cuya hospitalización fue superior a 24 horas, en los hospitales seleccionados, que tuvieran historia clínica en los mismos y que fueran dados de alta del 4 al 10 de junio de 2005 (ambos inclusive). De sus resultados se dedujo que la incidencia de EA en los hospitales españoles era similar a la de los estudios realizados con similar metodología en países americanos, australianos y europeos.

Los conceptos básicos del estudio son:

Efecto adverso (EA): Se define, para este estudio, como todo accidente o incidente recogido en la Historia Clínica que ha causado daño al paciente o lo ha podido causar, ligado sobre todo a las condiciones de la asistencia.

Efecto adverso prevenible: Es aquel que tiene alguna posibilidad de no producirse.

Los resultados del estudio sobre los EA que ocurren en la atención hospitalizada fueron:

- La incidencia de pacientes con EA relacionados con la asistencia sanitaria fue de 9,3%.
- Los relacionados directamente con la asistencia hospitalaria (excluidos los de atención primaria, consultas externas y ocasionados en otro hospital) fue de 8,4%.
- Uno de cada cinco EA se origina en la prehospitalización y las cuatro causas inmediatas de EA estuvieron relacionadas con la medicación, con las infecciones nosocomiales, con los procedimientos y con los cuidados. Un 54,9% se consideraron moderados o graves, el 31,4% provocaron el incremento de la estancia y en un 24,4% fue motivo ingreso. La incidencia de éxitos producida por EA fue de 4,4%. El estudio demostró que el 42,60% de los todos los EA que se producían eran evitables. Los EA que ocurrían y en qué porcentaje fueron los siguientes (Tabl.3).

Tabla 3: Tabla de E.A. más frecuentes en el Estudio ENEAS. Fuente: Estudio ENEAS.

NATURALEZA EA	TOTALES	EVITABLES
Medicación	37,40%	34,80%
Infección Nosocomial	25,30%	56,60%
Procedimientos	25,00%	31,70%
Cuidados	7,60%	56,00%
Diagnóstico	2,70%	84,20%
Otros	1,80%	33,40%
TOTAL	655(100%)	278(42,60%)

Recoge las mayores incidencias de EA y cuáles son las mayores oportunidades de mejora: medicamentos, infecciones hospitalarias, con los procedimientos y los cuidados. En España, el estudio ENEAS sirvió para analizar la situación de la SP en el ámbito hospitalario así como los EA más prevalentes y la prevenibilidad de los mismos, haciendo que tanto las organizaciones como los profesionales se concienciaran de los EA se pueden evitar pero para ello se debían tomar las medidas oportunas y mejorar los resultados en la AS; esto haría mejorar la percepción de desconfianza de los ciudadanos con respecto a nuestro sistema sanitario y a nuestros profesionales. Este estudio se realizó siguiendo las recomendaciones de la OMS y de la Ley de Cohesión del SNS.

Como ocurrió en el resto de los países que se llevaron a cabo este tipo de estudios, en España también fue un impacto sanitario, social y económico, convirtiéndose el estudio de la SP en una prioridad de Salud Pública, desde entonces el Plan de Calidad del SNS trabaja para dar respuesta a los problemas y necesidades detectadas en dicho estudio.

El estudio ENEAS sirvió para hacer un diagnóstico de la situación de nuestro país con respecto a la ocurrencia de EA, siendo una herramienta de gran valor para la puesta en marcha de Estrategias para la mejora de la SP elaboradas por el MSSSI. Estas Estrategias se llevaron a cabo en colaboración con las CCAA y las sociedades científicas y contando con las aportaciones de los expertos y las directrices de las organizaciones internacionales y se incidió en los siguientes aspectos:

- Garantizar que la SP se desarrollara en el SNS como uno de los fundamentos de las políticas de mejora de la calidad.
- Promover una CS en todos los niveles de la atención sanitaria.
- Potenciar el conocimiento y análisis de EA mediante el estudio de bases de datos existentes y la elaboración de sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la SP.

Para ello, se realizó un análisis de los diferentes sistemas de notificación existentes en el mundo con el fin de diseñar un sistema de notificación de EA para el SNS y para el desarrollo de sistemas similares a nivel autonómico y de centros sanitarios, y como resultado surge el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP)¹².

También siguiendo las recomendaciones mundiales de la OMS se llevó a cabo en Latinoamérica en 2007 el Estudio Ibero Americano de Eventos Adversos¹³ (IBEAS) en el que Colombia, Costa Rica, Perú y Argentina se unen para conocer los EA ocurridos en sus hospitales, establecer su prevalencia y sus características y desarrollar metodologías propias comparables internacionalmente. La prevalencia estimada de efectos EA fue de 10%, hallándose además que más del 28% de los efectos adversos desencadenaron discapacidad y el 6%, muerte.

En Atención Primaria(AP) también se realizó un estudio en nuestro país, para el que se desarrolló una metodología específica y con el mismo modelo teórico, el Estudio APEAS¹⁴, llevado a cabo por el MSSSI en el año 2008 realizado sobre una muestra de 48 centros de AP de 16 CCAA y en el que participaron 452 profesionales.

Los datos obtenidos en este estudio nos dan la información sobre el tipo de EA y el porcentaje de incidencia fue:

- 48% relacionado con la medicación.
- 20% relacionado con un peor curso evolutivo de la enfermedad de base.
- 11% relacionado con los procedimientos.
- 8% relacionado con la infección.
- 7% lo engloban en otros.
- 6% relacionado con los cuidados.

Dicho estudio confirma que:

- El 70% de los EA son evitables pudiendo afectar a 7 de cada 100 personas al año.

La evitabilidad de los EA se relacionó con su gravedad, de tal forma que los leves eran evitables en un 65,3%, los moderados lo eran en un 75,3% y los graves en un 80,2%.

El análisis y la frecuencia de los EA en AP en nuestro país, acercaron la SP al primer nivel asistencial y los resultados obtenidos fueron similares a los de los de los otros países.

La conclusión que se sacó de ambos estudios es que España estaba igual que el resto de los países en cuanto a la frecuencia de EA en el proceso asistencial.

Las recomendaciones en ambos estudios para mejorar los datos obtenidos eran, mejorar la CSP, la unificación de los términos y conceptos que manejamos, y que se introduzca en el trabajo las prácticas clínicas seguras, hecho que mejoraría la SP y disminuiría los EA a lo largo de todo el proceso asistencial.

Para mejorar la seguridad de los sistemas es preciso aprender de los errores que se producen; sólo así podremos saber las causas que los originan y desarrollar estrategias para evitar que se repitan. Para ello es preciso un cambio de cultura, dejando atrás la culpabilidad y dando paso al aprendizaje, a la comunicación y, al análisis de los errores, siendo el SiNASP el sistema utilizado para este fin.

El MSSSI impulsa y promueve la Estrategia de SP del SNS¹⁵ desarrollada desde el año 2005 en colaboración con las Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), que integra las aportaciones de los profesionales sanitarios y de los pacientes a través de sus organizaciones. Los objetivos de la estrategia inicialmente se orientaron a promover y mejorar la CS en las

organizaciones sanitarias; incorporar la gestión del riesgo sanitario, formar a los profesionales y a los pacientes en aspectos básicos de SP; implementar prácticas seguras e implicar a pacientes y ciudadanos.

Tras diez años de desarrollo, se plantea la actualización en la Estrategia de SP del SNS para un nuevo quinquenio 2015-2020, con el fin de tener un instrumento que dé una visión general de lo realizado previamente y facilite la reflexión y la toma de decisiones consensuadas en torno a la SP en el SNS para este nuevo periodo. Las estrategias internacionales en SP se orientan principalmente en dos grandes áreas: el cambio cultural de los profesionales y la implementación de prácticas seguras; estas líneas se recogen en la Estrategia del SNS 2015-2020. Conocer la CS de una organización es el paso previo para su mejora.

2.1 ANTECEDENTES

A lo largo de la historia todas las personas que se han dedicado al cuidado de los pacientes, han tenido siempre un fin común; el principio ético de la no maleficencia "*Primum non nocere*"¹⁶ (*primero de todo, no hacer daño*), dicha finalidad es mas protagonista en el paradigma contemporáneo, ya que no es aceptable que un paciente presente daños derivados de la AS recibida, de la que se espera que sea curativa y proporcione confort y calidad de vida.

La preocupación por la seguridad en la asistencia se remonta a épocas muy remotas: en la época prehistórica nos encontramos con el primer recopilatorio de leyes recogidas en el Código Hammurabi (1692 a. C.), compuesto por 282 leyes creadas por el dios Marduk para proporcionar el bienestar a las gentes de su reino. De las leyes creadas once de ellas hacían referencia a la Medicina, concretamente en la 221 se recogía así: "...*Si un médico curó un miembro quebrado de un hombre libre, y ha hecho revivir una víscera enferma, el paciente dará al médico cinco siclos de plata...*"¹⁷. También regulaba la responsabilidad profesional de los médicos y castigaba, crudamente, las secuelas provocadas por un tratamiento inadecuado, dependiendo del nivel social del enfermo. Las penas eran recibidas según los delitos cometidos, los castigos se basaban en la Ley del Talión.

En la época Hipocrática (460 a. C.), aparece la segunda mención de la SP donde por primera vez se recoge el famoso aforismo "*primum non nocere*"¹⁶, atribuido a Hipócrates (siglo V a. C) recogándose también una aproximación en el Corpus Hipocraticu "*...para ayudar, o por lo menos no hacer daño...*", sino el primero de sus aforismos: "*...Corta es la vida, largo el camino, fugaz la ocasión, falaces las experiencias, el juicio difícil. No basta, además, que el médico se muestre tal en tiempo oportuno, sino que es menester que el enfermo y cuantos lo rodean coadyuven a su obra...*" Esta segunda mención a la SP recoge ya la colaboración del paciente y el médico, refiriéndose a que éste debe hacer bien su trabajo, pero aún con todos sus conocimientos, es necesario que el mismo paciente participe en su tratamiento y haga caso a los consejos médicos, y que los familiares y cuantos le rodean, le ayuden.

En la época poshipocrática revisando la bibliografía existente, nos encontramos con individuos que reconocieron que cometieron errores, entre ellos hay que destacar a¹⁸.

Ambroise Paré(1509-1590), considerado el padre de la cirugía, reconoció su error cuando estaba en la batalla de Vilaine. Habiéndose terminado las reservas de aceite de sauco que era lo que utilizaba para la cauterización de las heridas, preparó un remedio a base de yema de huevo, aceite de rosas y trementina, de tal manera que a todos los pacientes a los que administro esta pócima, al día siguiente, no tuvieron fiebre, ni inflamación y ni mucho dolor en sus heridas; mientras que, a los que cauterizaba, tenían mucho dolor e inflamación, por lo que llegó a la conclusión que la cauterización había sido un error y no volvió a cauterizar ninguna herida más¹⁷.

Hacia 1825, Pierre Charles Alexandre Louis (1787-1872), al que se le atribuye la introducción del "*méthode numérique*", según el mismo había *que* cuantificar la

medicina, valorando y contabilizando los síntomas, la evolución y la duración; y en función de estos datos numéricos se le asignaba un grado de gravedad y la eficacia de los tratamientos. Gracias a este método demostró la ineficacia terapéutica de las sangrías en los procesos inflamatorios¹⁹.

Ignaz Phillipp Semmelweis (1818-1865) trabajó en la maternidad de Viena y consiguió disminuir la tasa de mortalidad por sepsis puerperal en las mujeres simplemente con el lavado de manos de los obstetras con una solución de cal clorurada antes de atender a las parturientas. Con ello se consiguió reducir la sepsis puerperal en un 70%, implicando a las parturientas en el hecho de que los médicos se lavaran las manos ya que estos eran reticentes a hacerlo. Cuenta con la implicación de las pacientes en su proceso y desde este momento se sitúa a la higiene de manos como primera medida para prevenir las infecciones²⁰.

La madre de la Enfermería, Florence Nightingale (1820-1910), reconoció los errores que se cometían en la AS con respecto a las medidas de higiene aplicadas a los pacientes en la guerra de Crimea. Modificando estas medidas y contando con la colaboración de los pacientes y los familiares consiguió reducir la mortalidad de un 40 a un 2% y, afirmó que era necesario un entorno saludable para proporcionar adecuadamente los cuidados de enfermería²¹. Ella reconoció el riesgo de la AS cuando afirmó: *"Puede parecer extraño decir que el principio en un hospital es no hacer daño a los enfermos. Pero es necesario decirlo porque la mortalidad hospitalaria es muy alta comparada con la extrahospitalaria"*²¹.

En el siglo XIX, Ernest Codman (1869-1940), al que se considera el padre de la Calidad Asistencial, llevó a cabo un seguimiento de sus pacientes, para ello recogió los errores de los diagnósticos y tratamientos, con el fin de mejorar, llegando a crear su propio hospital, llamado *"Hospital de los Resultados Finales"*. Entre 1911 y 1916, registró 123 errores y los clasificó, agrupándolos en errores debidos a la carencia de conocimientos o habilidades, al juicio quirúrgico, a la carencia de equipos o cuidados y a la ausencia de herramientas diagnósticas. Publicaba los datos de los errores cometidos e invitaba a otros Hospitales a que hicieran lo mismo. En uno de esos errores, Codman describe haber ligado el conducto hepático común de un paciente, lo que lo llevó a la muerte: *"He cometido un error de habilidad del más grueso calibre e incluso (durante la operación) he fallado en reconocerlo"*²².

Arthur Bloomfield (1888-1962), es al que se le atribuye la famosa frase de: *"Hay algunos pacientes a los que no podemos ayudar pero no hay ninguno al que no podamos dañar"*²³.

Es a finales del siglo XX (1999) cuando en EEUU, se presentó el documento *"To Err Is Human"*³ del Instituto de Medicina al gobierno, en el que se destacaban los malos resultados de la atención médica hospitalaria causados específicamente por el error humano. Dicho informe concluyó que más de 50.000 personas morían al año en los hospitales de EEUU, como resultado de errores que se suceden en el proceso de atención²⁴. Más tarde publica otro en 2001: *Crossing the Quality Chasm: Health Care in the 21st Century (Cruzando la grieta de la calidad: el cuidado de la salud en el siglo XXI)*. Ambos manifiestan que entre la calidad de la salud que reciben los ciudadanos americanos y la que el sistema es capaz de brindar, de acuerdo con sus profesionales

y su desarrollo tecnológico, existe una brecha importante. Estos informes, junto con otros de temática similar, impulsaron el trabajo por la SP en múltiples organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de todo el mundo.

En 2002 tuvo lugar la 55 Asamblea Mundial de la Salud⁶, que fue organizada por la OMS a raíz de los datos obtenidos de los EA que se producían. Se celebró en Ginebra y en ella se instó a los países miembros a garantizar la SP y reconoció "...la necesidad de promover la SP...", y "...prestar la mayor atención posible al problema...", y se pidió a la Directora General, entre otras cosas, que elaborara normas, patrones y directrices pertinentes, que promoviera la formulación de políticas basadas en pruebas científicas; como así que alentara las investigaciones sobre la SP; que apoyara los esfuerzos de los Estados Miembros orientados a desarrollar mecanismos para reconocer la excelencia en materia de SP a nivel internacional, y que fomentara la CS en el seno de las organizaciones de la salud.

El 27 de Octubre del 2004 se puso en marcha una Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente²⁵, ocurrió en la Asamblea Mundial del 2004. El programa de la Alianza incluyó una serie de medidas consideradas claves, con el fin de reducir enfermedades y traumatismos que sufren los enfermos dentro de los centros sanitarios. Bajo el lema "Ante todo, no hacer daño" buscaba disminuir las consecuencias sanitarias y sociales indeseables que pudieran ocasionarse durante los cuidados clínicos. Y sobre todo desarrollar estrategias y soluciones de seguridad para ser adoptadas por todos los sistemas de salud del mundo.

En Marzo de 2005 la *Joint Commission* y *Joint Commission Resources* (JCR) crearon la *Joint Commission International Center for Patient Safety* como una extensión de las actividades dirigidas a mejorar los problemas de SP en las organizaciones sanitarias, por las que la *Joint Commission* es reconocida. En Agosto de 2005, tras la puesta en marcha de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, la OMS designó a la *Joint Commission* y *Joint Commission International* (JCI) como el primer centro del mundo colaborador con la Organización Mundial de la Salud dedicado por completo a la SP²⁶.

La primera Conferencia Internacional sobre SP tuvo lugar en Portugal (Oporto), en 2005, participaron 61 países que aportaron cada uno de ellos sus investigaciones y llegaron a la conclusión final que para mejorar la CA era necesario financiar y colaborar en investigación en la SP tanto en el entorno hospitalario como en el comunitario. También en 2005 el Consejo de Europa se reunió el 13 de Abril con todos sus estados miembros, y tuvo lugar la Declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los Pacientes²⁷. La Seguridad de los Pacientes como un reto europeo, aconsejando a sus miembros a abordar el problema de la SP mediante²⁸:

- a) El desarrollo de una CSP desde un enfoque sistémico y sistemático,
- b) El establecimiento de sistemas de información que apoyaran el aprendizaje y la toma de decisiones y
- c) La implicación de los pacientes y de los ciudadanos en el proceso.

El Consejo de Europa lanzó en 2006 la “Recomendación sobre el manejo de la seguridad de los pacientes y la prevención de los eventos adversos en los cuidados de la salud”²⁹. En ella insta a los países miembros a abordar el problema mediante el desarrollo de una CS y el establecimiento de sistemas de información que apoyen el aprendizaje y la toma de decisiones. Por su parte, el informe “La seguridad del paciente en siete pasos”³⁰, realizado por el sistema nacional de salud del Reino Unido, aporta una relación de estrategias clave cuyo seguimiento persigue garantizar la seguridad del servicio sanitario proporcionado. De igual forma, promueve la notificación de EA, propugna el aprendizaje desde los errores a través de un análisis causa-raíz y ayuda a alcanzar los objetivos de gestión clínica y de riesgos de cada organización.

En España desde el 2005, el MSSSI viene trabajando por la SP reconociéndolo en su Plan de Calidad para el SNS³¹, contando con la colaboración de las CCAA, las Sociedades Científicas, las Asociaciones de Pacientes y Consumidores y otras organizaciones interesadas. En nuestro país, desde hace unos años, el Instituto Avedis Donabedian colabora con profesionales, centros, administraciones públicas y privadas, organizaciones de ciudadanos y profesionales y otras instituciones en diferentes proyectos para mejorar la calidad y seguridad de los pacientes en los diferentes ámbitos de actuación sanitaria³².

En Extremadura, no contamos con un Plan Estratégico de Seguridad del Paciente hasta el 2011, dicho Plan se elaboró con la colaboración del MSSSI, siendo un objetivo de la Comisión Central de Seguridad del Paciente del Servicio Extremeño de Salud (SES) que se creó en 2009. El Plan Estratégico de Seguridad del Pacientes del Servicio Extremeño de Salud³³ 2011-2016 se creó con la finalidad de controlar los EA en la AS y para lograrlo diseñó unas Líneas Estratégicas con el fin de prevenir, detectar y disminuir los EA que pueden aparecer en el transcurso de la atención sanitaria. Para ello se promueven acciones de mejora en relación con la información sobre SP (tanto en el ámbito profesional como entre los ciudadanos), el desarrollo de sistemas de información sobre EA y la promoción de prácticas seguras en los centros asistenciales. Estas actuaciones están enmarcadas en el contexto normativo existente. El primer objetivo de este Plan, concretamente en su primer punto, es la promoción de la CS, ya que sin este no se pueden llevar a cabo los siguientes. Tanto las Instituciones como los profesionales debemos de concienciarnos de que tras un error hay consecuencias, tanto para los pacientes como para el propio sistema, por lo que evitarlos debe ser un objetivo prioritario; primero por las personas y segundo por sus repercusiones tanto a nivel económico como político. Pero para ello es necesario producir un cambio de cultura a todos los niveles, tanto profesional como organizativo y pasar de la culpa al aprendizaje, introduciendo medidas correctoras para que no vuelvan a producirse. No obstante a pesar de llevar años trabajando en ello, la CS no ha calado suficientemente en las organizaciones sanitarias ni en los profesionales y se siguen viendo los EA desde una perspectiva culpatoria y no desde el aprendizaje para prevenirlos, existiendo una gran brecha entre la teoría y la práctica de SP. Para subsanar esta brecha deberemos seguir trabajando con el fin de desarrollar el liderazgo y el trabajo en equipo para lograr cuidados seguros, en el marco de una sanidad cada vez más globalizada. Nos enfrentamos al reto de ofrecer una atención sanitaria más segura, donde la comunicación efectiva entre profesionales y de éstos

con los pacientes se imponga como una herramienta clave de mejora para aprender de los errores. Es necesario que políticos, gestores, profesionales y pacientes trabajen juntos para impulsar ese cambio de cultura que permita desarrollar actitudes y estilos de trabajo orientados a la reducción del daño innecesario asociado a la atención sanitaria.

2.2 MARCO TEÓRICO.

Las CCAA tienen traspasadas desde el 2002 las competencias en materia de salud; esta descentralización dio lugar a diecisiete consejerías o departamentos de sanidad, responsables de la regulación y planificación en materia de política y atención sanitaria. Cada comunidad es responsable del servicio regional de salud correspondiente, cuyo cometido es la provisión de servicios en su territorio. La Administración del Estado mantiene la autoridad sobre la sanidad exterior y cooperación internacional, la legislación relativa a medicamentos (tal y como queda reflejado en la Ley del Medicamento 25/1990, de 20 de diciembre) y es la responsable de garantizar la equidad en la prestación de los servicios de salud en todo el territorio nacional³⁴. El Consejo Interterritorial del SNS garantiza los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado, está constituido por el MSSSI y por los diecisiete consejeros de sanidad de las CCAA. Es el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud, entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del SNS a través de la garantía de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado. Las decisiones tomadas, que se adoptan por consenso, se plasman a modo de recomendaciones, ya que se refieren a cuestiones transferidas a las CCAA.

El MSSSI está comprometido en disminuir los riesgos a los que se enfrentan los pacientes y lograr una AS más segura. Asimismo, da continuidad a la colaboración entre las CCAA, investigadora, profesional y paciente, promoviendo el consenso entre todas las administraciones y organizaciones implicadas³⁵.

Como hemos comentado con anterioridad la AS cada vez es mejor pero es más compleja debido a los avances tecnológicos, científicos, los equipos multidisciplinares, la necesaria coordinación entre niveles (Atención Primaria y Atención Especializada) etc. Su continuo crecimiento hace que se produzcan cada vez más errores potenciales, demostrándolo los estudios realizados en los diferentes países. Los profesionales siguen considerando el tema como tabú por miedo a las sanciones y a las demandas que puedan conllevar, por ello es difícil conocer la realidad de los EA que además ocurren en cualquier lugar, a cualquier persona, ya que es un problema que nos atañe a todos. De ahí la importancia de aprender de ellos para evitar que se vuelvan a repetir. Alrededor del 50% de ellos se podrían evitar si se llevaran a cabo prácticas seguras.

En la actualidad también debemos valorar otros factores que también intervienen en que los EA sean más frecuentes, como son:

- El aumento de la esperanza de vida, que según los datos aportados en las tablas que el 20 de Mayo de 2015 publica el INE, se produce un incremento a lo largo de los años. En España entre 1992 y 2013, los hombres han pasado de 73,9 a 80,0 años y la de las mujeres de 81,2 a 85,6 años. Cuanto mayor sea la población, el riesgo de padecer enfermedades crónicas aumenta, por lo que se le deberá proporcionar más AS y el consumo de fármacos y recursos se incrementará.

- Un grado de desarrollo social y económico que genera más exigencias respecto a calidad asistencial e información y participación en la toma de decisiones sobre la salud.
- Mayor complejidad en la AS ya que cada vez existe más recursos terapéuticos y tecnológicos.
- Un incremento substancial del conocimiento científico disponible y de los medios de acceso al mismo.

Los EA pueden ser causados tanto por la negligencia de los profesionales como por los fallos de los sistemas; de hecho en EEUU se realizaron estudios al respecto llegándose a la conclusión de que el 75% de ellos eran causados por fallos en el sistema. En los últimos años se han realizado este tipo de estudios en el resto del mundo^{36,37}, considerando en este caso que los sistemas no son seguros en su totalidad y los errores surgen como una consecuencia y no como causa del fallo, en este caso para garantizar la SP tendrá que producirse un cambio de cultura que introduzca mecanismos para reducir las barreras estructurales, como es, la potenciación del liderazgo, la implicación de los profesionales y desterrar la culpabilidad para dar paso al aprendizaje. Esto es posible cuando las organizaciones visualicen sus debilidades y pongan soluciones a ellas para que no ocurran de nuevo. En definitiva, supone conseguir que las organizaciones sean inteligentes de manera que estén dispuestas a asumir sus fallos, aprender de ellos y como consecuencia definir estrategias para que no vuelvan a ocurrir.

El IOM emitió un mensaje fundamental que era la necesidad de crear una CS en las instituciones sanitarias como lo han hecho anteriormente otras, como el sector aeronáutico y espacial. Para ello es necesario asumir que los fallos son propios del ser humano (*person approach*), son inherente a su naturaleza, pero también es verdad que los sistemas fallan (*system approach*) y esto contribuye a que se faciliten los errores. Debemos partir de que el error es inherente al ser humano y que lo que hay que tratar es que los sistemas sean seguros para minimizar los fallos ocasionados por los profesionales.

En España es importante destacar el papel de los estudios realizados que nos aportan datos reales, ya que los sistemas de registros previamente existentes, en los diversos ámbitos, carecen de una implantación suficiente y efectiva, lo que determina que no reflejen la realidad (infravalorándola), por el hecho de ser voluntaria su comunicación y esto hace que no se recoja la realidad de los EA ocurridos. Por ello es necesario monitorizarlos y evaluarlos para poder determinar si las estrategias puestas en marcha son efectivas o no; y la primera premisa que necesitamos es la existencia de una CS en las organizaciones que permitan el desarrollo de un sistema de comunicación y registro de EA unificado y estandarizado, que resulte eficiente.

España a través del MSSSI, viene desarrollando estrategias sobre SP desde el año 2005 y las recoge en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud definiendo en su documento marco una serie de objetivos que incluyen:

- Promover el conocimiento y la CSP, entre los profesionales en cualquier nivel de la atención sanitaria

- Establecer sistemas de información, notificación y análisis de los incidentes y efectos adversos, incorporando indicadores sobre seguridad y aprendizaje.
- Implantar prácticas seguras en el SNS, en concreto sobre el uso seguro de medicamentos.
- Fomentar la investigación en temas de SP.
- Reforzar la participación del paciente en las estrategias de seguridad
- Intensificar la participación de las administraciones sanitarias en foros internacionales involucrados en dichas estrategias.

La clave de esta Estrategia, es contar con la colaboración de las CCAA, de las Sociedades Científicas (más de 140 sociedades de profesionales), de las Asociaciones de Pacientes y Consumidores (22 de las cuales han firmado la declaración de los pacientes por la seguridad de paciente) y de otras organizaciones interesadas.

La Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020, sigue promoviendo las iniciadas en el 2005 en colaboración con las CCAA y tras 10 años de desarrollo su estrategia nº 1 sigue siendo: CS, factor humano y formación, para volver a cumplir con la estrategia número 8 del Plan de Calidad del SNS Español (promover y desarrollar el conocimiento y la CSP entre los profesionales y los pacientes, en cualquier nivel de atención sanitaria)³⁸.

El Plan Estratégico de Calidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura (SSPE) 2015-2021³⁹, recoge como estrategia el desarrollo del II Plan de Calidad del SSPE, para coordinar y dar continuidad a las políticas de calidad, de SP y de humanización de la atención sanitaria, respaldando e impulsando el seguimiento del Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del Servicio Extremeño de Salud 2011-2016. Para ello, reconoce aspectos fundamentales en la SP, y en la prevención de EA, relacionados con la AS. El Plan de Salud de Extremadura 2013-2020 es la máxima expresión de las políticas sanitarias de la Comunidad Autónoma de Extremadura y en el III Eje Estratégico: Mejora del SSPE el objetivo nº 35 es: Fomentar la SP y de sus familiares, atendidos por el Sistema Sanitario Público de Extremadura⁴⁰. Las líneas de actuación que propone son:

- 35.1.-Desarrollo, seguimiento y evaluación del “Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2011-2016” del SES, como uno de los pilares estratégicos del Plan Marco de Calidad del SSPE.
- 35.2.-Dar continuidad al vigente “Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2011-2016” del SES, una vez finalizado su periodo de vigencia.
- 35.3.- Inclusión de medidas de mejoras de la seguridad del paciente, y prevención de eventos adversos, en los contratos de gestión de las Áreas de Salud.
- 35.4.-Creación e Impulso de la estructura operativa para el desarrollo y seguimiento del “Plan Estratégico de Seguridad del Paciente” y el “Plan Marco

de Calidad del SSPE”, en las Áreas de Salud, servicios centrales del SES y la Consejería de Salud y Política Social.

➤ 2.2.1 CALIDAD ASISTENCIAL

El concepto de calidad se remonta a la II Guerra Mundial (Guix, 2005) y surgió en Reino Unido, primero se instauró en la industria, marketing y hace unos años en el campo de la salud. El Diccionario de la Real Academia Española define la calidad como: *“La propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”*⁴¹.

La OMS define la calidad asistencial como: *«Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios (humanos y de otros tipos) a estas necesidades de manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permite»*⁴².

No obstante existen otras definiciones sobre la calidad asistencial como las de Donabedian (1980): *“Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”*⁴³ Esta definición es científica, técnica y profesional, además tiene en cuenta a los pacientes.

El IOM (1990) la define como el: *“Grado en el cual los servicios de salud para un individuo o una población son capaces de incrementar u obtener los resultados deseados y éstos son consistentes con los conocimientos actuales de la ciencia”*⁴⁴.

La calidad asistencial incluye las siguientes dimensiones⁴⁵(Fig1).

- **La calidad científico-técnica** con respecto a la formación y a la competencia de los profesionales, no sólo a nivel asistencial sino también con respecto a la satisfacción de los usuarios.
- **La accesibilidad**, facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de manera equitativa para toda la población.
- **La satisfacción**, grado con que la atención prestada satisface las expectativas del usuario. con respecto al funcionamiento de la organización como el trato personal recibido.
- **Efectividad**, con respecto a los logros conseguidos en la salud de la población.
- **Eficiencia**, conseguir el más alto nivel posible de calidad con los recursos determinados.
- **Adecuación o idoneidad** de la atención recibida en relación con las necesidades del paciente.

Sin embargo el IOM, aumentó dos dimensiones más que son la atención centrada en el paciente y la SP:

- **Atención centrada en el paciente** se define como la atención a la salud caracterizada por el compromiso entre los profesionales, los pacientes y sus familias, para asegurar que se respetan las decisiones, preferencias y necesidades de los pacientes, así como por la educación y el apoyo para que los pacientes participen en las decisiones sobre la atención que reciben.
- **Seguridad del paciente**, posiblemente la última de las dimensiones incorporada dentro de la definición de la calidad en los servicios de salud, que caracteriza su enfoque no solo en hacer lo correcto y a tiempo como tradicionalmente sino además en ausencia de daño producido por la propia atención sanitaria, más que un mayor o menor beneficio.

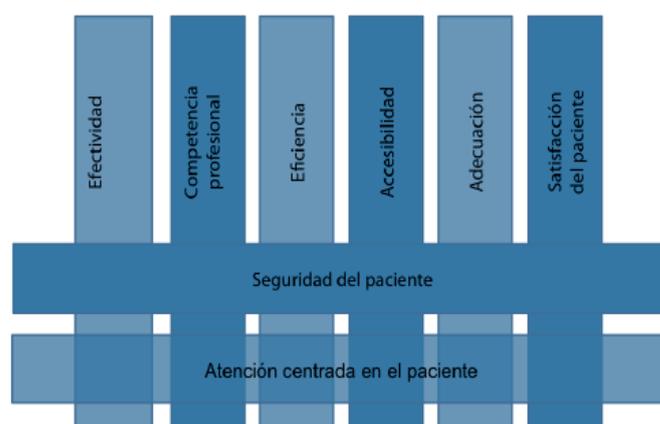


Figura 1: adaptado de: Institute of Medicine(IOM), Crossing the quality ty chasm. A NEW. heath Sistem for the 21 century, National Academy Pess, 2001

La SP es una de las dimensiones fundamentales de la CA, ya que por su transversalidad afecta a la totalidad de la organización y de sus miembros, siendo la dimensión más importante, pero no debe ser un objetivo último, sino un vehículo para obtener la calidad⁴⁶. La SP y la calidad están estrechamente vinculadas, de forma que no se podría hablar de la primera sin considerar el enfoque de la segunda. Se trata, en definitiva, de mejorar la calidad de la atención sanitaria a través de intervenciones y estrategias de SP. La CA, es el pilar fundamental de la atención sanitaria junto con la sostenibilidad del sistema. Su mejora permite racionalizar mejor los recursos, reducir los costes y ofrecer una asistencia más segura y centrada en las necesidades del paciente.

La ley General de Sanidad⁴⁷ y la ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud⁴⁸ recogen como una de las características fundamentales del Sistema Español de Salud, “*la prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados*”. También la Unión Europea recomienda a todos sus estados miembros, el desarrollo y puesta en marcha de sistemas que mejoren la calidad en los servicios de salud; y recoge, entre otros aspectos, que los sistemas de calidad deberán ser objeto de control público bajo la forma de una evaluación objetiva realizada por organismos independientes.

Donabedian describió como evaluar la calidad asistencial, propuso la evaluación de la estructura, procesos y resultados. Argumentó que “*una buena*

estructura aumenta la probabilidad de un buen proceso, y un buen proceso aumenta la probabilidad de un buen resultado” (Donabedian 1988). La estructura la define, como las características de los escenarios donde se presta la atención y los recursos necesarios para poder prestar la AS. Esto incluye:

Los recursos materiales (instalaciones, capital, equipo, medicamentos, etc.), sino también los recursos intelectuales (conocimiento médico, sistemas de información) y recursos humanos (profesionales de atención sanitaria).

Proceso significa la utilización de recursos en cuanto a lo realizado en prestar y recibir asistencia. Se clasifican en procesos relacionados con el paciente (índices de intervención, índices de derivación, etc.) y aspectos organizativos (suministro con medicamentos, gestión de listas de espera, pagos del personal sanitario, captación de fondos, etc.).

Los Resultados describen los efectos de la atención asistencial sobre el estado de salud de los pacientes y poblaciones, y comprende tanto: resultados definitivos (mortalidad, morbilidad, discapacidad o calidad de vida), como resultados intermedios: (presión arterial, peso corporal, bienestar personal, capacidad funcional, capacidad para sobrellevar problemas, mejora del conocimiento).

La mayoría de autores consideran como precursor de la calidad, el trabajo de Florence Nightingale en el Barrack Hospital durante la guerra de Crimea (1854). Cuando ella y sus enfermeras llegaron al hospital, la tasa de mortalidad de los pacientes ingresados era del 40%. Después de seis meses de aplicar acciones de mejora en los cuidados básicos y en la higiene de los hospitales, dieta adecuada, ambiente limpio, material sanitario redujeron la tasa de mortalidad al 2%. Florence Nightingale utilizó las estadísticas de mortalidad para cada tipo de patología, demostrando que con las mejoras en la higiene, cuidados, y condiciones sanitarias en las que se atendía a los pacientes mejoraban los resultados y justificaban la moderna atención de enfermería que ella propugnaba. Posteriormente estableció lo que podría entenderse como los primeros estándares de la práctica de enfermería en su publicación *Notes on Nursing* (1860), que se refieren a las condiciones estructurales en las que se realiza la atención.

Aplicando la Calidad a la Atención de Enfermería nos encontramos con múltiples definiciones, como: *“La consecución del conjunto de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente, del nivel de salud que nos es dado remitirle”*, esta definición está basada en la de la función propia de Enfermería que nos aporta Virginia Henderson. La calidad de los servicios de enfermería también se define como: *“La atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable; con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador del servicio”*⁴⁹. Donabedian (1980), definió la calidad de los cuidados como: *La capacidad de alcanzar el mayor beneficio posible deseado teniendo en cuenta los valores de los individuos y de las sociedades”*.

El papel de la enfermería en la SP es fundamental, ya que en la mayoría de las estrategias y evaluaciones se contemplan indicadores y actuaciones que inciden directamente en los cuidados de enfermería. Actualmente la calidad en Enfermería es un proceso que pretende alcanzar el más alto grado de excelencia en la realización de los cuidados. Para conseguirlo es necesario la existencia de un proceso de mejora

continuo en el que participen todos los profesionales impulsados desde el plan de desarrollo de la institución. En este proceso de mejora, cada profesional debe asumir la responsabilidad de evaluar periódicamente su actividad, lo que conlleva detectar las deficiencias y las causas que las originan para introducir las medidas correctoras necesarias, con la finalidad de mejorar o mantener los estándares en niveles óptimos⁵⁰.

Para poder evaluar los cuidados de Enfermería se necesita:

- Formación actualizada que capacite a la Enfermería si los cuidados que proporciona están basados en la evidencia científica.
- La existencia de protocolos de actuación consensuados y basados en la evidencia científica.
- El registro detallado de toda la actividad para que en un momento concreto se pueda realizar una correcta recogida de datos.

Hay que tener en cuenta que la calidad de los cuidados viene determinada por aspectos que afectan a la «estructura», «proceso» y «resultado»⁵¹: La estructura refleja las características del medio donde se dan los cuidados: recursos materiales, humanos y la estructura de la organización. El proceso incluye todas las actividades de los profesionales en la realización del diagnóstico, cuidados y tratamiento del paciente. El resultado refleja los efectos tanto del proceso como de la estructura.

La responsabilidad de la Enfermería es proporcionar unos cuidados de calidad al paciente, para que su recuperación se lleve a cabo en el menor tiempo posible y se reduzcan las complicaciones que puedan surgir a lo largo del tratamiento, contribuyendo así a la disminución de los costes⁵². Para saber la calidad de los cuidados que se están prestando es necesario tener un sistema de evaluación de los mismos y marcar unos estándares de calidad como referencia. Cuando evaluamos la calidad de los cuidados, evaluaremos la estructura (normas, protocolo, registros, personal), el proceso (tipo de pacientes atendidos, técnicas realizadas, cuidados específicos) y los resultados (beneficios definidos y producidos por la aplicación de cuidados enfermeros, cambios observados en pacientes, opinión de los mismos); estas evaluaciones deben ser periódicas y sistemáticas, y se deberán comparar los resultados con los estándares establecidos.

La finalidad de los criterios es la medición, para lo cual se deben cumplir las siguientes condiciones:

- Validez: facilitan una definición exacta de lo que se pretende.
- Pertinencia: están relacionados con la situación y con los objetivos generales.
- Medición: presentan valores claramente medibles,
- Objetividad: perteneciente al objeto en sí y no sujeto a las interpretaciones del observador.
- Practicidad: deben ser situaciones fáciles de observar.

- **Sensibilidad:** son capaces de detectar desviaciones de la práctica observada.
- **Economía:** están adaptados a los recursos existentes y a la realización habitual de la práctica del cuidado, por lo tanto, no requieren gastos.

Por su parte, el índice de cumplimiento, es la frecuencia o nivel deseable que debe ser alcanzable para así obtener el grado de calidad establecido. El grado de cumplimiento de un estándar se establece en un índice que denota el valor real obtenido.

En la calidad de una institución, la calidad de los cuidados tienen un peso muy importante puesto que el porcentaje más alto del personal de una institución, un 50% corresponde a Enfermería, y están las 24 horas del día con el paciente, de ahí que la calidad de los cuidados influya tanto en la calidad total.

La profesión Enfermera necesita en la prestación de cuidados:

1. **Empoderamiento:** La Enfermería debe dejar la invisibilidad y empezar a ser visible como disciplina independiente que forma parte de un equipo multidisciplinar cuyo objetivo son los cuidados con criterios científicos. Necesita comprometerse con su profesión y tener sentido de pertenencia, extendiendo este compromiso a las empresas/instituciones.

2. **Investigación:** La Enfermería debe investigar porque cada día el avance de la ciencia es mayor y el “*ser y el quehacer*” de ella debe sustentarse en sus propias investigaciones que serán las que le den cuerpo a esta ciencia.

3. **Formación:** Es necesaria y es el camino para avanzar. Los conocimientos son los que nos harán crecer cada día y también que nuestros procesos sean más fiables.

4. **Dimensión:** La Enfermería necesita empoderarse para crear expectativas y aumentar su campo de actuación. Es necesario cambiar los viejos paradigmas ya que los nuevos profesionales necesitan cambios y asumir sus competencias⁵³.

Los programas de calidad pretenden una mejora continua basada en el análisis de las deficiencias, evaluarlas, e introducir medidas correctoras para poder conseguirlo. Las causas de estas deficiencias suelen estar producidas por:

- La falta de conocimientos suele producir problemas porque, a veces, los profesionales no saben realizar correctamente aspectos concretos de su trabajo. Las medidas correctoras para solventar esta deficiencia son la formación continuada y la protocolización de los procesos.
- Déficit de los sistemas, a veces ocurren los problemas por la sobrecarga asistencial, la organización, la falta de recursos etc. En este caso las medidas correctoras serían las soluciones de estas deficiencias.
- Problemas de actitud, ya que en ocasiones los profesionales están desmotivados y no prestan unos cuidados óptimos. En este caso habría que trabajar la motivación, el reconocimiento, la incentivación etc.

Con la pretensión de elaborar un modelo de calidad de los cuidados de Enfermería para la SP en los hospitales, surge el Proyecto SENECA⁵⁴, fue desarrollado por la Agencia de Calidad del SNS, financiado por el MSSSI y la Universidad de Cádiz en el año 2010. En él participaron un grupo de investigadores, sobre todo enfermeros al tratarse de un proyecto de seguridad relacionada con la calidad de los cuidados, pero dado que la SP se ve influida por el equipo multidisciplinar también participaron otros profesionales de la salud como, gestores de todas las áreas hospitalarias, médicos especialistas, psicólogos, trabajadores sociales, farmacéuticos y lógicamente para los criterios de “resultados en la sociedad” y “resultados en los pacientes”, la mayoría de los integrantes fueron ciudadanos (políticos, periodistas, directivos de asociaciones, empleadores, etc.) y pacientes de todo el país que evaluaron 1344 historias de pacientes médico-quirúrgicos y de cuidados intensivos de los treinta y tres hospitales participantes. Finalmente, se revisaron 510 historias de medicina interna, 344 de cuidados intensivos y 490 de unidades quirúrgicas, de las cuales habían tenido episodio quirúrgico 390. Se llevó a cabo entre los meses de febrero a julio de 2009.

Su objetivo general fue:

- Evaluar si la práctica de cuidados basada en niveles de calidad, según un modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales basado en el EFQM (SENECA 100), se relaciona con una mejora en la seguridad del paciente en los hospitales del SNS.

Se realizó en tres fases. Los objetivos de las distintas fases fueron:

- Primera fase: Diseñar la herramienta con base el modelo EFQM.
- Segunda fase: Evaluar la validez, fiabilidad y viabilidad del propio modelo.
- Tercera fase:
 - Conocer el grado de cumplimiento de los estándares del modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente (SENEca 100) en una muestra representativa de hospitales del SNS.
 - Identificar las principales situaciones de riesgo y las prácticas de enfermería que mejoran la seguridad del paciente.
 - Analizar si una práctica de cuidados basada en niveles de calidad según el modelo validado aumenta la seguridad de los pacientes hospitalizados.
 - Analizar si el cumplimiento de los estándares de calidad correlaciona con atributos de los hospitales magnéticos y con indicadores finalistas de resultados.

2.2.2 SEGURIDAD DEL PACIENTE

Para empezar a hablar de SP lo primero que tenemos que conocer es que el término “*seguridad*” proviene del latín “*securitas*” y generalmente, se utiliza para indicar la “*ausencia de riesgo*” o también para referirse a la *confianza en algo o en alguien*. La SP como hemos comentado anteriormente es definida por la OMS como “*Ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, de riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria*”².

El análisis de la SP resulta difícil ya que se manejan muchos conceptos y a veces es complicado poderlos entender, por ello, se defendió desde distintos ámbitos tener una terminología común a nivel internacional. Para ello la OMS, llevó a cabo un proyecto internacional que consistió en unificar la terminología relacionada con la SP, con el objetivo de que todos los países compartieran los mismos términos y significados para que la visión sobre los EA fuera la misma. Este compromiso se adquirió en la Alianza Mundial de la SP en 2005 y como resultado surgió el Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente⁵⁵ (CISP), con el que se pretendió la comprensión, a nivel internacional, de todo lo relacionado con la SP y se definieron 48 conceptos claves. También la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), llevó a cabo otro proyecto denominado *Patient Safety Event Taxonomy* (PSET)⁵⁶ con el mismo objetivo.

Los términos más usuales en SP son:

- **Seguridad:** Ausencia de peligro.
- **Seguridad del Paciente:** Ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, de riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria. El “nivel mínimo aceptable” hace referencia al nivel de conocimiento actual, los recursos disponibles y el contexto en que se produce la atención frente al riesgo de tratamiento u otro tratamiento.
- **Riesgo Asistencial:** Posibilidad de que algo suceda durante la atención sanitaria y tenga un impacto negativo sobre el paciente. Se mide en términos de consecuencias y probabilidades. Más actividad, más complejidad, más profesionales, más tecnología, más especialización conllevan más riesgos asistenciales.
- **Error:** Acto de equivocación en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que suceda un EA.
- **Evento adverso:** Incidente que produce daño al paciente. Es un suceso no deseado e imprevisto que tiene consecuencias negativas perdurables o no, para el paciente o la propia institución sanitaria, como consecuencia de la atención sanitaria.

Cuando se habla de error se hace referencia al proceso y la palabra EA se refiere al resultado y su importancia se expresa en forma de lesión, incapacidad, fallecimiento, prolongación de la asistencia hospitalaria o incremento de recursos

asistenciales. Pueden clasificarse en evitables e inevitables, siendo los evitables los que más interesan al poder prevenirse.

- **EA evitable o prevenible**, indica el hecho de que no hubiera ocurrido de haberse producido alguna actuación.
- **EA inevitable o no prevenible** se refiere al hecho de la imposibilidad de predicción o evitación bajo las circunstancias y el contexto dados.

El EA prevenible se suele atribuir comúnmente a un error, este puede causar daño o no, si no causa daño, no produce un EA. Los errores pueden ser de **comisión** cuando ocurre como resultado de una acción tomada (se ha realizado una acción equivocada) o de **omisión** cuando es consecuencia de una acción no tomada (no se ha realizado la acción correcta). Los errores pueden ser de **ejecución**, cuando comportan una acción fallida que no se realiza tal y como se planificó (no se ha realizado como se quería realizar) o de **planificación**, cuando se utiliza un plan equivocado para la consecución de un objetivo.

- **Complicación:** Alteración del curso de la enfermedad, derivada de la misma y no provocada por la actuación médica, así como de la reacción adversa que se dé como daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en el que se produjo el evento. Hay muchos profesionales de la salud que de manera errónea confunden el término EA con el de complicación.
- **Suceso Centinela:** Evento inesperado que produce muerte o lesión grave física o psíquica o que podría haberlas producido. Se denomina centinela porque cada uno de ellos precisa de investigación y respuesta inmediatas.
- **Mala Praxis:** Deficiente práctica clínica que ha ocasionado un daño al paciente. Se entiende como tal, cuando los resultados son claramente peores a los que, previsiblemente, hubieran obtenido profesionales distintos y de calificación similar, en idénticas circunstancias.
- **Litigio:** Disputa tramitada ante un juzgado que puede estar motivada por un desacuerdo con la atención recibida o con los efectos no deseados de la misma.

El conocimiento y el uso de esta terminología permiten analizar los EA relacionados con la AS, ayudando así a la construcción de una cultura institucional en Seguridad que genere en los profesionales sanitarios la adopción de prácticas seguras. Pero para que ocurra esto es necesario un cambio de mentalidad ya que a lo largo del tiempo los profesionales sanitarios que cometían algún error intentaban silenciarlo por el miedo a las consecuencias⁵⁷, estaban sometidos a la cultura del miedo y de la culpabilidad ya que eran considerados los únicos culpables, puesto que llevaban a cabo las acciones que daban lugar a estos fallos. Cada día se notifican más EA porque los profesionales se están concienciando de las consecuencias que conllevan, aunque por ahora, solo visualizamos “*la punta del iceberg*” en cuanto a la notificación.

Uno de los indicadores para medir la SP en una institución sanitaria es la comunicación de EA y al analizarlos debemos contemplar dos perspectivas, una la de los profesionales, considerándolos responsables de estos errores por haber llevado a cabo la acción (hasta hace poco era la única perspectiva que se contemplaba) y la otra la de los sistemas, asumiendo que a veces los errores se cometen porque los sistemas fallan. Esta es la perspectiva que apoya el modelo del psicólogo James Reason en 1990, conocido como el “*modelo de queso suizo*”⁵⁸. Él considera que cada sistema tiene distintas barreras representadas como rebanadas de queso, existiendo agujeros, en ellas que varían continuamente y que representan las debilidades del sistema ya que estos no son infalibles y cuando los distintos agujeros de las rebanadas se alinean ocurre el accidente pudiendo lesionar o dañar al paciente, en cuyo caso ocurrirá un EA y en otros casos el accidente no logra causar daño, quedando sólo en un incidente denominado cuasi-falla (Fig.2). Cuando analizamos los errores desde una perspectiva sistémica, no se trata de cambiar la condición humana sino de cambiar las condiciones en las que trabajan los humanos y preguntar cómo y por qué fallaron las defensas del sistema en lugar de preguntar quién fue el culpable⁵⁹. Los “agujeros del queso” pueden ser fallas activas o latentes en el modelo del queso suizo, los fallos activos se le asignan a los profesionales y tienen lugar en el punto de atención al paciente, suelen ser de duración breve y poco predecibles; y las fallas latentes, son los que se le atribuyen al sistema, suelen ser de duración más larga son problemas ocultos y se atribuyen al diseño del sistema, pudiéndose identificar y eliminarse antes de que lleguen al paciente. Dice Reason: “*Resulta emocionalmente más satisfactorio echar la culpa a los individuos que a los sistemas, de manera que los propios gestores han pretendido desvincular los fallos cometidos por los profesionales de toda responsabilidad de la institución*”⁶⁰.

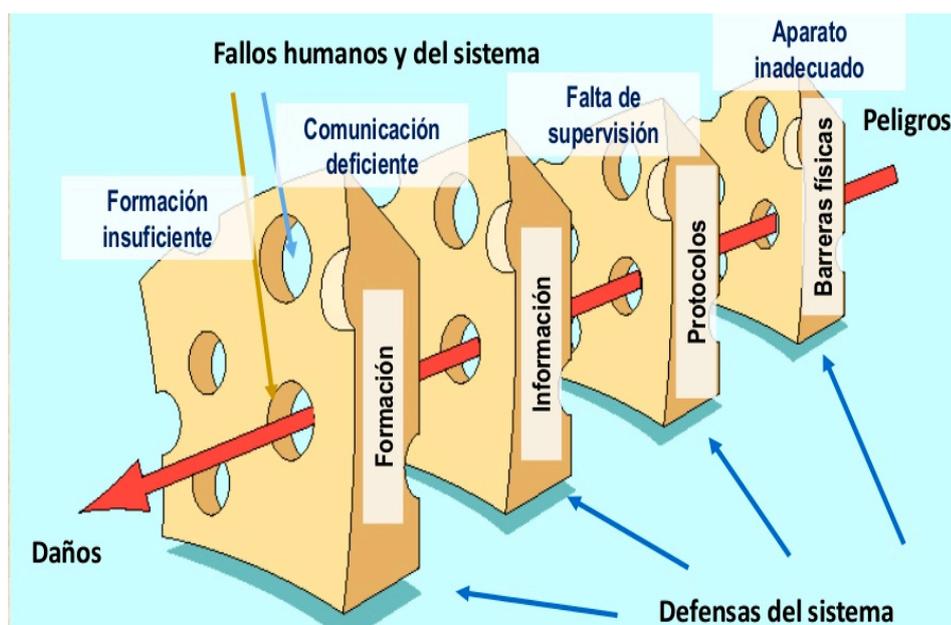


Figura 2: modelo de queso suizo. Fuente: Reason J Human error: models and management. BMJ 2000; 320:769.

Reason formuló la "teoría del queso suizo", y Vincent⁶⁰ la aplica al sector sanitario, estableciendo los diferentes ámbitos de las condiciones latentes y los factores contribuyentes.

Cuando se analizan los errores en la AS se llega a la conclusión de que se producen por una concatenación de factores humanos y factores sistémicos relacionados con la organización de los sistemas. Siguiendo el modelo de Reason, la organización, formación de los profesionales, la tecnología, etc, serían las diferentes defensas o barreras del sistema y son las que constituyen las rebanadas de queso de su modelo; cuando los agujeros de estas rebanadas (fallos latentes) se alinean, se produce el EA, entonces el fallo llega al paciente y le produce un daño de mayor o menor intensidad. Que se produzca una falla en el sistema no es el problema, éste es, que concurren varias fallas que es lo que va a hacer que se produzca el EA.

Los factores que influyen en la aparición de los EA pueden ser:

Factores humanos:

- Falta de formación y/o experiencia.
- Falta de tiempo.
- Problemas de salud, adicciones.
- Escasa motivación.
- Personalidad.
- Diversidad de pacientes y/o lugares de atención.
- Errores de los pacientes.

Factores del sistema:

- Falta de CS en la organización.
- Falta de entrenamiento de los profesionales.
- Presión asistencial.
- Inadecuada tecnología.
- Sistemas de información deficientes.
- Comunicación deficiente.
- Factores ambientales y de diseño.
- Tipo de procedimiento.

Cuando se responsabilizan a los profesionales de ser los causantes de los errores se lleva a la estigmatización y a la ocultación de los mismos, por miedo a acciones disciplinarias, y esto conlleva una falta de aprendizaje y en definitiva a la repetición del problema, esto es lo que han hecho los esquemas tradicionales atribuyéndolos a la falibilidad y a la variabilidad humana. Sin embargo la experiencia ha demostrado que precisamente esta variabilidad pueda aumentar la seguridad del

sistema. Por el contrario, cuando se estudian desde una perspectiva sistémica se analiza el problema y las causas que han contribuido a que se produzca para buscar soluciones, rediseñar el sistema y en definitiva aprender de ellos para que no se repitan⁶¹. Así pues, el modelo del queso suizo de Reason destaca la importancia del sistema en vez del individuo, y de la aleatoriedad en vez de la acción deliberada. Por lo tanto, la forma más apropiada de prevenir esos problemas es limitar la incidencia de errores peligrosos y crear sistemas, más capaces de tolerarlos deteniendo sus efectos dañinos. Pero para que se produzca esto es necesario pasar del individualismo al grupo, del miedo y la defensa a la confianza, de la autoridad a la participación, del secretismo a la transparencia y de la vergüenza al apoyo mutuo pero todo ello pasa por un cambio de cultura tanto personal como a nivel de organización⁶². Este cambio de cultura incluye la mejora de los sistemas de registro e información, el análisis de los procesos y la implicación de los propios pacientes en el proceso curativo.

Los errores en la AS en los distintos ámbitos, hay que reducirlos desde la SP, desarrollando estrategias que prevean, reduzcan y controlen el daño asociado, enfocándolo desde distintas perspectivas: En el terreno profesional los EA se reducirán si se aplican prácticas clínicas seguras y procedimientos que estén protocolizados. En el terreno institucional habrá que adecuar los centros siguiendo las normas establecidas para controlar el riesgo para los pacientes, profesionales y la ciudadanía en general. En el terreno político, las políticas sanitarias deberán situar la SP en el centro de ellas.

En España, el MSSSI, según la ley 16/ 2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud tiene la responsabilidad de garantizar la CA, colocando la SP en el centro de sus políticas sanitarias, como elemento clave de la mejora de la calidad, reflejándolo en la Estrategia nº 8 del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud¹¹, donde participan todas las CCAA desde 2005, trabajando en la promoción de acciones de mejora en tres áreas: cultura e información sobre SP, desarrollo de sistemas de información sobre EA y promoción de prácticas seguras en los centros asistenciales.

La enfermería tiene una gran responsabilidad con la SP, siendo este un tema de reflexión importante, ya que son los profesionales que están las 24 horas del día en contacto con los pacientes proporcionándoles cuidados y éstos tienen que ser de calidad para que no se produzcan errores y pongan en peligro la seguridad del cuidado.

Maslow cuando describe las necesidades del ser humano, las fisiológicas las coloca en primer lugar seguidas de las de seguridad⁶³. El ser humano necesita sentirse seguro y protegido de situaciones de peligro; en este sentido, todos los modelos y teorías Enfermeras defienden satisfacer las necesidades de los pacientes y la de seguridad es una de ellas, llevando a cabo intervenciones seguras para el cuidado de la salud ya que la seguridad es un principio fundamental del cuidado y en los ámbitos hospitalarios y ambulatorio éstos llevan implícitos riesgos que deberemos evitar.

2.2.3 CULTURA DE SEGURIDAD

El Diccionario de la Real Academia Española define, cultura como: *“El conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc.”*⁴¹. Para entender qué es la cultura de seguridad deberemos remontarnos a sus orígenes. El Grupo Consejero Internacional de la Seguridad Nuclear lo utilizó por primera vez en el desastre de la planta nuclear de Chernobyl y a partir de entonces se le ha relacionado con las industrias de alto riesgo como las plantas nucleares, la industria aeronáutica, industrias eléctricas...etc. En el año 1993 el comité consultivo para la seguridad de las instalaciones nucleares, *Advisory Committee on the Safety On Nuclear Installations* (ACSNI), la definió: *“El producto de valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, estilo y habilidad en la gestión de la salud y la seguridad de una organización. Y se basan en una comunicación caracterizada por confianza recíproca, percepciones compartidas sobre la importancia de la seguridad y la confianza de que es efectivo hacer prevención”*⁶⁵.

Según la literatura relativa a la CS, esta se asienta sobre cinco elementos claves:

- **Just Culture:** Atmósfera de confianza en la que las personas proporcionan información esencial para la investigación de accidentes e incidentes de seguridad, incluidos los errores propios. Se basa en el concepto no-punitivo, que no significa impunidad ante actos deliberados o negligencia flagrante.
- **Cultura de Notificación:** Incentiva a los empleados a revelar información sobre posibles amenazas a la seguridad que conozcan, incluidos sus propios errores.
- **Cultura de Información:** La organización recoge datos de accidentes e incidentes y los combina con información de medidas proactivas, como auditorías o *surveys* (encuestas de seguridad). Esto requiere la participación activa y honesta del personal a la hora de notificar incidencias, participar en *surveys* de actitud y participar de la forma en que la organización gestiona la seguridad.
- **Cultura de Aprendizaje:** La organización tiene la voluntad de cambiar basándose en los indicadores de seguridad y amenazas detectadas a través de análisis de riesgos, auditorías, *surveys* y análisis de incidencias.
- **Cultura Flexible:** La organización es capaz de reconfigurar el sistema en función de la experiencia de Seguridad y permite reacciones más rápidas y suaves ante eventos fuera de los valores nominales.

La combinación de estos cinco elementos determina una conciencia de seguridad, donde un sistema de seguridad integra información de incidentes y accidentes y los combina con información procedente de medidas proactivas, como auditorías y encuestas.

En la actualidad el sector sanitario está considerado como una empresa de alto riesgo y para garantizar la SP y evitar que ocurran EA, es necesario que exista una CSP donde se apoye el pensamiento, las actuaciones y el trabajo de sus miembros. Esto implica:

- Reconocer que existen riesgos, se producen errores y que podremos evitarlo si aprendemos de ellos.
- Asumir la responsabilidad de todos los profesionales sanitarios en su disminución.
- Defender que el daño al paciente no se puede asumir.
- Proporcionar la formación a los profesionales en SP para crear una CS.
- Liderar la gestión de riesgos y el análisis de los errores desde una orientación sistémica.
- Favorecer la notificación de incidentes en una ambiente no punitivo.
- Promover el liderazgo, el trabajo en equipo y la comunicación abierta.
- Orientar la organización hacia la mejora de la SP como objetivo prioritario.

No existe una definición aceptada universalmente de CS en la asistencia sanitaria. La agencia para la investigación y calidad en salud de los Estados Unidos, *Agency For Healthcare Research And Quality (AHRQ)*, ha definido la cultura de la seguridad: *“El producto de los valores individuales y grupales, que determinan la forma de actuar y el estilo y eficiencia de una organización de salud en el manejo de la seguridad. Sus componentes son las percepciones de seguridad; la frecuencia de eventos reportados; y el grado de seguridad general del paciente”*⁶⁶.

Para garantizar la SP, en las instituciones sanitarias se debe crear una CS donde haya profesionales competentes y preocupados por el tema, no existan barreras estructurales, se lleve a cabo formación en liderazgo, se realice evaluaciones constructivas y no punitivas y donde todos los miembros del equipo participen; así se conseguirán instituciones inteligentes, que identifiquen problemas, definan estrategias de prevención y adquieran habilidades para aprender de los errores.. Pero para lograrlo es necesario que se produzca un profundo cambio cultural en todos los miembros del equipo donde el ambiente de transparencia, de comunicación, y de formación, serán imprescindibles.

La CSP no solo hay que crearla, también hay que mantenerla y, para ello, es necesario:

- Crear una estructura y liderazgo.
- Medir la cultura.
- Feedback e intervención.

- Formación sobre trabajo en equipo y gestión del riesgo.

Para conocer la CS y mejorar la SP de una organización debemos evaluarla. Para ello existen cuestionarios que analizan la percepción que tienen los profesionales sobre el clima de seguridad. Las dimensiones que generalmente se evalúan son: la comunicación entre profesionales, el trabajo en equipo, el apoyo de la dirección y la percepción global de seguridad. A nivel internacional destacan dos cuestionarios como los mejores cualificados: el *Safety Attitudes Questionary* (SAQ)⁶⁷, que se originó en la Universidad de Texas / Universidad Johns Hopkins de los EEUU en 2003 ha sido utilizado en la aviación comercial y del que hizo una adaptación al sector sanitario. En España no se han encontrado estudios que lo hayan utilizado. El otro es el *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC)⁶⁸; también de origen estadounidense, se ha utilizado como una herramienta estandarizada para evaluar la CSP. Según una reciente revisión bibliográfica los cuestionarios recomendados para uso interno en los países de la Unión Europea a nivel hospitalario son el HSPSC, *Manchester Patient Safety Assessment Framework* (PSAF) y el SAQ. De ellos están disponibles en español el HSPS y el SAQ para UCI. En atención primaria se adaptó y validó el cuestionario *Medical Office Survey On Patient Safety Culture* (MOSPS), de la *Agency for Healthcare Research and Quality*(AHRQ)⁶⁹.

En España, en 2008 se realizó un estudio sobre el Análisis de la CSP en los hospitales del SNS español⁷⁰. Fue llevado a cabo por su Agencia de Calidad en colaboración con la Universidad de Murcia y en el mismo se utilizó una encuesta adaptada originaria de la AHRQ de Estados Unidos⁷¹. Participaron 24 hospitales que incluían los tres niveles de atención y en cada uno de ellos se realizaron un mínimo de 100 encuestas, con el objetivo de identificar los aspectos en los que habría que incidir para mejorarla, y permitir monitorizar su evolución. Participaron 2.503 personas y los principales resultados del estudio mostraban que los profesionales consideraban la seguridad como aceptable y reconocían debilidades en cuanto a “Dotación de personal”, “Trabajo en equipo entre unidades o servicios”, “Percepción de seguridad” y “Apoyo de la Gerencia en la seguridad del paciente”. El estudio destaca, además, que el ritmo de trabajo de muchos hospitales puede afectar a la SP.

En Extremadura, en el Área de Salud de Llerena-Zafra, la Comisión de Seguridad Clínica del Área de Salud, en el año 2009, llevó a cabo un estudio para analizar la CSP³³ de profesionales sanitarios del Complejo Hospitalario Llerena-Zafra. Los objetivos del estudio eran describir la frecuencia de actitudes y comportamientos relacionados con la SP en profesionales sanitarios del complejo hospitalario e identificar las fortalezas y debilidades (según los criterios de la AHRQ) respecto a la SP. Se utilizó un cuestionario autoadministrado, adaptado al entorno de quienes se encuestaban (versión española del *Hospital Survey on Patient Safety Culture*). Teniendo en cuenta las limitaciones de este tipo de estudios de opinión, los resultados fueron similares a los obtenidos por el MSSSI para hospitales de las mismas características.

Es muy importante que cada hospital evalúe su CS con el fin de poder evaluar los resultados de los procesos de implementación de política, cultura y prácticas de SP, e identificar cuáles son los dominios en que hay mayor debilidad, con el fin de mejorar su desarrollo.

El IOM en las organizaciones sanitarias emitió un mensaje donde aconsejaba seguir el ejemplo de otros sectores de riesgo como la aviación, y se propuso reducir los errores al 50% en cinco años, posicionando, en el presupuesto de 2001, 50 millones de dólares para este capítulo, con el fin de fomentar la investigación y la puesta en marcha de planes de mejora por parte de la *Agency for Healthcare Research and Quality*, dependiente de los *National Institutes of Health* de estrategias; esta agencia es el referente para la SP estadounidense. En España desde el 2005, el MSSSI está trabajando en la CS del SNS y en Febrero de este mismo año destinó 5 millones de € a las CCAA para impulsar programas que incrementaran la SP, convirtiendo este tema en una de las líneas estratégicas de su Plan de Calidad e Igualdad del SNS. La Estrategia número 8 era: Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS, siendo su primer objetivo el promover y desarrollar el conocimiento y la CS del paciente entre los profesionales de cualquier nivel de atención sanitaria. En la actualidad en la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud periodo 2015-2020 sigue siendo la primera Estrategia incorporando objetivos y recomendaciones nuevas a partir del análisis del desarrollo de dicha estrategia en estos 10 últimos años.

El Plan de Salud de Extremadura 2013-2020, recoge, como estrategia, el desarrollo del II Plan de Calidad del SSPE, para coordinar y dar continuidad a las políticas de calidad, de SP y de humanización de la atención sanitaria y respaldando e impulsando el seguimiento del Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del SES 2011-2016, siendo su Estrategia 1: Liderazgo, Organización y Cultura de Seguridad

La creación de la CS es considerada como primera práctica segura, así lo recoge la publicación del documento “La seguridad del paciente en 7 pasos” por el *National Health Service (NHS)*⁷². El seguimiento de estos pasos contribuirá a que la asistencia prestada sea más segura. El primer paso que establece es la construcción de una CS, que permita compartir, más que ocultar, efectos adversos, errores, casi-errores, accidentes, incidentes, etc.

Para mejorar la CS es necesaria e imprescindible la formación en SP, para que los profesionales sanitarios entiendan porqué las iniciativas relacionadas con ella son necesarias y como se pueden aplicar. La importancia de la formación de los profesionales en SP ha sido apoyada por la OMS, que ha desarrollado una guía curricular específica, la cual brinda una plataforma común dirigida a los profesionales de la salud para poder abordar esta importante cuestión⁷³ y en la que entre otros organismos, ha participado el Consejo Internacional de Enfermeras. La Comisión Europea recientemente también ha publicado unas recomendaciones al respecto y, a nivel nacional, el MSSSI también realiza programas de formación en SP; pero aún queda mucho por avanzar en este campo ya que esta formación debería estar integrada como formación transversal en el campo de las ciencias de la salud.

La CSP es una competencia y una responsabilidad del personal de enfermería en la prestación de unos cuidados seguros. Sin embargo, a pesar de la relevancia y el auge de la temática abordada, existe un vacío evidente en este campo porque hay pocas investigaciones en cuanto a las acciones del personal de enfermería en lo que respecta a la CS del paciente. (Arenas Gutierrez & Garzon Salamanca, 2010).

La CSP no se limita solo al personal sanitario, sino que implica también a los pacientes y familiares, pues, conjuntamente, es como se pueden formular acciones e implementar soluciones que logren reducir el riesgo, mediante los cambios en las practicas, los procesos, o el sistema.

2.2.4 SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La OMS es líder a nivel mundial en iniciativas a favor de la SP y una de estas iniciativas en la Alianza Mundial para la SP (*World Alliance on Patient Safety*), era: “Elaborar sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originan errores y prevenirlos”⁷⁴. También el Comité Europeo de Sanidad estableció en el año 2004, en el marco de su 56ª reunión, una serie de recomendaciones dirigidas a los gobiernos de los Estados Miembros, que incluían expresamente “elaborar un sistema para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente”⁷⁵.

El informe del IOM⁷⁶ estableció que los sistemas de notificación constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia. Pero aún siguen existiendo resistencias por parte de los profesionales con respecto a las notificaciones, sobre todo con las cuestiones legales y por la falta de confianza en la confidencialidad, esto ocurre a nivel nacional e internacional. Por ello, solo podemos visualizar la punta del iceberg con respecto a las notificaciones pues se estima que aproximadamente el 95% de los eventos adversos que ocurren quedan ocultos y no son notificados.

España siguió estas recomendaciones y en el taller de expertos realizado por el MSSS en 2005, responsable de la elaboración del informe “Estrategia en Seguridad del Paciente”, impulsaba sistemas de comunicación y análisis de incidentes y establecía como problemas para la SP y la gestión del riesgo una idea culpatoria por parte de los profesionales que les hacía ocultar los errores. El Plan Nacional de Calidad, ha diseñado una estrategia específica dirigida a este tipo de actuaciones preventivas, basadas en el sistema de notificación y registro, que funciona en conjunción con la CCAA. La Estrategia nº 8 del Plan de Calidad del MSSSI⁹ es: *«Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros Sanitarios del Sistema Nacional de Salud»* y su segundo objetivo es *«Diseñar y establecer un sistema para la comunicación de los incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente»*. Para tal fin se creó el SiNASP¹². *El objetivo primario de un sistema de comunicación de incidentes es mejorar la seguridad del paciente aprendiendo de los efectos adversos y de los errores cometidos. Los sistemas de comunicación de incidentes no están destinados a identificar y sancionar a los miembros del personal sanitario involucrados en el incidente sino a aprender de los errores y evitar que puedan volver a repetirse*⁷⁷. Los sistemas de registros y comunicación actúan para mejorar la CS, por lo que podremos decir que el segundo objetivo de la Estrategia nº 8 influye en el cumplimiento del primero y viceversa.

En nuestro país, como hemos comentado anteriormente,

El SiNASP lo desarrolló la Agencia de Calidad del MSSSI, contando con el apoyo técnico del Instituto Universitario Avedis Donabedian. Está liderado por el MSSSI y ha sido adoptado por las CCAA que han querido adherirse a este proyecto con la finalidad de que todos sus profesionales sanitarios notifiquen cualquier tipo de

suceso, incidente, eventos o errores que hayan comprometido la SP. Se analizarán las comunicaciones para averiguar sus causas y se pondrán soluciones para que estos hechos no se vuelvan a producirse de nuevo, introduciendo las medidas correctoras necesarias. Su estructura es piramidal, comenzando con la notificación de incidentes por los profesionales y continuando con cuatro niveles de agregación y acceso a la información para el análisis de incidentes:

1. Centro sanitario
2. Área Sanitaria
3. Comunidad Autónoma
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Los datos de la notificación llegan primero al gestor del SINASP del centro, que contara con la ayuda del Núcleo de Seguridad de la institución; parte de la información llegará a la CCAA y posteriormente al SNS (se excluyen los datos, como el nombre del centro, del notificante, profesionales implicados en el caso) para que a partir de su análisis se elaboren estrategias y proyectos de mejora de la SP a nivel nacional. La centralización de los datos también nos permite que los errores poco frecuentes en las distintas instituciones y que puedan no considerarse por la poca incidencia, al producirse el sumatorio de todos ellos a nivel nacional, tengan la consideración que requieren. El final de la notificación es el aprendizaje; por ello los sistemas de notificación nacional e internacional son herramientas al alcance de todos los profesionales sanitarios con el fin de proporcionar una asistencia más segura y de calidad, contribuyendo a que la asistencia sanitaria sea cada día más segura.

Los objetivos del SINASP son:

- Mejorar la SP a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes.
- Estudiar los incidentes y promover los cambios necesarios en el sistema para evitar que vuelvan a producirse.
- El énfasis principal del sistema está en el aprendizaje, para la identificación de nuevos riesgos, tendencias y factores contribuyentes.

Aclarar que la comunicación y el registro de casos, no es una finalidad en sí misma, es el aprendizaje.

Los principios básicos del sistema son:

- Voluntariedad: La notificación de incidentes es voluntaria.
- No punibilidad: Este sistema y la información están separados de todo tipo de sanciones.
- Confidencialidad: Toda la información contenida en el sistema es confidencial, sólo los profesionales encargados de la gestión y la investigación de incidentes tendrán acceso a la misma.

- Notificación anónima o nominativa: La notificación puede ser anónima o nominativa, en este caso el sistema está diseñado para eliminar los datos nominativos, en un periodo de quince días.
- Orientación sistémica: El análisis y las recomendaciones adoptan un enfoque sistémico, examinando las "condiciones latentes" que han permitido la aparición del incidente.
- Análisis para el aprendizaje y la implementación de mejoras a nivel local: Aunque parte de la información que recoge el sistema se agrega y analiza a nivel de CCAA y SNS, el SiNASP tiene una orientación eminentemente local. La implicación de los profesionales del centro en el análisis de las notificaciones se considera fundamental para alcanzar el aprendizaje y realizar los cambios necesarios en el sistema con el fin de prevenir eventos similares.

Se pueden notificar en el sistema:

- Incidentes relacionados con la seguridad que no llegaron al paciente.
- Incidentes sin daño.
- Eventos adversos.

El Proceso de gestión de las Incidentes sigue un proceso estructurado compuesto por distintas fases:

- Detección.
- Notificación.
- Clasificación.
- Análisis y Gestión.
- Implantación de mejoras.
- Feedback.

La aplicación del SiNASP es una aplicación Web, compuesta de un área pública que incluye el cuestionario de notificación y un área privada para la gestión de las notificaciones: por el gestor del SiNASP. El cuestionario de notificación: es un cuestionario estructurado para recoger información de incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente, solo los profesionales de los Centros dados de alta pueden acceder a él. Dispone de distintos apartados: Incidente, Paciente, y Factores contribuyentes, y Medidas de reducción de riesgo.

El proceso para el desarrollo del SiNASP comenzó en el año 2007 y su implantación comenzó en 2010, las CCAA se adhirieron progresivamente al mismo y a finales del 2013 lo hizo Extremadura. El HM comienza a utilizarlo en Enero de 2014.

Desde el inicio del SiNASP se han elaborado dos informes del mismo a nivel nacional. El primero se publicó en octubre del 2015 y recoge las notificaciones realizadas durante el año 2013⁷⁸ por los hospitales que lo utilizaban; participaron 43

hospitales de 5 CCAA (Castilla-La Mancha, Galicia, Murcia, Cantabria y Canarias) y los incidentes analizados fueron 2739. El segundo informe se emitió en el 2016 y recoge las notificaciones del año 2014 y los seis primeros meses del 2015⁷⁹; participaron 9 CCAA (Castilla-La Mancha, Galicia, Murcia, Cantabria, Canarias, Aragón, Navarra, Extremadura y Asturias) más el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.(INGESA) y los incidentes analizados fueron 5504.

Actualmente estos informes son los documentos más recientes de los que se disponen y son los que reflejan la realidad de cómo está la SP a nivel nacional. Recogen los datos sobre los incidentes de seguridad que ocurren en los pacientes que son atendidos en los hospitales del SNS, aportándonos también sobre el cómo y el porqué ocurrieron.

Extremadura se adhirió a finales del 2013, pero como hemos dicho anteriormente el HM empezó a notificar en Enero de 2014.por lo que en el primer informe nacional no participó, haciéndolo en el segundo. En el HM se elaboran informes del SiNASP anualmente desde el 2014 pero hemos elaborado uno que recoge las notificaciones del año 2014 y los primeros seis meses del 2015, con la idea de poder compararnos con el resto de los Hospitales del SNS adheridos al sistema ya que el informe a nivel central comprende este periodo. Estos informes nos proporcionan la información de cómo está la SP a nivel nacional y a nivel del HM y hemos hecho la comparativa para saber cómo esta nuestra realidad de la SP con respecto a la situación a nivel nacional y podremos ver sus similitudes y diferencias.

Número de Notificaciones analizadas (Fig 3):

Informe SiNASP a nivel nacional en 2013, se analizaron 2739 notificaciones.
Informe SiNASP a nivel nacional en 2014/2015, se analizaron 5504 notificaciones.
Informe SiNASP en el HM en 2014/2015, se analizaron 155 notificaciones.

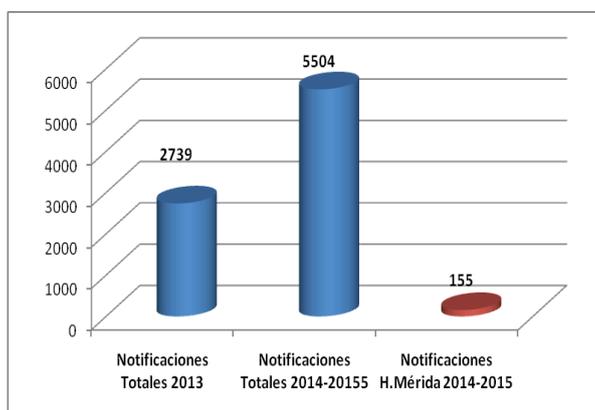


Figura 3: notificaciones realizadas en el SiNASP.

LA CLASIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES SEGÚN TIPO:

Clasificación de los incidentes según los Tipos (Fig. 4):

En primer lugar:

En 2013, la primera causa es la Medicación.

En 2014-2015, la primera causa es la Medicación (aumentada con respecto al 2013).
 En el HM 2014-2015 son las Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.

En segundo lugar:

En 2013, es la Identificación.
 En 2014-2015, es Gestión organizativa.
 En el HM 2014-2015 es la Medicación.

En tercer lugar:

En 2013, son las Caídas la Gestión organizativa Identificación.
 En 2014-2015, es la Identificación.
 En el HM 2014-2015 es la Identificación.

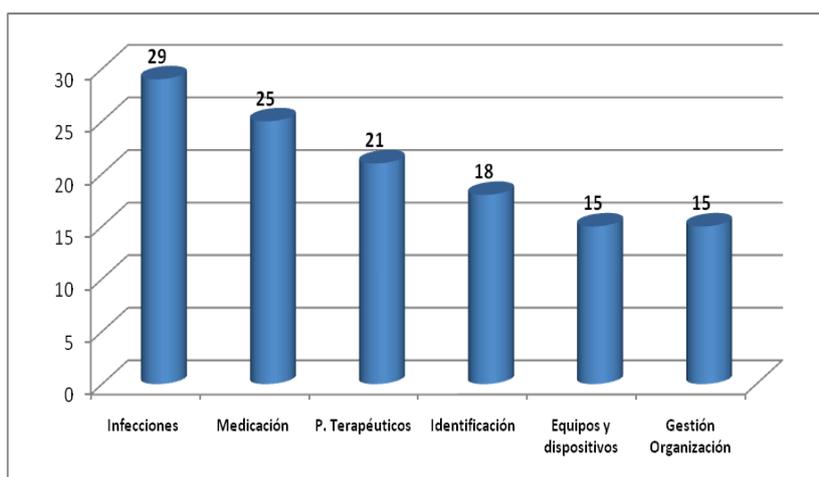


Figura 4: clasificación de los Incidentes, notificados en el SiNASP, según tipo en el HM.

Al comparar las notificaciones de los tres informes obtenemos los siguientes resultados (Fig.5):

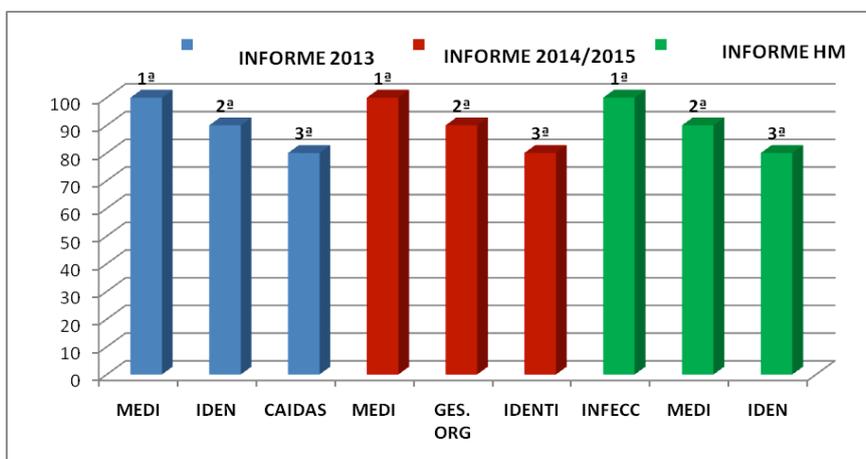


Figura 5 . comparación de las Notificaciones de los informes del SiNASP 2013 y 2014-2015 y HM según las causas.

La Medicación es la primera causa de EA notificados en los informes del SiNASP a nivel nacional y en el HM fueron las Infecciones siendo la Medicación la que ocupa el segundo lugar, para continuar con la Identificación, también está entre las tres primeras causas de los informes nacionales.

LUGAR DONDE OCURREN LOS INCIDENTES:

Clasificación de los incidentes según el lugar donde ocurrieron (Fig. 6):

Primer lugar:

En 2013, es en Hospitalización.

En 2014-2015, es en Hospitalización.

En el HM 2014-2015 es Hospitalización.

Segundo lugar:

En 2013, es Urgencias.

En 2014-2015, es Urgencias.

En el HM 2014-2015 es el Bloque Quirúrgico

Tercer lugar:

En 2013, es. Cuidados Intensivos

En 2014-2015, es Servicios Centrales Urgencias.

En el HM 2014-2015 es en el Bloque Quirúrgico.

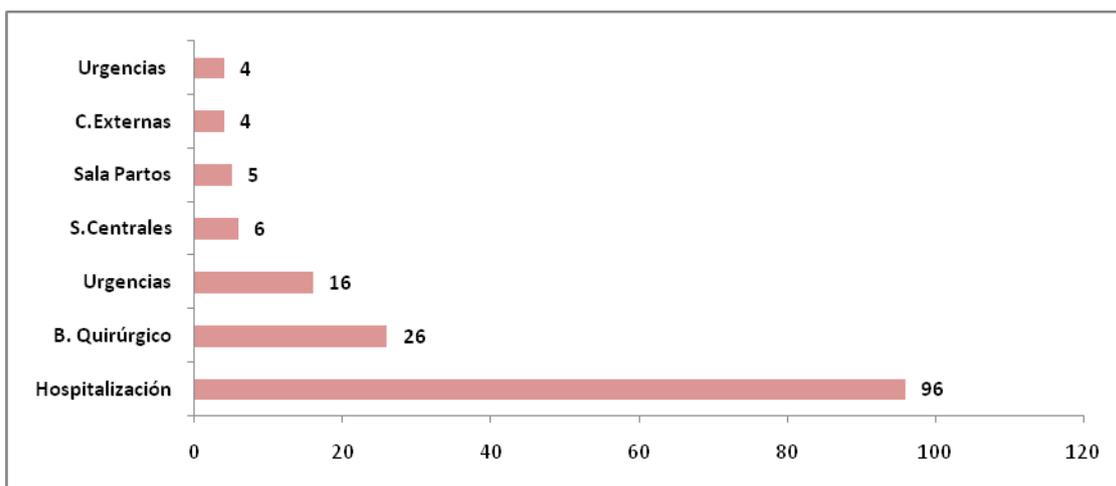


Figura 6: notificados según el lugar donde ocurrieron en el HM.

Al comparar las notificaciones de los tres informes obtenemos los siguientes resultados (Fig.7):

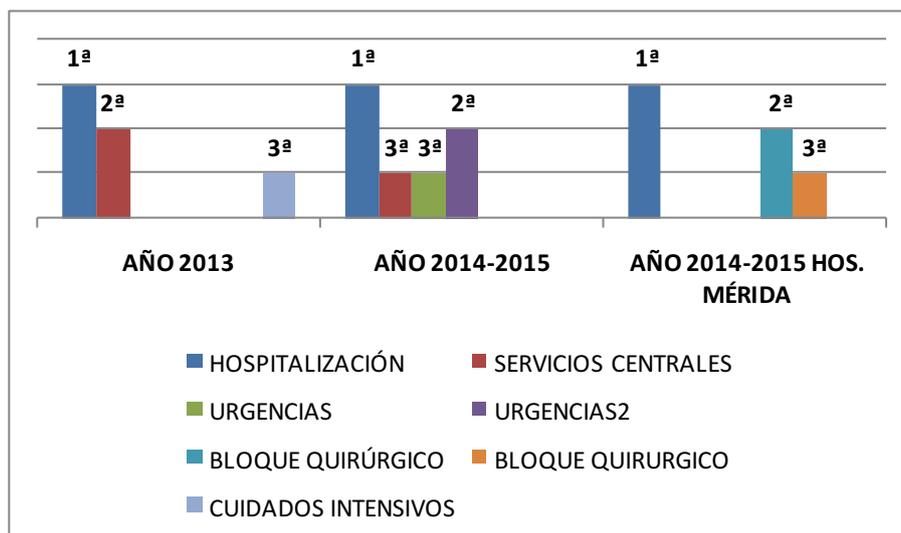


Figura 7: comparativa de incidentes notificados según el Área donde ocurrieron.

En los tres informes se recoge que el mayor número de notificaciones se produce en Hospitalización.

PROFESIÓN DEL NOTIFICANTE

Clasificación de los incidentes según la profesión del notificante Tipos (Fig. 8):

Primer lugar:

En 2013, fueron los Enfermeros.

En 2014-2015 los Enfermeros

En el Hospital de Mérida 2014-2015 los Enfermeros

Como en la mayoría de los sistemas de notificación del mundo, los profesionales de enfermería son los que más utilizan el sistema, habiendo realizado más de la mitad de las notificaciones.

Segundo lugar:

En 2013, fueron los Médicos.

En 2014-2015 los Médicos

En el Hospital de Mérida 2014-2015 los Estudiantes de Enfermería

A nivel nacional el segundo lugar es ocupado por los médicos y sin embargo en el HM lo ocupan los Estudiantes, la explicación a este hecho podría ser que la Coordinadora de Seguridad del Paciente del HM es profesora Asociada de la Facultad de Enfermería y los forma sobre SP.

Tercer lugar:

En 2013, fueron los Farmacéuticos.

En 2014-2015 los Farmacéuticos

En el Hospital de Mérida 2014-2015 los Médicos

En este apartado señalar que los Farmacéuticos no han hecho ninguna notificación al sistema en el Hospital de Mérida.

Al comparar las notificaciones de los tres informes obtenemos lo siguiente (Fig.8):

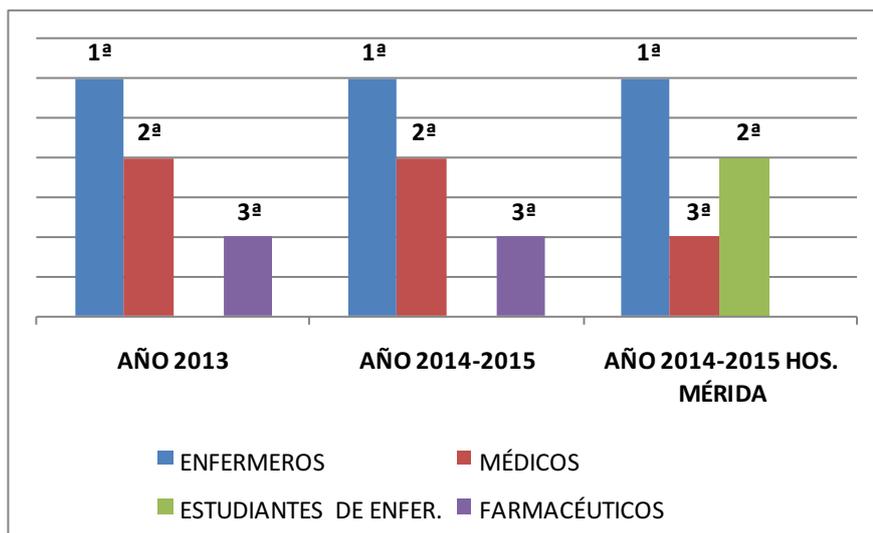


Figura 8: comparación de los Incidentes notificados según la profesión a nivel nacional y en el Hospital de Mérida.

Destacar que de las 34 notificaciones a nivel nacional que han hecho los Estudiante/ Personal en Prácticas, desde nuestro Centro se han hecho 32.

CLASIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES SEGÚN EL RIESGO:

Clasificación de los incidentes según el riesgo (Fig. 9):

Primer lugar:

En 2013, fueron Sin SAC.

En 2014-2015 Sin SAC.

En el Hospital de Mérida 2014-2015 los Sin SAC.

En los tres informes los Incidentes sin SAC son los más numerosos.

Segundo lugar:

En 2013, fueron Riesgo Bajo.

En 2014-2015 Riesgo Bajo.

En el Hospital de Mérida 2014-2015 los Riesgo Bajo.

En los tres informes los Incidentes que ocupan el segundo lugar son los de Riesgo Bajo.

Tercer lugar:

En 2013, fueron Riesgo Medio

En 2014-2015 Riesgo Medio.

En el Hospital de Mérida 2014-2015 los Riesgo Medio.

En los tres informes los Incidentes que ocupan el segundo lugar son los de Riesgo Medio.

Cuarto lugar:

En 2013, fueron Riesgo Alto.

En 2014-2015 Riesgo Alto.

En el Hospital de Mérida 2014-2015 los Riesgo Alto.

En los tres informes los Incidentes que ocupan el segundo lugar son los de Riesgo Alto.

Quinto lugar:

En 2013, fueron Riesgo Extremo.

En 2014-2015 los Riesgo Extremo.

En el Hospital de Mérida 2014-2015 no hay ninguna comunicación de Riesgo Extremo.

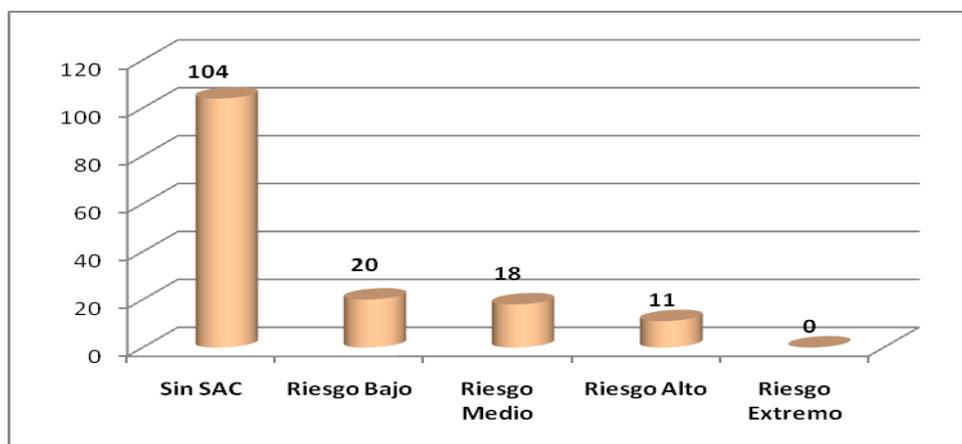


Figura 9: incidentes notificados al SINASP en el HM en 2014-2015 según riesgo.

Cuando comparamos los datos de las notificaciones del HM con los datos de SiNASP 2013, SiNASP 2014/2015 según el riesgo, observamos que el primer lugar está ocupado por los Sin SAC, seguidos por los de Riesgo Bajo, Riesgo Medio, Riesgo Alto y Riesgo Extremo (en el HM no se notificó ninguno) (Fig. 10).

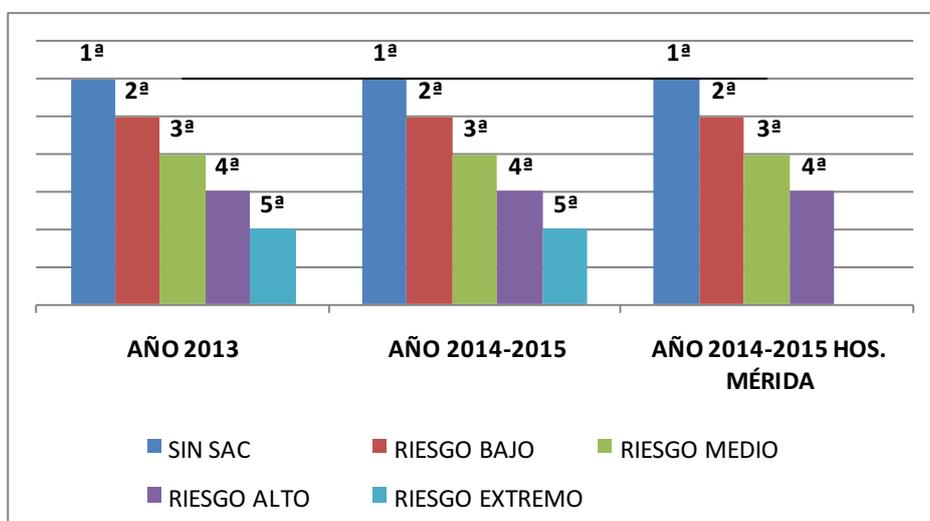


Figura 10: comparación de los Incidentes notificados a nivel nacional y en el Hospital de Mérida, según el Riesgo.

SEGÚN LOS FACTORES CONTRIBUYENTES

Clasificación de los incidentes según los factores contribuyentes (Fig. 11):

Primer lugar:

En 2013, fueron los Factores Profesionales.

En 2014-2015 Factores Profesionales.

En el Hospital de Mérida 2014-2015 Factores Profesionales.

En los tres informes Factores Profesionales son los factores que más influyen.

Segundo lugar:

En 2013, fueron los Factores de la Organización.

En 2014-2015 los Factores de la Organización.

En el Hospital de Mérida 2014-2015 Factores de la Organización.

En los tres informes los Incidentes que ocupan el tercer lugar son los Factores de la Organización.

Tercer lugar:

En 2013, fueron el Entorno de Trabajo/ Instalaciones/ Equipamiento.

En 2014-2015 el Entorno de Trabajo/ Instalaciones/ Equipamiento.

En el Hospital de Mérida 2014-2015 el Entorno de Trabajo/ Instalaciones/ Equipamiento. En los tres informes los Incidentes que ocupan el tercer lugar son los de el Entorno de Trabajo/ Instalaciones/ Equipamiento.

Cuarto lugar:

En 2013, fueron los Factores Relacionados con los Pacientes.

En 2014-2015 los Factores Relacionados con los Pacientes.

En el Hospital de Mérida 2014-2015 los Factores Relacionados con los Pacientes.

En los tres informes este lugar está ocupado con los Factores Relacionados con los Pacientes.

Quinto lugar:

En 2013, fueron los relacionados con Otros.

En 2014-2015 fueron los relacionados con Otros.

En el Hospital de Mérida 2014-2015 fueron los relacionados con Otros.

En los tres informes son los factores catalogados en Otros los que ocupan el quinto lugar.

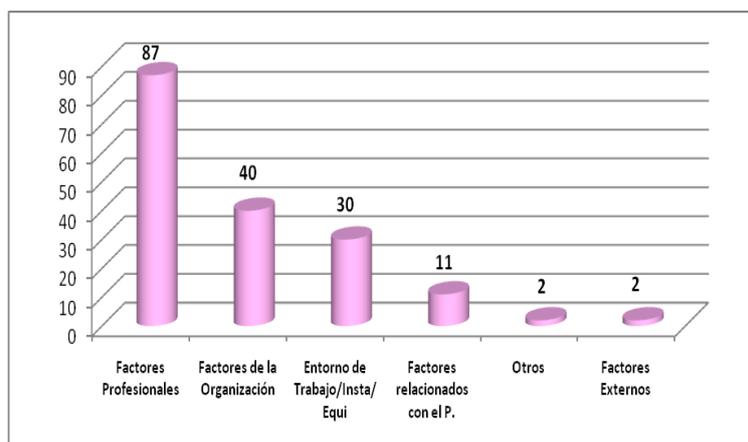


Figura 11: Incidentes notificados en el SiNASP según los Factores contribuyentes en el Hospital de Mérida en 2014-2015.

Al comparar las notificaciones de los tres informes observamos que los Factores que contribuyeron en mayor porcentaje fueron los Factores Profesionales, seguidos de los relacionados con los Factores de la Organización y el tercer lugar lo ocupan el Entorno de Trabajo/ Instalaciones/ Equipamiento, seguido por los Factores relacionados con el Paciente, el cuarto lo ocupan la categoría de Otros junto con los Factores Externos (Fig. 12).

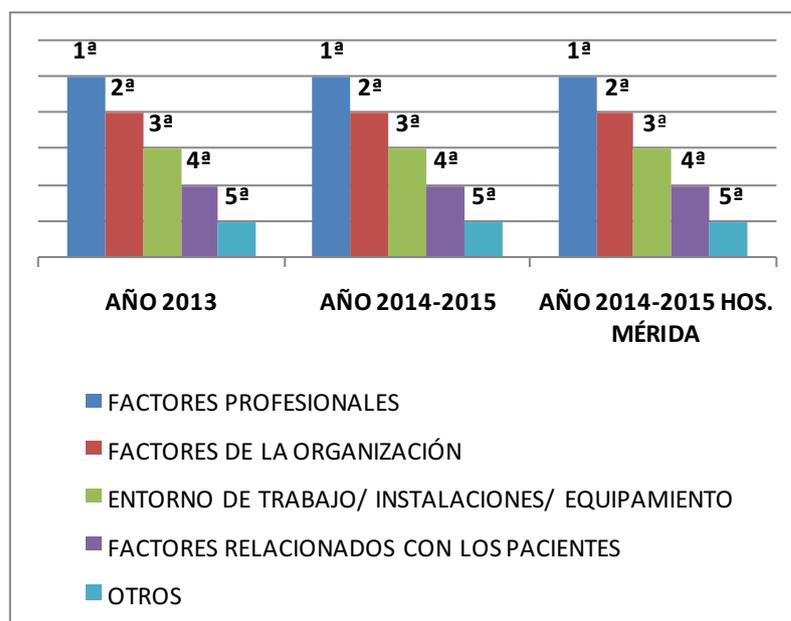


Figura 12: comparación de los Incidentes notificados a nivel nacional y en el Hospital de Mérida.

Hasta la publicación de los informes del SiNASP de los únicos datos que se disponía a nivel nacional sobre los EA ocurridos en los Hospitales del SNS eran los del ENEAS. Al compararlos es cierto que hay alguna similitud, pero también hay diferencias y no sólo en los porcentajes, de cada evento, respecto al total, sino en su presencia en el listado. Por ejemplo vemos que en ambos casos (ENEAS y SINASP

2013 y 2014-2015) los errores de medicación resultaron los más frecuentes (37,4%, 27,7% y el 29,5%) pero ahí termina la similitud pues, por la propia naturaleza del origen de los datos, los EAs de medicación reflejados en ENEAS se refieren más a lo que el incidente causaba al paciente (signos/síntomas) mientras que los de SINASP se refieren a la naturaleza del error en sí. Esto es así porque mientras ENEAS se centraba en EA extraídos de un muestreo de historias clínicas el SINASP obtiene sus datos de las notificaciones de los profesionales y estas incluyen Incidentes y EA.

Hay que tener en cuenta el sesgo de los informes del SiNASP con respecto al ENEAS, ya que los datos obtenidos en los primeros eran gracias a la voluntariedad de los profesionales, incluyendo incidentes y EA y en el segundo caso se analizan solo los EA extraídos de un muestreo de historias clínicas.

Con respecto a los datos obtenidos por las notificaciones en el SiNASP, en el Hospital de Mérida, podemos concluir que los datos son muy similares a los nacionales, con algunas puntualizaciones como el gran número de Notificaciones hecho por los estudiantes y la carencia de ellas por los Farmacéuticos y que no ha habido ninguna notificación de Riesgo Extremo.

Las recomendaciones de mejora que recogen los informes son:

- Reforzar las actividades informativas para que todos los profesionales conozcan los objetivos del SiNASP y su funcionamiento.
- Implicar a algunos líderes naturales de la organización en la difusión de información sobre el SiNASP.
- Proporcionar feedback temprano al notificante, que transmita al mismo que hay alguien al otro lado atendiendo a la información que ha facilitado.
- Seleccionar muy bien aquellos casos que son más relevantes para la organización, con el fin de realizar un análisis en profundidad de los mismos que permita implementar cambios.
- Centrar los esfuerzos en la implementación de cambios y el aprendizaje, más que en la propia notificación y gestión de casos.
- Informar a todos los profesionales de la organización sobre los incidentes notificados, los análisis realizados y las estrategias de prevención de riesgos implementados, mediante mecanismos múltiples y redundantes para intentar llegar a un alto porcentaje de profesionales.
- Avanzar en la implantación de estrategias de mejora a partir del análisis de incidentes que vayan acompañadas de indicadores de monitorización que nos permitan evaluar los cambios implementados en la organización y el impacto de los mismos en la SP, pues este es el objetivo final del sistema.

- Integrar el SiNASP con otros mecanismos que haya implementado la organización para promover la SP, con el fin de tener información complementaria e integrada para la gestión de riesgos y maximizar la utilidad de los distintos mecanismos.

Las recomendaciones del Informe del Hospital de Mérida son la Formación y la implicación de los líderes en la SP, la información a los profesionales, Feedback y avanzar en la implantación de Estrategias.

Las pretensiones de los informes son:

- Fomentar la CS del Paciente en las organizaciones sanitarias, incrementando el conocimiento sobre los riesgos inherentes a las organizaciones sanitarias a partir de la revisión de incidentes y riesgos reales que han sido identificados por los profesionales sanitarios en nuestro entorno.
- Compartir conocimiento entre organizaciones, mediante la transmisión de lecciones aprendidas por los hospitales que utilizan el SiNASP a partir de la identificación, la notificación y el análisis de incidentes de seguridad.

2.2.5 ENFERMERÍA

La SP es una prioridad de las políticas sanitarias y la Enfermería tiene una responsabilidad para con ella ya que los cuidados de enfermería tienen un peso muy importante a la hora de conseguir unos buenos resultados en la AS, puesto que son los profesionales que más tiempo pasan con los pacientes. Duran y Cols, mantienen que la Enfermería *“es el eje, insustituible, alrededor del cual gira la totalidad de la atención médica de un hospital y su actividad es el factor determinante mayor de la calidad de esa atención”*⁸⁰. Carvalho, manifiesta que *“la enfermería es la columna vertebral del sistema de salud”*⁸¹.

La Enfermería debe ser consciente de que se cometen errores en la AS, a veces porque los sistemas fallan y otras porque los profesionales son humanos con capacidad de equivocarse, por lo que tanto profesionales como sistemas deben trabajar al unísono para reducir estos hechos, llevando a cabo medidas para evitarlos, puesto que generan daños en los pacientes. En el ámbito de la SP todos tenemos presente la máxima *“errar es humano”*, pero es prioritario desarrollar medidas para evitar los errores⁷⁹. Por ello en los últimos años existe una gran preocupación en la investigación y en el desarrollo de estrategias universales para gestionar los riesgos y reducir los EA.

Según Reason los incidentes y los accidentes son precedidos por algún tipo de *“acción insegura”*, en la que alguien comete un EA, al analizarlos es necesario examinar las *“condiciones latentes”* del sistema que han permitido que ocurra la acción insegura. Como hemos comentado anteriormente Vincen⁸³ aplica el modelo de Reason al sector sanitario y establece los diferentes ámbitos de las condiciones latentes y los factores contribuyentes.

La Joint Comisión propone que al analizar los EA debe considerarse como factores contribuyente los siguientes⁸⁴:

- Factores humanos: ratio de profesional-pacientes, turnos, fatiga, capacitación.
- Factores del proceso: análisis de los fallos de los diferentes pasos del proceso.
- Equipamiento: mantenimiento reactivo y proactivo.
- Factores ambientales: ruido, espacio, mobiliario...etc.
- Gestión de la información: comunicación intra y extra equipo.
- Liderazgo: cultura de la organización con respecto a la seguridad.
- Supervisión adecuada.

A nivel nacional como internacional desde todas las organizaciones se está trabajando en evitar los EA, para ello se han creado sistemas de registros, se hace formación, se potencia la información, se controla la calidad; pero hay otras medidas en las que también se debería centrar este trabajo, como es en el análisis del ratio enfermera/paciente puesto que este tiene mucha importancia en la gestión del riesgo,

como lo demuestran estudios realizados al respecto. *El New England Journal de Medicine* en 1989, publicó un estudio conducido por Hart, donde se recogía que el porcentaje de personal de enfermeras profesionales, como también el ratio enfermera/paciente era uno de los cinco mayores indicadores de predicción de mortalidad⁸⁵. Needleman decía que “*si todos los hospitales incrementaran su plantilla de enfermeras tituladas hasta alcanzar el 25% de los hospitales con mayor dotación de enfermeras, se evitarían más de 6.700 muertes intrahospitalarias y alrededor de 60.000 eventos adversos*”⁸⁶. Estos estudios sugieren que un adecuado ratio enfermera/paciente, la formación de la Enfermería y el apoyo organizacional a las enfermeros/as son elementos claves para mejorar la calidad de los cuidados prestados y por ende la AS. Entre los resultados más relevantes de estos estudios encontramos que en los hospitales con altos ratios paciente/enfermera/o, los pacientes quirúrgicos presentaron tasas más altas de mortalidad ajustada por riesgo mensual, y mayores tasas de mortalidad por complicaciones y si los profesionales están mejor formados producen mejores resultados en los pacientes, incluido un menor riesgo de muerte. Sería importante lograr reducir los errores y los resultados negativos en salud mediante la inversión en recursos humanos por parte de las direcciones de los hospitales para mejorar el entorno laboral, especialmente en la Enfermería y en la gestión de servicios de enfermería⁸⁷.

Cuando se cuenta con el personal de Enfermería adecuado, permite que las enfermeras maximicen su vigilancia profesional con los pacientes que tienen asignados, pudiéndoles dedicar todo el tiempo necesario para cubrir las necesidades que demandan. La falta de vigilancia, puede conducir al EA, o al fenómeno conocido como fallo de rescate. El término “*fallo de rescate*” ha recibido la atención en la literatura científica enfermera⁸⁸ (Clarke y Aiken, 2003), definiéndose: “*como el deterioro en la condición de un paciente que hubiera podido ser evitado mediante la precoz intervención de una enfermera que actuara de forma apropiada*”⁸⁹. Reduciendo el riesgo se maximiza por tanto la seguridad del paciente. Es muy importante trabajar en crear sistemas más seguros, aumentando dispositivos de seguridad pasiva, pero también es necesario para garantizar la SP analizar la plantilla de enfermeras.

En España contamos con el “Proyecto Séneca”⁹⁰ “Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS”, fue desarrollado por la Agencia de Calidad del SNS y consistió en elaborar un modelo de calidad de cuidados de Enfermería para garantizar la SP en los hospitales. Es un estudio español donde participaron 33 hospitales del ámbito nacional, publicado en 2010, y está relacionado con estándares de calidad de cuidados sobre la SP hospitalizado, basado en el ENEAS 2005 y apoyado por el MSIIS. En él se comprueba el nivel de seguridad que tienen los pacientes hospitalizados y como éstos lo perciben, validando así un modelo de seguridad de los cuidados, basado en los criterios del Modelo Europeo de Excelencia Empresarial (EFQM). El Proyecto Séneca recoge la responsabilidad de la Enfermería en la SP y dice: “*...la reducción de EA requiere un abordaje organizacional y multidisciplinar, los profesionales de Enfermería dados los tipos de EA evitables (errores en la medicación, lesiones por presión, flebitis, falta de información del paciente, infecciones nosocomiales, etc.), desempeñan un papel importante en los resultados en salud que se obtienen de la asistencia sanitaria y por tanto están muy implicados en la SP*”⁹¹.

Las conclusiones más relevantes de este estudio son⁷⁴:

- El nivel de cumplimiento que garantiza y fomenta el acceso a programas de formación continuada relacionados con la SP, se realiza en casi todos los hospitales (87.9%). En cualquier caso, destaca que al ítem: “el centro garantiza y fomenta el acceso correcto a este tipo de programas”, sólo un 31.5 % afirma que siempre o casi siempre.
- En relación con la satisfacción de los profesionales y la formación recibida en materia de seguridad, más de la mitad de los mismos la encuentra indiferente o está insatisfecho con ella.
- La percepción de los pacientes sobre la seguridad clínica ofrecida por parte de la enfermería en el hospital, en términos generales, es muy buena: el 93.4 % han recibido un trato correcto y empático que les ha transmitido comodidad y seguridad en los cuidados recibidos.
- En el criterio relacionado con la correcta información sobre intervenciones quirúrgicas a las que los pacientes fueron sometidos, la respuesta supera el 85%.
- En la calificación (de 0 a 10) del grado de seguridad que ha percibido el paciente durante su estancia en el servicio/unidad, la media se sitúa en 8.37.
- Destacamos también que la correcta identificación del paciente no se cumple en un 36 % de los hospitales estudiados.
- El 0.4% de los pacientes desarrollaron problemas con la sangre transfundida o hemoderivados.
- Por último, resaltar que ningún paciente fue sometido a cirugía errónea o lugar equivocado.

Es importante crear una CS en los hospitales para garantizar una buena calidad asistencial al paciente⁹² y que la enfermería sea consciente de que la SP es una prioridad en la gestión de los cuidados, de ahí la importancia de notificar los EA, para evitar que ocurran, y progresar en acciones que garanticen unas prácticas seguras. Se ha demostrado en numerosos estudios científicos que un adecuado ratio enfermera/paciente (Tabl.4), [Aiken LH (2002), Aiken LH (2003), RN4CAST (2011), Aiken LH (2012), Metanálisis Wilt TL (2007), Needleman J. (2002)] y la utilización de guías clínicas ayudan a reducir dichos eventos adversos. Las guías de práctica clínica (GPC) “*son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, con el objetivo de guiar a los profesionales y a los enfermos en el proceso de toma de decisiones sobre qué intervenciones sanitarias son más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica en circunstancias sanitarias concreta*”^{93,94}.

Tabla 4: Estudios que señalan una asociación entre plantilla de enfermeras y resultados adversos. Adaptado de Jackson et al. Fuente: Martínez Ques AA. 2007

Estudio	Características	Conclusiones
Needleman, Jack; Buerhaus, Peter; Mattke, Soeren; Stewart, Maureen; Zelevinsky, Katya. Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals N Engl J Med Volume 346(22), 30 May 2002, pp 1715-1722	Muestra de 799 hospitales de 11 Estados de EEUU	Relación entre eventos adversos y muerte y número de enfermeras
Needleman, Jack; Buerhaus, Peter; Mattke, Soeren; Stewart, Maureen; Zelevinsky, Katya Nurse Staffing And Patient Outcomes In Hospitals Boston: Harvard School of Public Health, 2001. (Accessed May 6, 2002, at http://bhpr.hrsa.gov/dn/staffstudy.htm .)	Muestra de 799 hospitales de 11 Estados de EEUU	Fuerte relación entre resultados de pacientes y número de enfermeras
Linda H. Aiken, Sean P. Clarke, Douglas M. Sloane, Julie Sochalski, Jeffrey H. Silber,. Effects of Hospital Nurse Staffing on Mortalityand Nurse Burnout and Job Dissatisfaction JAMA 2002 288: 1987-1993	210 Hospitales generales en Pennsylvania	Con ratio enfermera paciente ajustado, aumenta el riesgo para paciente.
Aiken LH, Smith H & y Lke, ET. Lower Medicare Mortality Among a Set hospitals Known for Good Nursing Care. Medical Care, 1994; 32(8):771-787.	234 hospitales de EEUU	Los hospitales magnéticos tienen una reducción de sobremortalidad
Lichtig LK, Knauf RA, Milholland DK. Some impacts of nursing on acute care hospital outcomes. J Nurs Admin 1999;29:25-33.	462 Hospitales en N. York y California	Más horas de cuidados enfermera=disminución de los índices de infección
Kovner C, Gergen PJ. Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals. Image J Nurs Seh 1998;30:315-21.	Pacientes quirúrgicos en 589 hospitales en EEUU.	Mayor ratio asociado a incidencia más baja de neumonías e infecciones urinarias
American Nurses Association. Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting. Washington (DC):American Nurses Association; 2000.	1500 hospitales en 9 Estados, de EE.UU.	Menor ratio asociado a mayores tasas de infección

2.2.6 PRÁCTICAS SEGURAS RELACIONADAS CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL DE MÉRIDA.

Como hemos comentado anteriormente, la precursora de las buenas prácticas en Enfermería es Florence Nightingale, fue la primera en llevarlas a cabo y lo hizo en la guerra de Crimea en 1854. Observó que en el hospital se producían más muertes que en el campo de batalla y, gracias a sus conocimientos de estadística, advirtió que con el simple hecho de poner una fuente de agua potable, la mortalidad había descendido de un 60% a un 42,7% y, que introduciendo nuevas prácticas relacionadas con la alimentación, la higiene y la ventilación, la mortalidad se redujo a un 2%⁹⁵.

La OMS emitió un informe sobre la Calidad de la atención y SP donde se recoge que: *“Las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar al paciente pero también pueden causarles daño. La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituyen el sistema moderno de prestación de atención de salud puede aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran acontecimientos adversos, y, efectivamente, ocurren con demasiada frecuencia”*⁹⁶ Todos los procedimientos y técnicas que realiza Enfermería pueden comprometer la SP ya que conllevan un riesgo intrínseco, si a esto además le añadimos la sobrecarga asistencial que existe en todos los niveles asistenciales el riesgo aumenta. Por ello es tan importante diseñar estrategias que contemplen la prevención de EA relacionadas con los cuidados, están deberán ir dirigidas prioritariamente en aquellos campos donde la frecuencia de EAs sea mayores y más graves sus consecuencias para conseguir su evitabilidad⁹⁷.

El citado estudio ENEAS a los cuidados le asigna un 7,6% de los EA que se producen en la AS de los que el 56% podrían evitarse; para lograrlo es necesario actuar con procedimientos basados en prácticas seguras que son: *“aquellas intervenciones orientadas a prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención sanitaria y a mejorar la SP”*⁹⁸. Los cuidados de calidad deben basarse en la evidencia científica esta idea es apoyada por las Instituciones Académicas y las Sociedades Científicas que promueven la investigación, pero es fundamental la existencia de una CS que haga que todos los profesionales se impliquen.

Las prácticas seguras son recomendadas por diferentes organizaciones y Agencias Internacionales y las hacen en función de la frecuencia de los EAs más comunes y a la evidencia para su control, de ahí que casi todos los países recomienden las mismas puesto que la frecuencia de los EAs es en todos similar (Tab.5).

Tabla 5: Prácticas Seguras recomendadas por diversas organizaciones internacionales. Fuente Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015- 2020.

AHRQ Evidence for PSP (2013)	NQF PSP for better healthcare (2010)	JC National PS goals (2014)	OMS Soluciones en seguridad del paciente (2007)
<ul style="list-style-type: none"> Higiene de manos Conciliación de la medicación Medicamentos de alto riesgo Cirugía segura BRC ITU por catéter NVM Cultura seguridad Dispositivos médicos Transición asistencial UPP Caídas Implicación pacientes/cuidadores 	<ul style="list-style-type: none"> Higiene de manos Medicamentos de alto riesgo Cirugía segura BRC ITU por catéter Infección quirúrgica NVM Cultura seguridad Dispositivos médicos Consentimiento informado Transición asistencial RAM UPP Caídas Trombosis venosa Radiaciones ionizantes en pediatría 	<ul style="list-style-type: none"> Higiene de manos Conciliación de la medicación Cirugía segura BRC ITU por catéter Infección quirúrgica Identificación Comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> Higiene de manos Conciliación de la medicación Medicamentos de alto riesgo (soluciones concentradas de electrolitos) Cirugía segura Identificación Transición asistencial Medicamentos con nombres parecidos

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality⁸⁶; National Quality Forum⁸⁷; JC: Joint Commission⁸⁸; OMS: Organización Mundial de la Salud⁸⁹ BRC: bacteriemia relacionada con catéter, ITU: infección de tránsito urinario; MAR: medicamentos de alto riesgo, NVM: neumonía asociada a ventilación mecánica, RAM: resistencia a los antimicrobianos, UPP: úlceras por presión,

A lo largo del tiempo la Enfermería como profesión ha trabajado en la prevención de los EAs en los cuidados que proporciona ya que si estos no son de calidad pueden generar errores y poner en peligro la seguridad del cuidado⁹⁹. La calidad de los cuidados está relacionada con la incidencia de los EAs en la AS, de tal manera que la menor incidencia de ellos supone unos mejores cuidados. La calidad de los servicios de enfermería se define como *“la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador del servicio”*¹⁰⁰.

Existen consensos no solo a nivel nacional sino también a nivel internacional sobre el abordaje de algunas de las prácticas seguras y cómo prevenir los EAs relacionados con ellas, como en las úlceras de presión (UPP)¹⁰¹, las caídas; en ambos casos existen escalas de prevención del riesgo y estas han sido consensuadas por un grupo de expertos que han hecho que sean utilizadas por la mayoría de los profesionales, lo mismo ocurre con el tratamiento que hay que llevar a cabo en cada uno de los casos. Sin embargo existen otras prácticas que están poco desarrolladas, quedando un gran trabajo por hacer, y es aquí donde deberemos centrarnos para conseguir desarrollarlas y que existe un consenso general a la hora de su abordaje. Debemos ser conscientes del papel que la Enfermería tiene en la promoción de la SP.

En función de la frecuencia de EAs, cada país trabaja en la implantación de prácticas seguras, con la idea de que disminuya su ocurrencia (Tab.6). En nuestro país el MSSSI, en el marco de la Estrategia de la Seguridad del Paciente y en colaboración con las CCAA, trabaja en diversas prácticas seguras en consonancia con las recomendaciones internacionales y estas van dirigidas al uso seguro del medicamento, a la prevención de las infecciones, a la cirugía segura, a los cuidados, a la identificación y a la comunicación ya que el mayor porcentaje de EAs están

relacionadas con estas causas, según los diferentes estudios epidemiológicos desarrollados a nivel nacional^{10,14}. Trabajar en la disminución de EAs es un objetivo del SNS.

Tabla 6: Estudios epidemiológicos españoles sobre la frecuencia de eventos adversos en diferentes ámbitos asistenciales. Fuente Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015- 2020.

Estudio	Año recogida datos	Tipo de estudio	Ámbito	EA total (%pacientes)	EA	%EA prevenibles
					más frecuentes	
ENEAS ¹⁵	2005	Cohortes históricas	24 Hospitales	9,3%	Medicación (37,4%), IAAS (25,3%) Procedimientos (25%).	50%
APEAS ¹⁶	2007	Prevalencia	48 Centros AP	10,11%	Medicación (47,8%) Peor curso evolutivo de la enfermedad de base (19,9%) Procedimientos (10,6%).	70%
EARCAS ¹⁷	2010- 2011	Cualitativo	Residencias y centros sociosanitarios	--	Cuidados, Medicación IAAS.	---
SYREC ¹⁸	2007	Cohortes prospectivo	79 UCI/ 76 Hospitales	33,1%	Cuidados (26%) IAAS (24%) Medicación (12%)	60%
EVADUR ¹⁹	2009	Prospectivo	21 Servicios de Urgencias	7,2%	Proceso de atención (46,2%), Medicación (24,1%) y Procedimientos (11,7%).	70%

- ENEAS: Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la hospitalización. - APEAS: Estudio de Eventos Adversos en Atención Primaria.
- EARCAS: Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios. - SYREC: Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico.
- EVADUR: Eventos Adversos en Urgencias. - EA: Evento adverso. - IAAS: Infecciones asociadas con atención sanitaria

Analizando los resultados de los estudios nacionales podemos observar que los EAs de nuestro país son muy similares a los del resto de países. En el estudio ENEAS (Fig. 13), los cuidados ocupan el 4º lugar en la naturaleza de los EAs⁹⁹ (Tab.7) y los otros estudios muestran que existe una clara relación entre la atención prestada por los profesionales de enfermería y la aparición de EAs^{102, 103}. Es pues, un problema de gran importancia, Enfermería es la que más tiempo pasa con los pacientes de ahí que ocupen en la SP un lugar prioritario, por esto uno de los retos a nivel asistencial es la de ofertar unos cuidados seguros y aunque la reducción de EAs requiere un abordaje organizacional y multidisciplinar, la aplicación de unos cuidados adecuados desempeña un papel clave en la SP.

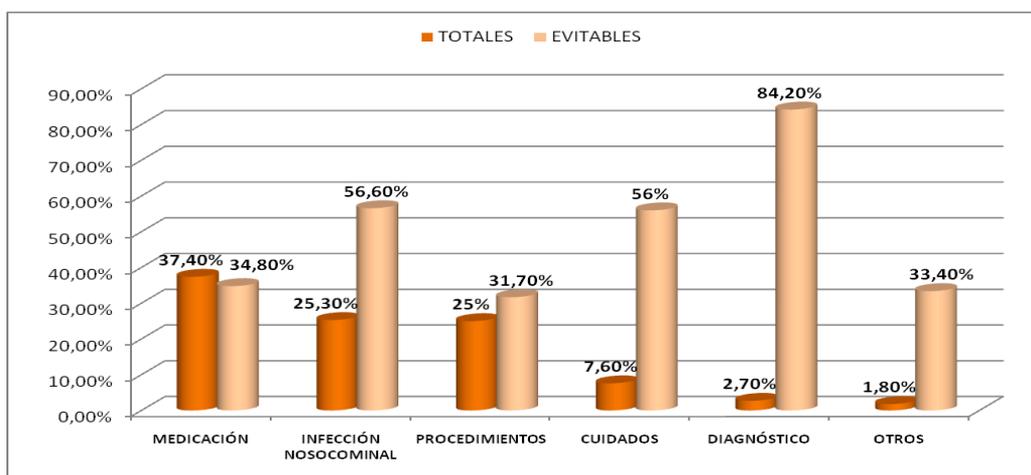


Figura 13: porcentaje de EA totales, comparados con los EA evitables.

Tabla 7: EA del Estudio ENEAS.

	ENEAS N=5.624	
	Prevalencia	Evitables
	8,4%	42,8%
Naturaleza del EA	% del Total	Evitables
Relacionados con un procedimiento.	25	31,7
Relacionados con la infección nosocomial.	25,3	56,6
Relacionados con la medicación.	37,4	34,8
Relacionados con los cuidados.	7,6	56,0
Relacionados con el diagnóstico.	2,7	84,2
Otros.	1,8	33,3

Se consideran buenas prácticas aquellas intervenciones realizadas que responde a las líneas estratégicas del SNS:

1. Basada en el mejor conocimiento Científico disponible.
2. Que haya demostrado ser efectiva,
3. Pueda ser transferible.
4. Represente un elemento innovador para el sistema sanitario.

El MSSSI ha realizado estudios recomendando Prácticas Seguras o “*safe practices*” dirigidas a prevenir y evitar la incidencia de EA, especialmente en el ámbito hospitalario. El MSSSI llevó a cabo un estudio sobre, Prácticas Seguras Simples Recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales¹⁰⁶. Promover las mejores prácticas para una atención al paciente seguro y de alta calidad es un objetivo básico del Plan de Calidad del MSSSI y para su promoción dedicó una parte de su presupuesto con el fin de desarrollarlas en las distintas CCAA.

En 2008 estas líneas fueron actuaciones orientadas a:

- a. La prevención de la infección nosocomial a través de campañas de higiene de manos.
- b. La implantación y apoyo de las unidades funcionales de seguridad del paciente y gestión de riesgos.
- c. La implantación y apoyo de medidas de identificación inequívoca de pacientes ingresados en hospitales.

Desde esta iniciativa el HM empezó a trabajar en la SP con el presupuesto que se le asignó y puso en marcha dos de las líneas que el MSSSI recomendaba; estas fueron:

1. La prevención de la infección nosocomial a través de la higiene de manos.
2. La identificación inequívoca de pacientes ingresados en nuestro hospital.

Desde entonces estamos trabajando en la implementación Prácticas Seguras en los cuidados de Enfermería, siguiendo las directrices del Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del Servicio Extremeño de Salud y también las Estrategias de SP del SNS.

Nuestro objetivo en la implantación de estas Prácticas Seguras ha sido:

- Mejorar la AS prestada a nuestros pacientes y sus familiares.
- Fomentar CS entre los profesionales de Enfermería.
- Disminuir los EA relacionados con los cuidados de enfermería.
- Implantar estrategias de prevención de riesgos.
- Monitorizar indicadores de Seguridad de los cuidados de Enfermería.

Las Prácticas que estamos desarrollando en el HM son las siguientes (Fig. 14).

:



Figura 14: Prácticas seguras establecidas en el Hospital de Mérida

Es necesario que exista CS para que se lleven a cabo el resto de las Prácticas Seguras, por ello su análisis es el objetivo principal de nuestra investigación.

2.2.6.1 1ª. Práctica Segura: CS del Paciente.

La CS es considerada el primer paso para reducir los EAs en la AS por ello la OMS, la AHRQ y la NQF han desarrollado estrategias que garanticen la calidad y la seguridad. La NQF ha elaborado una guía de “Prácticas seguras para una mejor atención sanitaria”¹⁰⁷, donde se recogen las estrategias para la implementación de prácticas seguras y qué herramientas utilizar, destaca la importancia de la implicación de los pacientes y sus familias en todas estas estrategias. Desde el 2003 recomienda la CS como práctica segura y recomienda su medición para poder identificarla. La AHRQ es referente en estudios de seguridad y señala que los daños prevenibles están aumentando un 1% anualmente¹⁰⁸, también ha sido pionera en medir la CS y ha elaborado cuestionarios para ello, que se han adaptado y validado al contexto español, *Hospital Survey for Patient Safety*, desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality llevado a cabo por el MSSSI en colaboración con la Universidad de Zaragoza, utilizándolo en un estudio que realizó para medir la CS en los hospitales del SNS. En el estudio que estamos llevando a cabo del análisis de la CS en la Enfermería del Hospital de Mérida hemos utilizado el mismo cuestionario.

El objetivo de esta Práctica es concienciar a los profesionales de la importancia que tiene la SP en la AS.

Las acciones que se han llevado a cabo en el HM han sido:

- Formación sobre SP a todos los profesionales sanitarios. En Enfermería además se ha realizado formación en todas y en cada una de las prácticas seguras que se han puesto en marcha. En total en el años 2015 se han formado 345 profesionales y en el 2016, 439.
- Auditorias de las distintas Prácticas Seguras. Los resultados de las mismas podemos valorarlos en los apartados de cada una de ellas.
- Difusión de los informes de los resultados de las auditorias de las prácticas seguras por los distintos servicios donde se han llevado a cabo para hacer retroalimentación de mejora e introducir las medidas correctoras necesarias. Semestralmente hemos emitido a cada uno de los Servicios los datos obtenidos de las auditorías realizadas.
- Publicación y difusión de los informes elaborados del SiNASP. Anualmente hemos difundido los informes del SiNASP por los distintos Servicios para que los profesionales puedan conocer donde se producen el mayor % de EAs.

Los indicadores que hemos utilizamos para medirla son:

- Número de Cursos realizados sobre SP.
- Número de Profesionales que han recibido Formación en SP.

- Número de informes difundidos de los resultados de las auditorías realizadas.
- Número de informes del SiNASP publicados.

2.2.6.2 2ª. Práctica Segura: Identificación de Pacientes.

La identificación de los pacientes es una de las prácticas seguras fundamentales en cualquier nivel asistencial porque gracias a ello podemos evitar EA relacionados con, los cuidados que prestamos; la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre y hemoderivados, etc, ya que nos permite asegurarnos que el paciente sobre el que vamos a actuar es el correcto. Podríamos decir que la identificación del paciente es transversal en todos los procedimientos llevados a cabo en la AS.

Las formas tradicionales de identificación del paciente, como eran el número de habitación, el número de cama, el diagnóstico, las características físicas o psicológicas o el que el paciente respondiera a un nombre determinado se han demostrado como poco eficaces para evitar los problemas derivados de una correcta identificación.

La identificación de los pacientes ha sido incluida como una de las prácticas seguras prioritarias incorporadas en la AS^{109,110}. Organismos nacionales e internacionales, como el MSSSI, el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP), la Fundación Avedis Donabedian, la OMS, la Joint Commission o la NPSA, la han incluido dentro de las prácticas seguras¹¹¹.

La American Hospital Asociación (AHA) manifestó que hay determinadas situaciones como es el caso de los pacientes sedados, inconscientes, confusos, con alguna limitación para poder relacionarse y que no pueden responder a nuestros requerimientos e incluso en algunos de ellos también puede existir una barrera idiomática, problemas de audición y en todos estos casos la identificación verbal no es suficiente ni es efectiva y puede dar lugar a EA y que con el uso del brazalete identificativo alrededor del 50% de ellos se podrían evitar. Es necesario que todos los profesionales sanitarios se conciencien de la importancia de la identificación y cada vez que se acerquen a cualquier paciente deberían tratarse como si fuera la primera vez que se acercaran a ellos, y antes de realizar cualquier procedimiento, constatar su identificación, de tal manera que los pacientes que no estén identificados no se le realizarán ningún procedimiento, para ello es fundamental la existencia de CS.

La OMS incluyó la solución de este problema dentro de las primeras nueve Soluciones para la SP que emitió en 2007¹¹² y considera la identificación inequívoca del paciente una línea totalmente prioritaria sobre al ámbito de SP¹¹³ Sugiere las siguientes estrategias:

- Hacer énfasis en la responsabilidad de todo el personal de salud en realizar la identificación adecuada del paciente.
- Estandarizar los métodos de identificación de paciente (por ejemplo si son pulseras identificativas, estandarizar el tipo de información, cómo se va a hacer la identificación verbal, gráfica, cruzada) para hacer coincidir el paciente correcto, con el procedimiento correcto.

En nuestro país, el MSSSI viene promoviéndola desde el año 2006, a través de financiación específica a las CCAA, prácticas seguras, recomendadas por agencias internacionales, entre las que se encuentra la identificación inequívoca de pacientes ingresados¹¹⁴.

En el Hospital de Mérida se estableció esta Práctica Segura a principios del 2009 con los recursos que destinó el MSSSI para tal fin, siguiendo las recomendaciones de la OMS y del MSSSI. Uno de los objetivos del Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del Servicio Extremeño de Salud 2011-2016, es la identificación inequívoca de los pacientes, homogeneizar y mejorar los sistemas de identificación del mismo utilizados en las organizaciones de la red sanitaria extremeña.

En el HM está implantada la identificación de los Pacientes hospitalizados y de los Neonatos, (queda por implantar la de los pacientes que acuden a la CMA, Hospital de Día y Servicio de Urgencias, en estos momentos se encuentran en proceso de implantación). Existe un protocolo donde se recoge todo el procedimiento, la identificación se hace con brazaletes identificativos donde se recogen los datos del paciente, el número de historia clínica y el CP. La pulsera la emite el servicio de Admisión del Centro y una vez ingresado el paciente será la enfermera que lo reciba para su ingreso la responsable de llevar a cabo el procedimiento de identificación, como queda recogido en el protocolo. El paciente será conveniente informado del uso y finalidad de esta medida de seguridad, solicitando su participación activa.

En el caso de Neonatos existe un protocolo específico para este fin, a la madre cuando ingresa en nuestro Hospital, se le aplicará el protocolo de Identificación establecido y; una vez que pase a paritorio y dé a luz, se le aplicará el protocolo existente en dicho Servicio, de tal manera que tanto la madre como el neonato serán identificados con pulseras que llevarán un mismo código que también aparecerá en la pinza del cordón umbilical y en la historia clínica materno-filial.

El objetivo de esta Práctica es prevenir los EAs relacionados con la identificación del paciente.

Las acciones que se han llevado a cabo en el HM han sido:

- Elaboración del protocolo de Identificación Inequívoca del paciente, difusión e implementación del mismo.
- Formación sobre identificación del paciente y difusión del protocolo.
- Auditorías de identificación de pacientes por servicios.
- Difusión de los resultados de las auditorías a los servicios auditados.

Y los indicadores que hemos utilizamos para medirla son:

- Existencia de Protocolo de Identificación.
- Número de Cursos realizados sobre Identificación de pacientes.

- Número de Profesionales que han recibido formación sobre Identificación Inequívoca de Pacientes.
- Porcentaje de Identificación por servicios.
- Porcentaje de EA notificados en el SiNASP relacionados con la identificación.
- Número de informes del SiNASP publicados.

Los resultados obtenidos en la auditoría realizada en el año 2014 fueron de un 58,37% de pacientes identificados y los de la auditoría realizada en el año 2015 fue de un 58,75%; en ambos años los resultados son similares aunque no se acerca al 100% que era el objetivo que nos habíamos marcado. El uso del brazalete no implica la eliminación total de los posibles errores de identificación, como así nos lo constatan los datos de los informes del SiNASP. Los EAs notificados en el Hospital de Mérida en el SiNASP durante el año 2014 y el primer semestre del 2015 fue de un 7.5% comparándolo con los datos del informe del SiNASP a nivel nacional que es de un 13,5%. Concluimos diciendo que los EAs relacionados con la identificación en el hospital de Mérida están por debajo de la media nacional (Fig. 15).

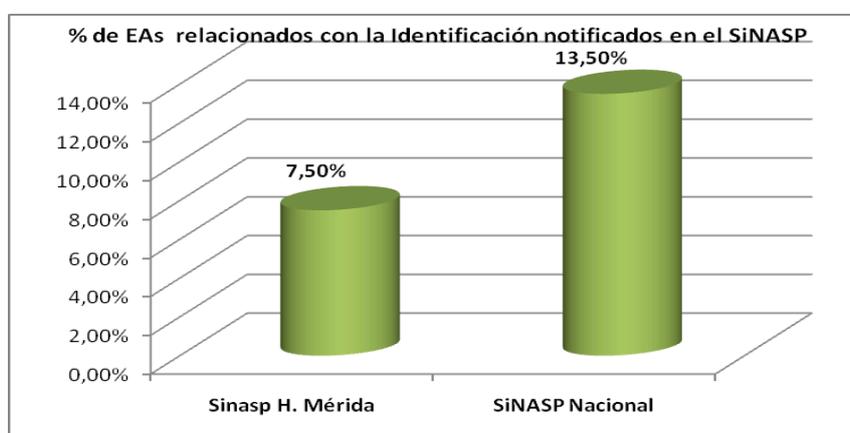


Figura 15: % de EAs relacionados con la identificación notificados en el SiNASP, durante el periodo 2014/1º semestre 2015.

Los resultados obtenidos en las Auditorías sobre Identificación del año 2016 son los siguientes (Fig.16):

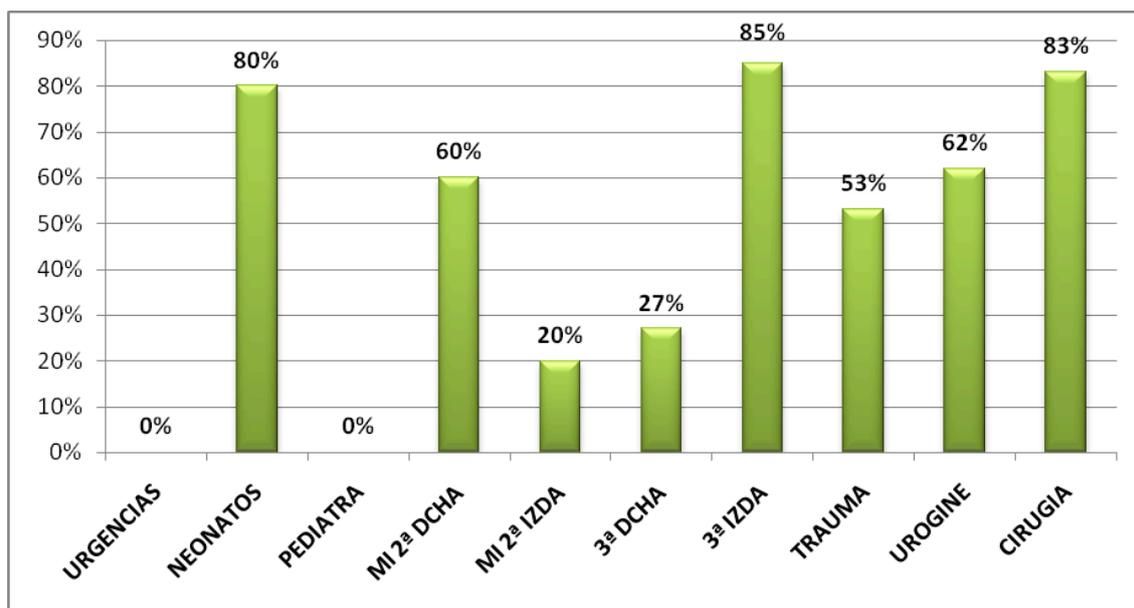


Figura 16: porcentaje de pacientes identificados por Servicio/Unidad.

En el gráfico podemos observar un 0% de identificación en Pediatría debido a que los brazaletes identificativos de los que disponemos son muy grandes para los niños ya que son de adultos. En Urgencias un 0% de cumplimentación porque en este servicio aún no está implantado

Los datos obtenidos no se acercan a los indicadores que habíamos establecido y ello ha sido debido a:

- Poca dinámica de comprobación de la pulsera para realizar actuaciones consideradas de riesgo.
- Falta de percepción del riesgo por parte de los profesionales de una inadecuada identificación de los pacientes.
- Problemas de asumir la responsabilidad para la colocación de las pulseras
- Falta de CSP.

En el año 2016 el SES está trabajando en un sistema de identificación, único a nivel autonómico, para que en todos los niveles asistenciales extremeños identifiquen a los pacientes siguiendo un protocolo único y no como ha ocurrido hasta el momento que cada Área Sanitaria lo hacía de una forma diferente.

2.2.6.3 3ª Práctica Segura: Prevención de las Infecciones Nosocomiales.

Otra de las prácticas que tenemos implantadas en el HM es la Prevención y control de las Infecciones relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS), ya que constituyen un importante problema de salud pública¹¹⁵, tanto por la morbi-mortalidad que ocasionan como por su repercusión sobre la calidad de la asistencia y sobre el gasto sanitario, por ello se ha convertido en un reto mundial, en busca de la SP¹¹⁶. En el estudio ENEAS ocupaba el tercer lugar de EAs ocurridos.

La prevención de las infecciones nosocomiales fue el primer reto que llevó a cabo la OMS a través de la Alianza Mundial de la SP, con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de SP; lo hizo a través de la campaña “Una atención limpia es una atención más segura (*Clean Care is Safer Care*)” con la finalidad de resaltar la importancia de la higiene de manos en la atención sanitaria como una medida fundamental para reducir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y mejorar la SP en todos los ámbitos¹¹⁷. Pretendía concienciar al personal sanitario de la importancia que tiene una correcta práctica de higiene de manos en la prevención de las infecciones nosocomiales. España se adhirió a esta campaña en octubre de 2006 impulsando el Programa de Higiene de las Manos y el HM lo hizo a principios del 2009, con los recursos que destinó el MSSSI en 2008 para esta campaña.

El objetivo de esta práctica es la prevención de las infecciones nosocomiales en la AS.

Las actuaciones que se han llevado a cabo en el HM han sido:

- Elaborar un protocolo sobre higiene de manos, difusión e implementación del mismo.
- Formación sobre Higiene de Manos.
- Distribución de folletos y carteles informativos sobre la técnica correcta de lavado e higiene de manos.
- Colocación en todas las habitaciones y en todos los puntos de atención un frasco de solución hidroalcohólica (PBA).
- Auditorías de soluciones hidroalcohólicas en el punto de atención por servicios.
- Difusión de los resultados de las auditorías a los servicios auditados.

En nuestro hospital esta práctica la evaluamos con los indicadores del SNS como son:

- Existencia de un protocolo de Higiene de Manos.
- Número de actividades formativas realizadas.

- Número de profesionales formados en Higiene de Manos.
- Porcentaje de camas con PBA en la habitación.
- Porcentaje de camas de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) con PBA en el punto de atención
- Consumo de PBA en hospitalización.
- EA relacionados con las infecciones nosocomiales notificados en el SiNASP
- También hemos realizado un cuestionario voluntario a los distintos profesionales, en total participaron 225, 58, médicos, 86 enfermeros, 56 TCAE, 25 celadores con el objetivo de conocer los conocimientos de los mismos sobre los hábitos diarios en higiene de manos y la importancia de la misma para prevenir la aparición de infecciones nosocomiales.

Los EAs notificados en el SiNASP en el HM, relacionados con las infecciones nosocomiales durante el año 2014 y el primer semestre del 2015 fueron de un 22,67%, Comparándolo con los datos del informe de incidentes de seguridad notificados a nivel nacional en el mismo periodo es 2,51%, concluimos diciendo que el porcentaje de incidentes relacionados con las infecciones nosocomiales en el HM están muy por encima de la media nacional (Fig. 17).

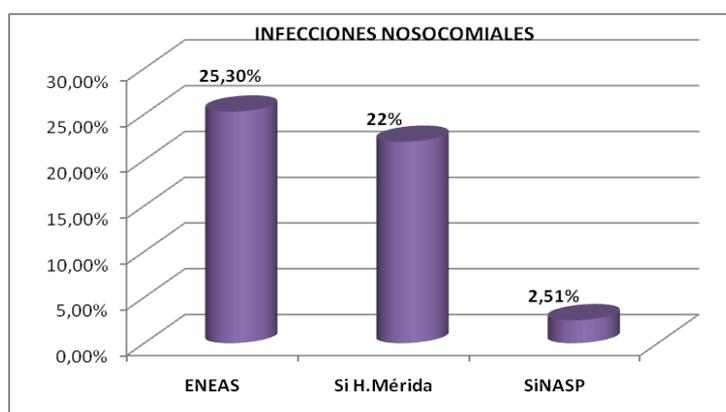


Figura 17. Porcentaje sobre Infecciones Nosocomiales.

En la última auditoría de soluciones hidroalcohólicas en los puntos de atención por Unidad/Servicio, los datos obtenidos han sido los siguientes (Fig. 18):

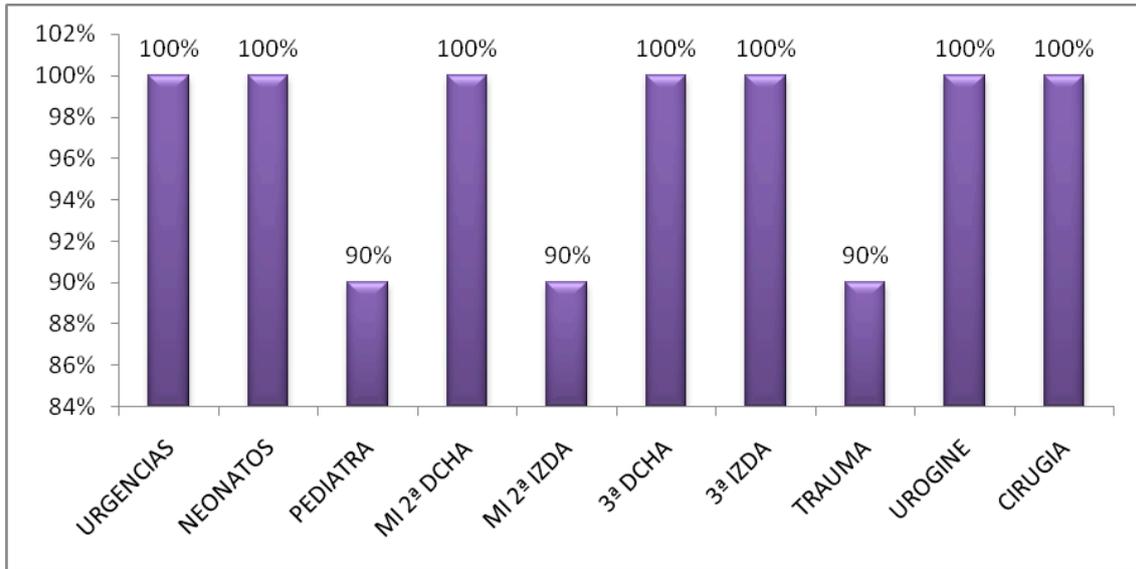


Figura 18: porcentaje de soluciones Hidroalcohólicas en los punto de atención por Unidad/Servicio.

2.2.6.4 4ª. Práctica Segura: Riesgo de Caídas

Dentro de las Líneas Estratégicas de SP diseñadas por el MSSSI con el objetivo de prevenir los EA asociados a la AS; esta la Prevención de la Caídas, siendo esta un indicador de calidad de los cuidados de Enfermería. La OMS define caída como “*la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad*”. Son uno de los EAs que más importancia tienen en el ámbito sanitario, tanto por las repercusiones que pueden llegar a ocasionar en los pacientes que lo sufren, como por las consecuencias que pueden acarrear, por ello; los distintos centros han implantado numerosas estrategias y planes de actuación para su prevención y abordaje.

Estudios realizados constatan que las personas de 65 años, más de un 30% de ellas sufren alguna caída al año, porcentaje que aumenta a medida que la edad se incrementa, esto repercute no solo en el paciente y en su familia, también en la sostenibilidad del sistema ya que al menos un 5% de ellas ocasionan fracturas y un 10% otras lesiones como, luxaciones o lesiones vasculares¹¹⁸. Sin hablar el efecto que sobre la autoestima del paciente tienen, cuando se repiten tienen un efecto acumulativo, afectando a la capacidad de movimientos, pudiendo llegar a provocar la inmovilidad e incluso el fallecimiento. Se prevé según un informe de la ONU que España en el 2050 sea uno de los países con población más anciana junto con Japón e Italia. El 36,7 % de nuestros mayores tendrán más de 65 años y las expectativas de vida para los hombres se calcula en 75,3 y para las mujeres en 82,5%, esta población será candidata de sufrir enfermedades crónicas y tener riesgo de caídas.

Entre un 2% y un 10% de los ingresos anuales habidos en los hospitales van a tener alguna historia de caídas¹¹⁹, y son considerado el sexto evento más notificado de la base de datos de Sucesos Centinela de la *Joint Commission*¹²⁰. Las caídas que se producen en los pacientes ingresados son motivadas por factores de riesgo, pueden ser extrínsecos e intrínsecos. Los extrínsecos suelen estar relacionados con el entorno como es el desconocimiento del nuevo medio en el que se encuentran, para los pacientes se trata de un nuevo entorno que no tienen controlado. Y los factores intrínsecos son aquellos inherentes a su situación personal: la dependencia, la confusión, el deterioro mental y físico; por ello es importante detectar estos factores de riesgo para poder evaluarlos y preverlos.

La JCI, considera como uno de los 6 objetivos internacionales de la SP, la reducción del riesgo de daño al paciente causado por las caídas, promoviendo mejoras específicas para conseguir una atención sanitaria segura y de alta calidad¹²¹. Propone que se lleven a cabo por parte de las instituciones sanitarias los siguientes actuaciones:

- Implantación de un protocolo de valoración inicial del riesgo de caídas del paciente, así como una reevaluación cuando lo indique el cambio en su estado.
- Una vez valorado el paciente, implementación de medidas de prevención de riesgos detectados.

- Evaluación de los resultados obtenidos tras la aplicación de las medidas ofrecidas.

La Enfermería puede actuar sobre los factores de riesgo externos modificándolos para reducir el riesgo de caída; se estima que casi un tercio se puede prevenir¹²². Por ello es importante que al hacer la Valoración, según la metodología Enfermera, se valore este riesgo en el Patrón I: Percepción-Manejo de la Salud, diagnosticando si existe riesgo, según, la North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA), lo relacionaremos con los factores que están relacionados, para marcarnos unos criterios de resultados según la taxonomía de la Nursing Outcomes Classification (NOC) que conseguiremos a través de las intervenciones Nursing Intervention Classification, (NIC) que nos hayamos pautado.

El perfil del paciente con riesgo de caídas que valoramos, son:

- ✓ Toda persona con movilidad limitada.
- ✓ Alteración del estado conciencia, mental o cognitivo.
- ✓ Necesidades especiales de aseo (incontinencias).
- ✓ Déficit sensorial.
- ✓ Historia de caídas previas (últimos 12 meses).
- ✓ Medicación de riesgo.
- ✓ Edad: menor de 5 y mayor de 65 años.

El objetivo de esta práctica es la prevención de caídas en los pacientes ingresados y los efectos adversos derivados de las mismas.

Las actuaciones llevadas a cabo en el HM han sido:

- Elaborar un protocolo de prevención de caídas, difusión e implementación del mismo.
- Formación sobre prevención de caídas.
- Elaboración de un documento para el registro de caídas.
- Auditar la valoración de enfermería al ingreso del paciente y observar si en dicha valoración el riesgo de caídas está valorado.

En nuestro hospital esta práctica la evaluamos del modo siguiente:

- Existencia de un protocolo de prevención de caídas.
- Número de actividades formativas realizadas de prevención de caídas.
- Porcentaje de profesionales formados en Prevención de Caídas.

➤ Porcentaje de EA relacionados con las caídas notificadas en el SiNASP.

En el estudio SENECA, se recoge que un 3,6% de los pacientes afirmaba haber sufrido una caída durante su estancia hospitalaria, de los pacientes que se cayeron el 70% aseguró que el hecho no había tenido consecuencias en su estado de salud, mientras que el 30% de ellos si habían tenido consecuencias, dato que difiere significativamente con la información que proporcionaban los propios sistemas de notificación y registro de los centros, los cuales constataban una incidencia de caídas del 1,04%¹²³.

Las notificaciones de caídas en el informe del SiNASP a nivel nacional en el 2014/ 2015 (primer semestre) es de un 5,75%, en el HM en este periodo fue de un 4,65% Auditoria de los Informes de continuidad de Cuidados en Diciembre del 2015(Fig. 19).

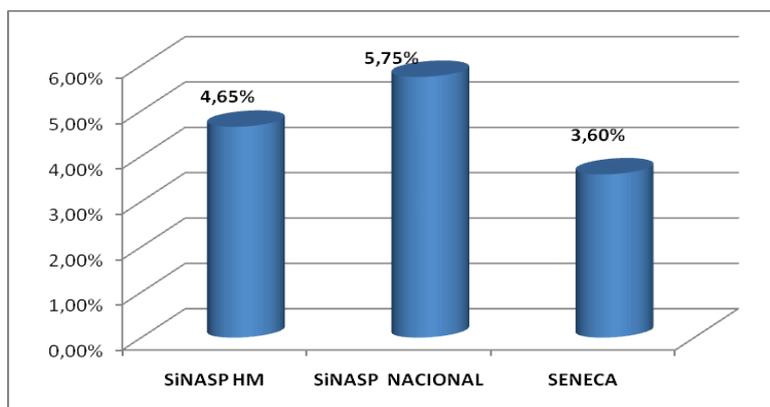


Figura 19: % caídas notificadas.

2.2.6.5 5ª. Práctica Segura: Prevención de las Úlceras de Presión (UPP).

Las Úlceras por Presión (UPP) son un importante tema de salud ya que deterioran la vida de los pacientes y sus familias teniendo una importante repercusión social por el coste que conlleva. Es un indicador de calidad de los cuidados de Enfermería aunque es una responsabilidad multidisciplinar. MJ. Almendariz define las UPP: *“Lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea, producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente y otro externo a él”*¹²⁴. Esta definición considera la etiología y localización de las lesiones, además de valorar las fuerzas de fricción como posible causa de las UPP. Se calcula que aproximadamente unas 80.000 personas son atendidas diariamente en España en los diferentes niveles asistenciales por presentar una UPP¹²⁵, se le atribuye una mortalidad directa de más de 600 pacientes anuales¹²⁶. Las UPP provocan una prolongación de la estancia hospitalaria y un aumento de los costes sanitarios difícil de asumir sin cuestionar qué ha pasado, teniendo en cuenta que “un 95% son evitables con los cuidados adecuados, mejorando notablemente la calidad de vida de las personas y familiares que las cuidan”¹²⁷. La prevalencia actual de las UPP a nivel internacional ha llevado a describirlas como “la epidemia debajo de las sábanas”¹²⁸.

El estudio ENEAS 2005, arroja una incidencia de úlceras por presión del 3,66 % en los Hospitales españoles, siendo la primera causa de Efecto Adverso relacionada con los cuidados y la 7ª causa de Efecto Adverso relacionado con la hospitalización. Con una Incidencia del 2,95% en Servicios Médicos y un 4,4% en Servicios Quirúrgicos; no recoge datos relativos a las Unidades de Cuidados Intensivos y Reanimación.

Otra de las Líneas Estratégicas del Plan Nacional de Calidad para el SNS es la de “prevenir las UPP en pacientes en riesgo”¹²⁹. Aún en el caso de que este proceso se desarrolle, los cuidados adecuados, acortan notablemente el tiempo de duración de las mismas, sus recidivas y sus costes, y estos cuidados, pueden ser realizados independientemente del lugar donde se encuentre la persona, hospital, domicilio o residencia geriátrica.

La Enfermería puede actuar sobre los factores de riesgo modificándolos para reducir el riesgo de UPP, por ello es importante que al hacer la Valoración, se lleve a cabo inmediatamente al ingreso, y de forma periódica durante su estancia. Según la metodología Enfermera, se valore este riesgo en el Patrón II: Nutricional/ Metabólico, diagnosticado si existe riesgo, según, *la NANDA*, lo relacionaremos con los factores que están relacionado, para marcarnos unos criterios de resultados según la taxonomía NOC) que se conseguirán a través de las intervenciones NIC que nos hayamos marcado.

El perfil del paciente Ingresado con riesgo de UPP que se valora es:

- Alteración de la conciencia.

- Alteración de la movilidad y o actividad.
- Exposición a la humedad.
- Lesiones cutáneas previas.

El objetivo de esta práctica es la prevención de las UPP.

Las actuaciones que se han realizamos en el HM han sido:

- Elaborar un protocolo de prevención de UPP, difusión e implementación del mismo.
- Formación sobre prevención de UPP.
- Incorporación escala valoración en la historia de enfermería.
- Valoración diaria pacientes de Riesgo: Utilizando la Escala de Norton que nos permite la identificación y clasificación real de los pacientes de riesgo.
- Auditar en la valoración de enfermería el riesgo de UPP.

En nuestro hospital esta práctica la evaluamos con los siguientes indicadores:

- Existencia de un protocolo de de prevención de UPP.
- Número de actividades formativas realizadas de prevención de UPP.
- Porcentaje de profesionales formados en Prevención de UPP.
- Tasa UPP.
- Porcentaje de EA relacionados con las UPP notificados en el SiNASP.

2.2.6.6 6ª. Práctica Segura: Comunicación.

En todos los procesos sociales la comunicación es un elemento fundamental ya que permite la interacción entre las personas; esto es aplicable al campo de salud y estudios que la han analizado observan que es insuficiente^{130,131}. La comunicación en los hospitales fue considerada por la OMS en el 2004¹³² como un factor de riesgo y ocupó el segundo lugar en las metas internacionales para la SP, en las que detectó áreas problemáticas y describió soluciones a los problemas para mejorar la comunicación efectiva en todo el proceso asistencial. Es fundamental que exista una buena comunicación enfermera/paciente para hacer una valoración exhaustiva y detectar sus necesidades para elaborar un plan de cuidados, personalizado, humanizado y ético, por lo que la comunicación podríamos considerarla la base donde se apoyan los cuidados de enfermería¹³³.

La comunicación entre los distintos miembros del equipo multidisciplinar que intervienen en el proceso asistencial es un elemento clave y debe ser clara, efectiva, estructurada y sistemática para que la información clínica sobre el paciente sea correcta y así prestar unos cuidados de calidad. La causa más frecuente en que ocurran eventos centinelas es la comunicación, la Joint Commission lo constata en el informe del 2014¹³⁴. En el mismo recoge que la comunicación constituye en el 70% de los casos la causa más común en el ACR de los eventos centinela, así como la causa más frecuente de reclamaciones y litigios. Además la mayoría de EA evitables se debe a falta de comunicación efectiva entre los profesionales. La interrupción de la comunicación, a lo largo del proceso asistencial, estuvo entre las causas principales.

Los errores en la comunicación se pueden producir durante la transición asistencial (transferencia de pacientes entre servicios, organizaciones), en el registro de la documentación clínica o en la transmisión de la información (oral o escrita). Es importante desarrollar estrategias para hablar e intercambiar información entre los miembros del equipo de forma efectiva.

Es necesario para poder prestar cuidados de calidad tener unos registros que den soporte a los cuidados que se dispensan, como apunta Yocum¹³⁵ cuando afirma: *“la practica enfermera y los estándares profesionales requieren registrar y los registros son necesarios para los pacientes”*. Una revisión sistemática sobre registros de enfermería realizada por la Cochrane¹³⁶, aporta conclusiones importantes sobre el uso de los registros clínicos, y sus implicaciones en la mejora de la práctica clínica. Por otra parte y continuando con la misma revisión, tenemos que: *“Si se les proporciona a los profesionales de la asistencia sanitaria datos acerca de su desempeño (auditoría y retroalimentación [feedback]) es posible lograr mejorar la práctica”*. Aunque también se apunta en el estudio que las mejoras son moderadas y no existe evidencia suficiente para considerarlas como obligatorias aunque la revisión si las recomienda. De ahí la importancia de tener un sistema de auditorías y retroalimentación para lograr una mejora de la cumplimentación y de la practica asistencial¹³⁷.

Griffits y Hutchigs¹³⁸, han publicado trabajos sobre la importancia de auditar los registros de enfermería para hacer un análisis de ellos y cuando lo hacemos, observamos que la información recogida sobre cuidados suele ser escasa y de poca calidad, algo que debemos mejorar para lograr unos cuidados de calidad y seguros. Otra de las pretensiones de las auditorías y del análisis de los registros es la de que éstos sean exportables a otros hospitales que no solo compartan el mismo sistema de información, de ahí que estos registros deben ser estándares tanto en el lenguaje utilizado como en la plantilla. La promoción del procedimiento de comunicación, durante la transición asistencial, minimiza la variabilidad de los mensajes y favorece la eficacia de la comunicación, contribuyendo a que todos los profesionales implicados en la transferencia tomen conciencia del conjunto de la situación del paciente y se reduzcan los errores.

La información obtenida en la organización o servicio durante la gestión de riesgos y la investigación de incidentes debe servir para identificar soluciones y prácticas que promuevan la seguridad en la atención prestada.

En este momento el SES cuenta con una donde se recoge la historia clínica electrónica y única por paciente tanto para Atención Especializada (AE) como para Atención Primaria (AP), cuya premisa fundamental es la de compartir la información, no solo entre los diferentes niveles asistenciales, sino también entre los diferentes profesionales. Cuenta con una plataforma informática que es el JARA que nace como solución de integración de información y se propone a su vez como solución a la creación de una Historia Clínica Única e integrada por paciente

a) La Estación Clínica es la puerta de entrada al sistema y es el lugar dónde se ubica físicamente la visualización de la información. En ella, la enfermera puede visualizar información del paciente así como documentar sus actuaciones. Está dividida en tres partes fundamentales:

1º Tareas: desde donde se accede y se documentan las tareas propias de una enfermera. Entre ellas se encuentran además de las diferentes técnicas de enfermería, hoja de anotaciones de datos subjetivos, datos objetivos, análisis y plan de cuidados (SOAP), valoración de enfermería, cuestionarios de valoración, etc.

2º Resumen del paciente (Área de ejecución): en esta parte de la estación clínica se visualiza y se documenta información sobre antecedentes personales y familiares, hábitos tóxicos, factores de riesgo, alergias, y las diferentes alertas relacionadas con los diversos Servicios de Salud en los que se haya incluido al paciente.

3º Vista Dinámica de la Historia Clínica: Es el lugar de visualización de la Historia Clínica en base a diferentes organizaciones: pueden verse desde tratamientos activos, planes terapéuticos, Incapacidades transitorias, documentos médicos asociados a problemas, o sin asociar, documento de salud, citas y consultas pendientes, etc.

b) Módulo de Cuidados de Enfermería

En este apartado lo que se pretende utilizar los datos para aplicar la metodología Enfermera y planificar los Planes de Cuidados a partir de la valoración de

enfermería que se hace por patrones de enfermería de M. Gordon, asociando a cada patrón sus cuestionarios de valoración correspondiente, donde prima no solo la valoración individual, sino también la valoración social y del entorno familiar de la persona. El individuo es un todo relacionado con su entorno social y familiar. Tras la valoración se establece una agrupación de Diagnósticos por Patrones. Los diagnósticos enfermeros son codificados según el Catálogo NANDA, estableciendo las diferentes relaciones NANDA-NIC-NOC, para generar un sistema de Planes Estándares de los Diagnósticos, relacionados con cada Patrón de valoración. El nacimiento de JARA, supone para la enfermería extremeña, una importante oportunidad por ser una herramienta capaz de unificar criterios a la hora de la realización de registros enfermeros, utilizando un lenguaje común que es la Metodología Enfermera que mejore la gestión del tiempo y permita una óptima medición del producto enfermero.

En septiembre del 2015 se realizó el cambio de la historia de Enfermería en el HM. Pasó de soporte papel a la historia clínica informatizada con el programa JARA, lo que supuso para el personal de enfermería un gran cambio en el desarrollo de su profesión. Las acciones que llevamos a cabo para poner en marcha este proyecto fue formación, así se formaron primero a los Supervisores y a un grupo de Enfermeros con la idea de crear un grupo que fuera formador de formadores; también se hizo formación personalizada a cada uno de los Servicios y luego el grupo de formadores fue dando apoyo a cada una de la unidades para esclarecer sus dudas.

En este momento en el HM utiliza la historia electrónica de Enfermería. En una revisión publicada por Morris¹³⁹, se afirma que la seguridad en el entorno sanitario se basa en estructuras que reducen la posibilidad de error y que para ello la informática permite dar un soporte a las decisiones que disminuya la probabilidad de error.

En la Estación Clínica, se cumplimenta la valoración de Enfermería y el Informe de Continuidad de Cuidados (ICC). Al auditar estos registros observamos que no son de muy buena calidad y que en la mayoría de los casos están incompletos ya que no se cumplimentan todos los patrones, ni tampoco los cuestionarios asociados, sin embargo los ICC su cumplimentación es correcta aunque el porcentaje es escaso.

El objetivo de esta práctica segura es garantizar una comunicación efectiva entre los profesionales sanitarios ya sean del mismo o de distinto nivel asistencial.

Las actuaciones que se han llevado a cabo han sido:

- Cambio de la Historia de Enfermería del formato papel a formato electrónico.
- Formación en la herramienta JARA.
- Formación de todo el personal en Valoración en la historia de enfermería y la cumplimentación de los informes de alta.
- Creación de un grupo de Formador de formadores.
- Auditorias de Valoraciones realizadas al ingreso de los pacientes.

- Auditorias de ICC realizados al alta de los pacientes.

Los indicadores para medir esta práctica son:

- Número de sesiones formativas realizadas sobre la utilización de la herramienta JARA.
- Número de sesiones formativas realizadas sobre la cumplimentación de la historia de enfermería y los ICC.
- Porcentaje de enfermeros formados en manejo de JARA.
- Porcentaje de enfermeros formados en cumplimentación de historia de enfermería y en el ICC.
- Porcentaje de pacientes hospitalizados con valoración al ingreso.
- Porcentaje de ICC de enfermería realizada.

En la auditoría que realizamos sobre la cumplimentación informática de la Valoración de Enfermería y los ICC a finales del 2016 obtuvimos los siguientes resultados por Unidad/Servicio (Fig. 20):

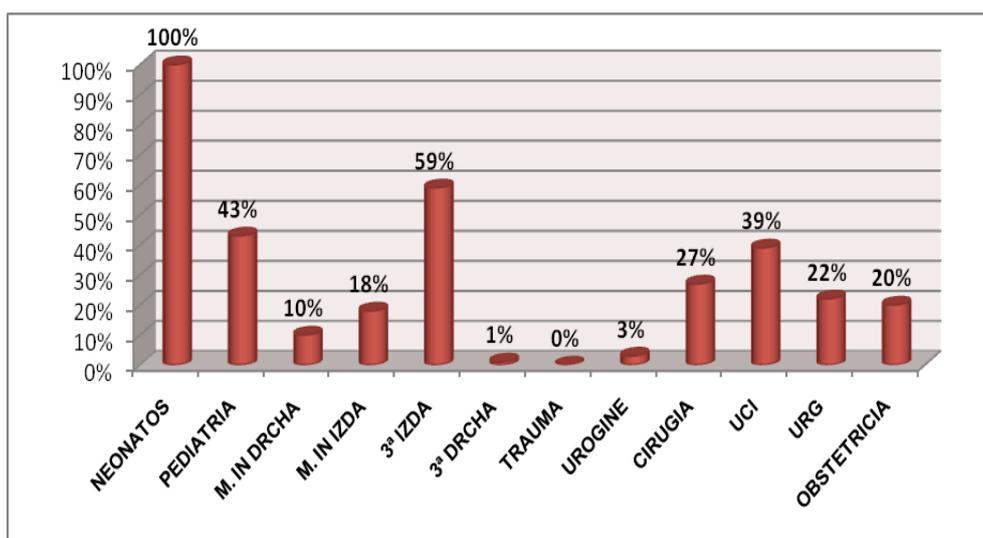


Figura 20: gráfico sobre porcentaje de Valoración de Enfermería cumplimentadas por servicios del HM.

Auditoria de los Informes de continuidad de Cuidados en Diciembre del 2016(Fig. 21).

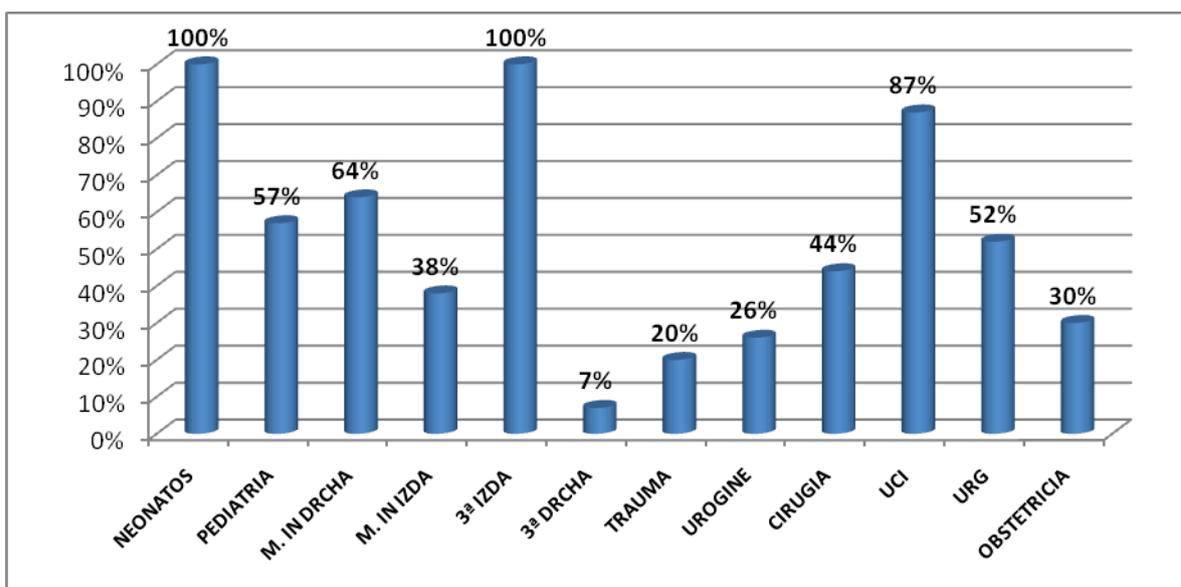


Figura 21: gráfico sobre Porcentaje de ICC cumplimentadas por servicios.

Cuando hemos realizado las auditorias sobre la cumplimentación de las valoraciones y de los ICC no se acercan al indicador establecido y ello ha sido debido a:

- Sobrecarga asistencial.
- Poca dinámica de cumplimentación de los registros.
- Falta de percepción del riesgo por parte de los profesionales de una inadecuada comunicación.
- Problemas para asumir la responsabilidad en la cumplimentación de los registros.
- Falta de CSP.

2.2.6.7 7ª. Práctica Segura: Cirugía Segura.

La cirugía es uno de los campos que mayor repercusión tiene sobre la SP ya que cuando un paciente va a ser intervenido se pone en marcha un proceso que resulta ser complejo por lo que la SP puede verse comprometida y aumentar la morbimortalidad de los pacientes. La OMS ha considerado los problemas relacionados con la Cirugía Segura un problema de salud pública, ya que se realizan alrededor de 234 millones de intervenciones cirugía mayor al año y estudios realizados han constatado que un 25% de las hospitalizaciones quirúrgicas podrían presentar un EA y que de ellos el 50% se podrían evitar. Cada año suceden más de 7 millones de complicaciones que producen algún tipo de incapacidad y que entre un 0,5-5% pueden ocasionar la muerte, por ello en 2008 lanzó su segundo reto global sobre SP: “La Cirugía Segura Salva Vidas”, (*Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives*)¹⁴⁰. Para evitar estos EA es necesario que todo el equipo interviniente en el proceso lo realice llevando a cabo prácticas seguras. Un EA quirúrgico se define como: *un resultado desfavorable atribuible a un procedimiento quirúrgico*, y suelen estar relacionados con accidentes intraoperatorios, quirúrgicos o anestésicos, con complicaciones postoperatorias inmediatas o tardías y con el fracaso de la intervención quirúrgica¹⁴¹.

El proceso quirúrgico comprende aquellas actividades asistenciales y de apoyo encaminadas a la realización de un acto quirúrgico, desde el momento en que el paciente acepta una indicación de intervención quirúrgica hasta la recuperación postoperatoria, en un entorno adecuado de información, confort y seguridad¹⁴². Es necesario que este proceso se lleve a cabo promoviendo unos estándares mínimos de aplicación universal definiendo un “entorno de seguridad en el proceso quirúrgico”, que se concreta en la difusión y aplicación de un “check-list” o listado de verificación quirúrgica (LVQ)¹⁴³; es una herramienta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los EA evitables. Su uso está altamente extendido en trabajos de alto riesgo (p.ej. aviación) como herramienta para minimizar la ocurrencia de acontecimientos raros e impredecibles.

La LVQ trabaja en cuatro áreas:

- Prevención de la infección de herida quirúrgica.
- Prevención del lugar/paciente/procedimiento erróneo.
- Mejorar la seguridad de los equipos quirúrgicos.
- Seguridad en el manejo de la anestesia y el uso de los medicamentos.

Para ver la efectividad de la LVQ se llevó a cabo un estudio en ocho hospitales (Toronto, Nueva Delhi, Ammán, Auckland, Manila, Ifakara, Londres y Seattle) entre octubre de 2007 y septiembre de 2008 se comparó la tasa de complicaciones, incluida la muerte, durante los 30 primeros días tras una operación en pacientes mayores de 16 años en cirugías no cardíacas tras el uso o no de la LVSC. Se concluyó que el uso

de la LVSC se asociaba con reducciones en las tasas de mortalidad y en las complicaciones entre los pacientes.

En España la incidencia de EAs relacionados con la cirugía está en torno al 10,5% (8,1-12,5%), de los que el 36,5% serían evitables¹⁴⁴ y el trabajo que se está realizando en nuestro país para la prevención y el control de los EA quirúrgicos se basa en una estrategia combinada, utilizando la coordinación nacional (MSSSI) e internacional (Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente) y centrándose en las actuaciones a nivel de las CCAA. Extremadura, al igual que el resto de CCAA, está llevando a cabo prácticas seguras relacionadas con la seguridad quirúrgica de los pacientes y ha implantado la LVQ o check-list promovido por la OMS¹⁴⁶.

En el Hospital de Mérida comenzamos con la cumplimentación de la LVQ en el año 2014, se lo planteamos a la Dirección que asumió la responsabilidad de la LVQ, luego se mantuvieron reuniones con los Jefes de Servicio y los Supervisores de los servicios implicados, posteriormente se presentó la idea al resto de profesionales implicados. La LVQ era en formato papel y comenzamos con un pilotaje en el mes de febrero de 2014 en los servicios de Urología y Cirugía, para poner en marcha esta Práctica Segura. En esta andadura los profesionales nos sugerían que se pusiera en JARA para que su cumplimentación no supusiera otro papel más, pero esta decisión no dependía de nosotros ya que lo debían hacer los Servicios Centrales del SES. Cuando a finales de año auditamos su cumplimentación los datos que obtuvimos fue del 0% de cumplimentación y a la vista de los resultados decidimos plantear en los Servicios Centrales del SES su implantación en JARA como habían sugerido los profesionales.

En el año 2015 el SES decidió la implantación del check-list quirúrgico a nivel de toda la comunidad, reunió a los representantes de Calidad y Seguridad de cada una de sus Áreas y se consensuó utilizar la LVQ que había elaborado la OMS. Nuestra Área planteó los resultados de las auditorias que habíamos tenido en 2014 y fue una de las causas que desde los Servicios Centrales se consensuara ponerla en JARA para facilitar su cumplimentación a los profesionales involucrados y que fuera obligatoria, de tal manera que no se podía acceder al proceso quirúrgico si no se cumplimentaba la LVQ. Para acercar el check-list quirúrgico al profesional sanitario, se llevó a cabo una campaña de difusión desde la Unidad de Calidad y Seguridad del HM dándole a conocer el formato y como acceder en JARA a él se formó a los profesionales en su cumplimentación.

Durante el tiempo que estuvo así su cumplimentación fue del 100% ya que si se quería abrir el proceso quirúrgico había que cumplimentarlo, pero empezaron los problemas y los profesionales se quejaban de que se perdía mucho tiempo en cumplimentarlo y que eso producía un retraso en la actividad quirúrgica y desde ese momento el SES decidió anular la obligatoriedad de su cumplimentación para abrir el proceso quirúrgico y los resultados pasaron del 100% al 33,7%.

El objetivo de esta práctica segura es reducir los EAs relacionados con el proceso quirúrgico. Las actuaciones que se han llevado a cabo han sido:

- Elección del modelo de la LVQ.
- Elaboración de un protocolo sobre la LVQ y su cumplimentación, difusión e implementación.
- Implantación de la LVQ en los quirófanos de Urológica y Cirugía.
- Formación de todo el personal del bloque quirúrgico sobre la importancia en la cumplimentación de la LVQ y sobre su cumplimentación.
- Implantación en el JARA de la LVQ.
- Auditorias anuales de la cumplimentación de la LVQ.
- Difusión de los datos obtenidos en las auditorias.

Los indicadores para medir esta práctica son:

- Existencia de Protocolo de LVQ.
- Número de sesiones formativas realizadas sobre la importancia de la cumplimentación de la LVQ y su cumplimentación.
- Número de sesiones formativas realizadas sobre la cumplimentación de la LVQ en JARA.
- Porcentaje de enfermeros formados en SP sobre la importancia de la cumplimentación de la LVQ y su cumplimentación en JARA.
- Porcentaje de intervenciones en el quirófano de Cirugía que se cumplimenta la LVQ.
- Porcentaje de intervenciones en el quirófano de Urología que se ha cumplimenta la LVQ.
- Número de informes difundidos sobre los resultados de las auditorias.
- Porcentaje de EAs notificados en el SiNASP relacionados con el proceso quirúrgico.

Cuando hemos realizado las auditorias sobre la cumplimentación de la LVQ, los datos, que obtuvimos eran del 100% y desde que dejó de ser obligatorio la cumplimentación pasó a un 33%, estos datos no se acercan al indicador que hemos establecido y ello ha sido debido a:

- Sobrecarga asistencial.

- Poca dinámica de cumplimentación de la LVQ.
- Falta de percepción del riesgo por parte de los profesionales de una inadecuada comunicación.
- Problemas para asumir la responsabilidad en la cumplimentación de los registros.
- Falta de CSP.

Los datos obtenidos en las auditorías realizadas en el año 2016 han sido los siguientes (Fig.22), (Fig.23).

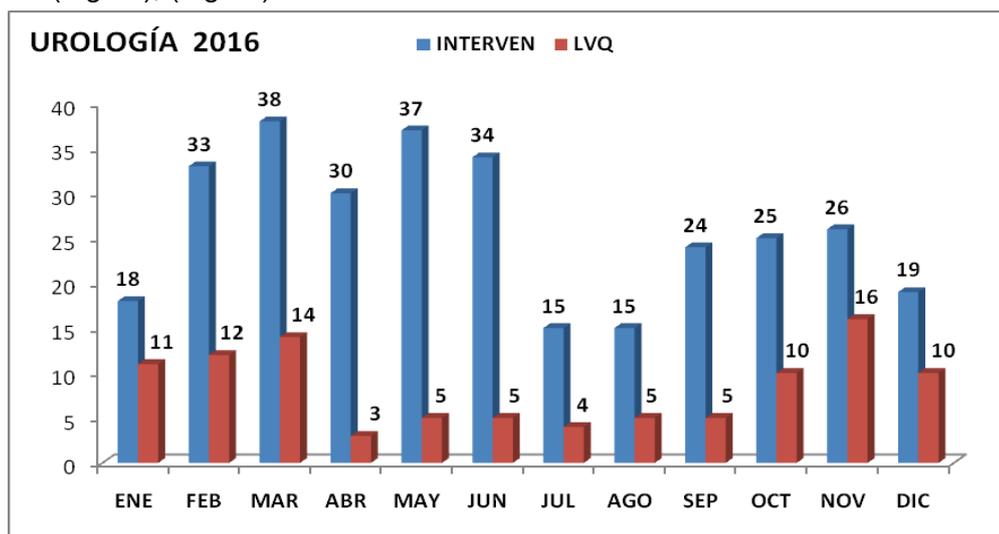


Figura 22: cumplimentación del la LVQ en el quirófano de urología.

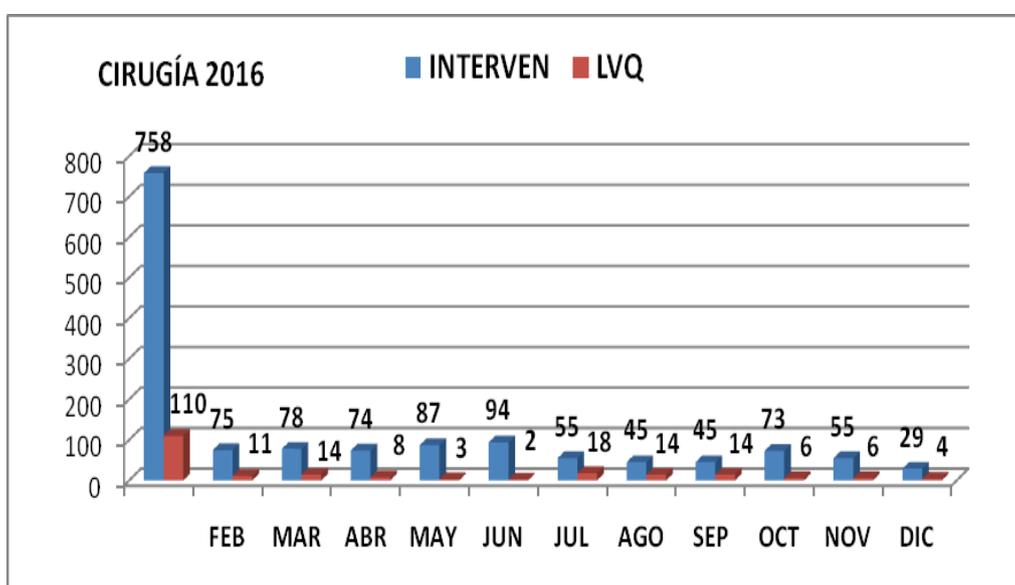


Figura 23: cumplimentación del la LVQ en el quirófano de urología.

2.2.6.8 8ª. Práctica Segura: Uso Seguro de Medicamentos

El porcentaje más alto de EAs ocurridos en la AS está relacionado con la medicación, esto ha hecho que diferentes organizaciones y agencias internacionales hayan destacado la importancia de implantar prácticas seguras para reducirlos. En el ámbito hospitalario se han propuesto numerosas prácticas para la prevención de errores por similitud fonética u ortográfica en los nombres de los medicamentos, control de las soluciones concentradas de electrolitos y conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales.

El IAM en 2007, señaló que alrededor de 1,5 millones de EA relacionados con la medicación se podían prevenir en EEUU¹⁴⁷. El Consejo de Europa publicó un informe que recogía un resumen de los distintos estudios que se habían llevado a cabo en Europa, relacionados con los EA producidos por la medicación y dirigía unas recomendaciones a las autoridades sanitarias, instituciones, profesionales sanitarios y a la industria farmacéutica, para su prevención¹⁴⁸. La Agencia Europea del Medicamento con el objetivo de facilitar la aplicación de las nuevas disposiciones legales de Farmacovigilancia de la Unión Europea organizó una reunión en 2013, con la participación de representantes de todos los agentes implicados en la notificación, la evaluación y la prevención de los errores de medicación^{149,150}.

La OMS en mayo de 2007 lanzó nueve medidas para mejorar la SP y seis de ellas iban dirigidas a prevenir los errores de medicación: por similitud fonética u ortográfica en los nombres de los medicamentos, control de las soluciones concentradas de electrolitos, identificación correcta de los pacientes, evitar de errores de conexión y tubos, usar solo una vez los dispositivos de inyección y conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales. El NQF publicó en el año 2010 una actualización de prácticas de seguridad prioritarias para prevenir los errores asistenciales, varias de ellas estaban dirigidas a la prevención de errores de medicación (incorporar la prescripción electrónica asistida, verificar las prescripciones verbales, limitar el uso de abreviaturas, conciliar la medicación, implantar procedimientos estandarizados con los medicamentos de alto riesgo). La AHRQ publicó en 2013 un informe actualizado sobre la evidencia de las prácticas seguras, de las que proponía, cuatro hacían referencia al área de la medicación (establecer una lista de abreviaturas que no deben ser utilizadas, incorporar farmacéuticos clínicos en los equipos asistenciales, implantar la prescripción electrónica asistida y conciliar la medicación).

En los estudios multicéntricos que se han llevado a cabo en España desde el año 2005 para analizar los EA en los distintos ámbitos sanitarios se ha observado que los más frecuentes son los relacionados con la medicación (Tabl.8). El estudio ENEAS recoge que el primer lugar de EA que ocurren en los hospitales están relacionados con la medicación, un 37,4% del total y son evitables un 34,8%. Estos errores originan una serie de consecuencias como son el aumento de las estancias hospitalarias, del gasto sanitario y de la morbimortalidad, por lo que ha sido necesario elaborar estrategias para prevenirlos.

Tabla 8: frecuencia de EA por medicamentos en los estudios multicéntricos realizados a nivel nacional. Fuente Estrategia de SP del SNS 2015-2020

Estudio	EA total (% pacientes)	EA más frecuentes	EA por medicamentos	
			Porcentaje respecto al total	Prevenibles (%)
ENEAS¹⁵	9,3%	Medicación (37,4%), IAAS (25,3%) Procedimientos (25%).	37,4	34,8
APEAS²⁶	10,11%	Medicación (47,8%) Peor curso evolutivo de la enfermedad de base (19,9%) Procedimientos (10,6%).	47,8	59,1
EARCAS²⁷	Estudio cualitativo	Cuidados, Medicación IAAS	–	–
SYREC²⁸	33,1%	Cuidados (26%) IAAS (24%) Medicación (12%)	11,6%	58,9%
EVADUR²⁹	7,2%	Proceso de atención (46,2%), Medicación (24,1%) Procedimientos (11,7%).	24,1%	–

- ENEAS: Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la hospitalización.
- APEAS: Estudio de Eventos Adversos en Atención Primaria.
- EARCAS: Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios.
- SYREC: Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico.
- EVADUR: Eventos Adversos en Urgencias.
- EA: Evento adverso.
- IAAS: infecciones asociada a la asistencia sanitaria.

El *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCC MERP) define a los errores de medicación como: "*cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización*"¹⁵¹. La prescripción constituye, en la mayor parte de los estudios publicados, la fase del proceso en la que se evidencia un mayor número de errores. El estudio descriptivo realizado por Ana Elisa Bauer y cols sobre los puntos frágiles durante la prescripción, dispensación y administración de medicación identifica que el mayor número de errores producidos durante la prescripción se deben a que estas son incompletas, con abreviaturas, y realizadas con distracciones. Bates afirma que de cada 100 pacientes ingresados, un 4,8% de ellos presenta algún EA relacionado con la medicación y que un 56% de ellos se da en la fase de prescripción, un 34% en la administración, el 6% en la transcripción de la prescripción médica y el 4% restante en la distribución.

Especial atención requieren los medicamentos de alto riesgo se denominan a: *“aquellos que cuando se utilizan incorrectamente presentan un riesgo elevado de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes”*¹⁵². Los EA producidos por ellos no implica que sean más frecuentes sino que en caso de producirse un error, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves¹⁵³. Algunos de ellos han sido objeto de recomendaciones específicas, como la vincristina, soluciones concentradas de sales potasio, anticoagulantes, opiáceos, metotrexato para uso oral.

Uno de los objetivos de las líneas estratégicas del Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del Servicio Extremeño de Salud 2011-2016 es potenciar el uso seguro de los medicamentos en todos los niveles asistenciales a través de la prevención de los errores en los procesos de prescripción, dispensación, preparación, conservación y administración de los mismos, prestando especial consideración a los medicamentos de alto riesgo y antimicrobianos, así como al uso en niños y pacientes polimedicados³³. Se considera medicación de alto riesgo aquella implicada en un porcentaje alto de errores y/o eventos centinela.

Al implantar esta práctica en el Hospital de Mérida el objetivo ha sido reducir los EA relacionados con el uso de medicamentos.

Las actuaciones llevadas a cabo han sido:

- Instaurar, la prescripción electrónica.
- Implantación de sistemas de unidosis para la dispensación de fármacos
- Elaboración, difusión e implantación de un protocolo sobre los medicamentos de alto riesgo.
- Formación sobre la conciliación de la medicación.
- Formación sobre el manejo de medicamentos y los cinco correctos.
- Difusión del listado y guía de uso de los medicamentos de alto riesgo del MSSSI.
- Fomentar entre los profesionales los sistemas disponibles para la notificación de incidentes relacionados con la medicación.
- Difusión de los informes del SiNASP.

Los indicadores para medir esta práctica son:

- Existencia de Protocolo de administración de medicamentos.
- Existencia de Protocolo de manejo de medicación de alto riesgo.
- Número de sesiones formativas realizadas sobre el manejo de medicamentos.

- Porcentaje de enfermeros formados en SP sobre el manejo de medicamentos.
- Porcentaje de EAs notificados en el SiNASP relacionados con la medicación.
- Número de informes del SiNASP difundidos.

En la gráfica siguiente mostramos los EAs relacionados con la medicación comunicados en el SiNASP durante el año 2014 y el primer semestre del 2015 (Fig.24).

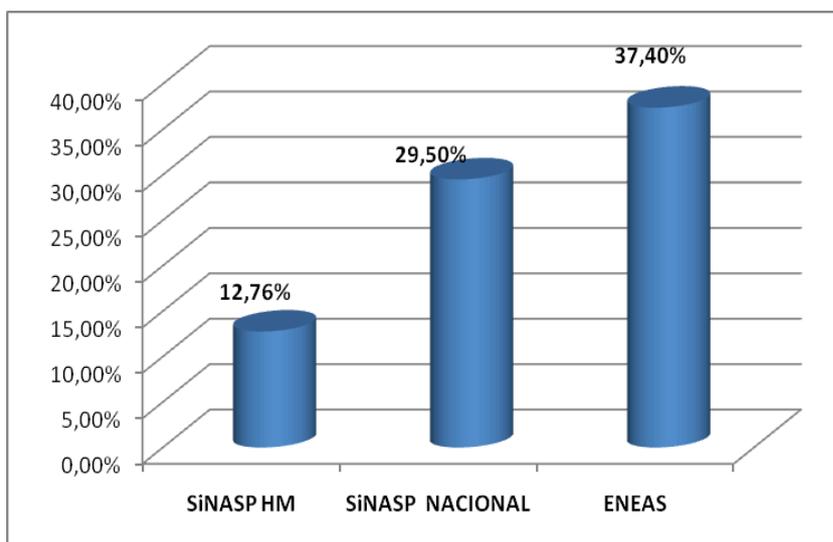


Figura 24: porcentaje de EA relacionados con la Medicación.

Como podemos observar en el gráfico en el HM es donde se han comunicado menos EAs relacionados con la medicación durante este periodo.

3. JUSTIFICACIÓN

3. JUSTIFICACIÓN

La idea de llevar a cabo este estudio surge a raíz del puesto laboral que ocupó como Coordinadora de Seguridad del Paciente del Área de Salud de Mérida desde el año 2009. Una de las actividades que llevo a cabo es la evaluación de los indicadores de SP y de las Prácticas Seguras implantadas en el Hospital. Al evaluar y analizar los datos obtenidos en las auditorías realizadas, observamos que no se acercan a los objetivos marcados habiendo una brecha importante entre la teoría y la práctica, hecho que puede comprometer la SP. Analizando y revisando las actuaciones que hemos llevado a cabo en SP, observamos que nos falta una muy importante que es analizar la CSP. Pensamos que es el pilar donde se asienta la SP y su análisis nos va a permitir saber las fortalezas y las debilidades de la Enfermería del HM, permitiéndonos esto saber en qué podemos apoyarnos (fortalezas) y donde introducir las medidas correctoras necesarias (debilidades) para que la SP sea mejor en el HM. La razón fundamental de centrarla en Enfermería es el hecho de la ausencia de estudios de investigación en el campo de esta profesión y además porque al ser los profesionales que más tiempo pasan con los pacientes tienen un peso muy importante en la SP de nuestro Hospital.

4. HIPÓTESIS.

4. HIPÓTESIS.

El análisis de la Cultura de Seguridad del Paciente en la Enfermería del Hospital de Mérida nos va a permitir averiguar las fortalezas y debilidades para poder diseñar estrategias y mejorar la SP.

5. OBJETIVOS

5. OBJETIVOS.

5.1 GENERAL:

- Analizar la Cultura Seguridad del Paciente de la Enfermería del Hospital de Mérida.

5.2 ESPECÍFICOS:

- Evaluar el nivel de CS del paciente de la Enfermería del Hospital de Mérida mediante una herramienta adaptada y validada.
- Analizar los datos socioprofesionales de la Enfermería del HM que ha participado en la investigación.
- Determinar las dimensiones valoradas positiva y negativamente por la Enfermería del Hospital de Mérida.
- Describir las actitudes y comportamientos relacionados con la Seguridad del Paciente en la Enfermería.
- Comparar los resultados obtenidos en nuestro estudio con los resultados obtenidos en otros estudios de similares características.
- Describir las diferencias o similitudes de actitudes y comportamientos relacionados con la Seguridad del Paciente en la Enfermería según el Servicio al que pertenezcan.
- Identificar las fortalezas y las debilidades en la SP para introducir propuestas de mejora.

6. MATERIAL Y MÉTODOS.

6. MATERIAL Y MÉTODOS.

6.1 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.

La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo en diferentes bases de datos, tanto nacionales como internacionales. Entre ellas se encuentran: PubMed (MedLine), CINAHL, Cochrane Plus, CUIDEN Plus, ISI Web of Knowledge, ENFISPO, Scopus, DIALNET, SCIELO y Google Scholar.

Los descriptores MeSH y DeCS utilizados para la búsqueda han sido los siguientes:

- “Patient Safety” [MeSH] [DeCS].
- “Medical Errors” [MeSH] [DeCS].
- “Organizational Culture” [MeSH].
- “Nurse”[MeSH] [DeCS].
- ”Culture” [MeSH] [DeCS].
- “Safe practices” [MeSH] [DeCS].

Se ha limitado la búsqueda bibliográfica de la siguiente manera:

- Idioma: castellano e inglés.

6.2 TIPO DE ESTUDIO.

Se trata de un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal sobre la CSP de la Enfermería del HM, donde se han analizado los factores socio profesionales de los participantes que se asocian a una actitud y un comportamiento en relación con la SP.

También se han analizado las fortalezas y debilidades, deduciendo las oportunidades de mejora, siguiendo el esquema de criterios propuesto por la AHRQ¹⁵⁴, con el fin de guiar las actuaciones o intervenciones que pudiesen derivarse del estudio, de cara a mejorar la CSP en nuestro hospital.

6.3 ÁMBITO DE ESTUDIO.

El estudio se ha llevado a cabo en el Hospital de Mérida. Es un hospital comarcal de II Nivel y cuenta con 332 camas. Pertenece al Área Salud de Mérida y atiende a una población de 162,287 habitantes. Desde el año 2009 dispone de una Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente compuesta por una Coordinador de Calidad y una Coordinadora de Seguridad, puesto desempeñado por la investigadora de este estudio desde el año 2009 y este ha sido el motivo de elegirlo como ámbito de estudio.

Dentro del Plan de Formación Continuada del Hospital se han realizado muchas actividades formativas sobre SP, con la idea de formar a los profesionales en este campo. También cuenta con una Comisión de Seguridad del Paciente del Área de Salud que se reúne trimestralmente y dispone de un Sistema de Notificación de

Eventos Adversos (SiNASP). Por todo ello entendemos que el HM es un centro apropiado para realizar esta investigación y posteriormente extrapolarla al resto de hospitales de la Comunidad.

6.4 PERIODO DE ESTUDIO.

- El periodo de estudio comprende desde el año 2012 al 2016.

6.5 POBLACIÓN

La población de estudio ha sido la Enfermería del Hospital de Mérida. La plantilla cuenta con un total de 323 profesionales.

6.5.1 Criterios de inclusión:

Ser Enfermero/a del Hospital de Mérida propietaria/o, interina/o o con contrato eventual mayor de tres meses y que en el momento del reparto de los cuestionarios estuviera en activo (Octubre 2015).

6.5.2 Criterios de exclusión:

Contratados de corta duración que lleven trabajando en el Hospital menos de tres meses. Justificamos este criterio de exclusión porque entendemos que como mínimo se debe de llevar trabajando en el Hospital más de tres meses para conocer la dinámica de funcionamiento del mismo y tener criterios suficientes para argumentar las respuestas.

6.6 MECANISMO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Para calcular la muestra necesaria partimos de una población total de 323 enfermeros. Por ser el centro de trabajo de la investigadora y siendo fácil el acceso a los compañeros se decide que se va a encuestar a toda la población para minimizar las pérdidas.

6.6.1 Tamaño muestral:

Siguiendo los criterios de inclusión del estudio, la población de la que partimos fue de 295 (de los 323 de plantilla) Enfermeras, ya que en el momento del reparto de los cuestionarios, Octubre 2015, eran los que cumplían dichos criterios.

Para calcular el tamaño muestral hemos utilizado los siguientes parámetros:

- Tamaño del universo de la encuesta(N): 295.
- Nivel de confianza: 95%.
- Margen de error: 5%.
- Nivel de heterogeneidad: 50%.

La muestra será de 167 enfermeras/os que cumplan los criterios de inclusión.

6.6.2 Mediciones:

La herramienta que hemos utilizado en nuestra investigación ha sido un cuestionario válido y fiable, adaptado al contexto español y que ha sido fruto de la colaboración entre el MSSSI y la Universidad de Murcia⁷¹ de la encuesta original de la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* de EEUU¹⁵⁵. Mide los aspectos de la cultura de las organizaciones, identifica en cuáles habría que incidir para mejorarla, y poder monitorizar su evolución.

El cuestionario tiene 61 preguntas que se agrupan en un total de 12 dimensiones, estas a su vez se agrupan en tres áreas temáticas. El análisis de las respuestas tiene sentido tanto para cada ítem en particular como para cada dimensión en su conjunto. En todos los casos se indaga la percepción que sobre cada ítem y dimensión tienen los profesionales que responden. Tanto en su versión original como en la adaptada, se trata de un cuestionario autoadministrado y los ítems y las dimensiones para medir la CS son los mismos. La versión adaptada del cuestionario que hemos utilizado en nuestro estudio se adjunta como Anexo 1.

Las 12 dimensiones que contempla son las siguientes:

Dimensión 1: “Frecuencia de eventos notificados”

Mide la percepción de la frecuencia de notificación de eventos o errores que no producen efectos adversos a través de tres preguntas.

Dimensión 2: “Percepción de seguridad”

Mide la percepción del compromiso de la unidad con la seguridad del paciente (SP) mediante el planteamiento de 4 preguntas.

Dimensión 3: “Expectativas y acciones de la supervisión que favorecen la seguridad” Mide la percepción de la relación entre los supervisores y la SP a través de 4 preguntas

Dimensión 4: “Aprendizaje organizacional/Mejora continua”. Mide las actividades y medidas dirigidas a asegurar la mejora en SP mediante el planteamiento de tres preguntas.

Dimensión 5: “Trabajo en equipo dentro de la unidad”. Mide el trabajo en equipo en la unidad a través de 4 preguntas.

Dimensión 6: “Franqueza en la comunicación”. Mide la comunicación en torno a comunicación en la atención sanitaria entre el personal mediante tres preguntas.

Dimensión 7: “Feed-back y comunicación sobre errores”. Mide el feed-back y la comunicación una vez acontecido un error en una unidad a través de tres preguntas.

Dimensión 8: “Respuesta no punitiva a los errores”. Mide las acciones punitivas tras cometer errores a través de las respuestas obtenidas en tres preguntas planteadas todas ellas en sentido negativo

Dimensión 9: “Dotación de personal”. Mide la dotación de personal y su influencia sobre la atención al paciente a través de 4 preguntas.

Dimensión 10: “Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (SP).” Mide la percepción de los mandos en relación a la SP mediante tres preguntas.

Dimensión 11: “Trabajo en equipo entre unidades.” Mide la percepción de la coordinación del trabajo entre distintas unidades mediante cuatro preguntas.

Dimensión 12: “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades.” Mide la percepción de si existen problemas de pérdida de información entre los cambios de turno y la transferencia de los pacientes a otros servicios, mediante cuatro preguntas.

A su vez estas dimensiones se agrupan en tres secciones (Tabl.9):

- A. RESULTADOS DE LA CS.
- B. DIMENSIONES DE LA CS A NIVEL DE UNIDAD/SERVICIO.
- C. DIMENSIONES DE LA CS A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL.

Tabla 9: secciones de la CS y las preguntas que incluyen. Fuente: MSSSI

A. RESULTADOS DE LA CS	
<p>Dimensión 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Frecuencia de eventos notificados (Agrupa 3 ítems) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (Preg. 40). ✓ Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (Preg. 41). ✓ Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (Preg. 42).
<p>Dimensión 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Percepción de seguridad. (Agrupa 4 ítems) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (Preg. 15). ✓ Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (Preg. 18) ✓ . - No se producen más fallos por casualidad (Preg. 10). En esta unidad hay problemas relacionados con la “Seguridad del paciente” (Preg. 17).
B. DIMENSIONES DE LA CS A NIVEL DE UNIDAD/SERVICIO	
<p>Dimensión 3:</p> <p>3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar dirección/ supervisión de la riesgos en la seguridad del paciente (Preg. 19). ✓ Unidad/Servicio que favorecen la - Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las

<p>Unidad/Servicio que favorecen la seguridad</p>	<p>sugerencias que le seguridad hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (Preg. 20). ✓ Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente (Preg. 21). ✓ Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (Preg. 22).</p>
<p>Dimensión 4: 4. Aprendizaje organizacional/mejora continua (Agrupa 3 ítems)</p>	<p>✓ Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (Preg. 6). ✓ Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (Preg. 9). ✓ Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (Preg. 13)</p>
<p>Dimensión 5: 5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (Agrupa 4 ítems)</p>	<p>✓ El personal se apoya mutuamente (Preg. 1) ✓ Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (Preg. 3). ✓ En esta unidad nos tratamos todos con respeto (Preg. 4). ✓ Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (Preg. 11)</p>
<p>Dimensión 6: 6. Franqueza en la comunicación (Agrupa 3 ítems)</p>	<p>✓ Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (Preg. 35). ✓ El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (Preg. 37). ✓ El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta (Preg. 39).</p>
<p>Dimensión 7: Feed-backy comunicación sobre errores (Agrupa 3 ítems)</p>	<p>✓ Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (Preg. 34). ✓ Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad (Preg. 36). ✓ En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (Preg. 38).</p>
	<p>✓ Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo</p>

<p>Dimensión 8: Respuesta no punitiva a los errores (Agrupa 3 ítems)</p>	<p>utilizan en tu contra (Preg. 8). ✓ Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable” (Preg. 12). ✓ Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (Preg. 16).</p>
<p>Dimensión 9: Dotación de personal (Agrupa 4 ítems)</p>	<p>✓ Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (Preg. 2). ✓ A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (Preg. 5). ✓ En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado sustitutos o personal temporal (Preg. 7). ✓ Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (Preg. 14). 10</p>
<p>Dimensión 10: Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (Agrupa 3 ítems)</p>	<p>✓ La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (Preg. 23). ✓ La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (Preg. 30). ✓ La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (Preg. 31).</p>
<p>C. DIMENSIONES DE LA CS A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL</p>	
<p>Dimensión 11: Trabajo en equipo entre unidades (Agrupa 4 ítems)</p>	<p>✓ Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente (Preg. 26). ✓ Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible (Preg. 32). ✓ Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas (Preg. 24). ✓ Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/Unidades (Preg. 28).</p>
<p>Dimensión 12: Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades (Agrupa 4</p>	<p>✓ La información de los paciente se pierde, en parte, cuando éstos se transfiere desde una unidad /servicio a otra (Preg. 25). ✓ En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (Preg. 27).</p>

ítems)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático (Preg. 29). ✓ Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (Preg. 33)
--------	---

Los 61 ítems están agrupados en cuatro secciones y un anexo: Sección A (Su Servicio/Unidad) compuesta por los ítems del 1 al 22, sección B (Su Hospital) del 23 al 33, sección C (Comunicación en su Servicio/Unidad) del 34 al 42. Los ítems de las Secciones A, B y C (del 1 al 42) se valoran con una escala tipo Likert con 5 grados. La sección D (Información Complementaria) del 43 al 52 y un anexo que recoge información adicional sobre su Servicio/Unidad, son del 53 al 61 y no están incluidos en el cuestionario original de la AHRQ¹⁵⁴. Estos han sido elaborados específicamente para medir algunos de los indicadores del estudio “Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente”, disponible en:

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>

Consistencia interna de las dimensiones del cuestionario

La consistencia interna de cada una de las dimensiones en la versión española, se ha calculado mediante el α de Cronbach, siguiendo las indicaciones de la encuesta original. En todos los casos, la fiabilidad es de aceptable a excelente, a pesar de que el número de ítems que incluye cada dimensión es relativamente pequeño y dado que el α de Cronbach tiende a aumentar con el número de ítems considerados¹⁵⁶ (Tab. 10).

Tabla 10: fiabilidad de las dimensiones contenidas en el cuestionario

Dimensión	Alfa de Cronbach*
Notificación de eventos relacionados con la seguridad	0.88
Percepción global de seguridad	0.65
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	0.84
Aprendizaje organizacional/mejora continua	0.66
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	0.82
Franqueza en la comunicación	0.66
Feed-back y comunicación sobre errores	0.73
Respuesta no punitiva a los errores	0.65
Dotación de personal	0.64
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	0.81
Trabajo en equipo entre unidades	0.73
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	0.74

(*): > 0.6 : aceptable; >0,7:buena ;> 0.8: excelente

Análisis de resultados

El cuestionario contiene preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. En el análisis de frecuencias inicial por ítems, se mantienen las opciones de respuesta originales, pero para el análisis global por dimensiones, se invierte la escala de las preguntas que están formuladas en sentido negativo para facilitar el análisis (Tab. 11).

Tabla 11: ítems formulados negativamente en el cuestionario.

Dimensión	Ítems
Frecuencia de eventos notificados	Ninguno
Percepción global de seguridad	10,17
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	21,22
Aprendizaje organizacional/mejora continua Ninguno Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	Ninguno
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	Ninguno
Franqueza en la comunicación	39
Feed-back y comunicación sobre errores	Ninguno
Respuesta no punitiva a los errores	8, 12, 16
Dotación de personal	5, 7, 14
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	31
Trabajo en equipo entre unidades	24,28
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	25,27,29,33

De forma general las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema (Tab.12)

Tabla 12: recodificación de las respuestas del cuestionario.

Negativo		Neutral	Positivo	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Raramente	A veces	Casi Siempre	Siempre

Con esta codificación se calculan las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión.

Los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones de la escala se calculan aplicando la siguiente fórmula:

$$\frac{\sum \text{Número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

Para clasificar un ítem ó una dimensión como fortaleza se emplean los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 75\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” ó “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 emplean los siguientes criterios alternativos:

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

Calificación del clima de seguridad

La pregunta 43 presenta en una escala de cero a diez, la calificación global del clima de seguridad. Además de este ítem, el número de eventos notificados (pregunta 48) y las dimensiones “Frecuencia de eventos notificados” y “Percepción de seguridad”, son consideradas medidas de resultado del clima de seguridad.

Información Adicional

Más información sobre el cuestionario original de la AHRQ y su metodología de desarrollo y análisis se puede encontrar en la siguiente dirección web (último acceso 14 de julio de 2015): <http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/#toolkit>

Distribución del cuestionario:

Se procedió en primer lugar al planteamiento del estudio a la Dirección Gerente del HM, solicitando por escrito permiso para poder llevar a cabo la investigación. La Dirección Gerente nos remitió a la Dirección de Enfermería para hacerle también el planteamiento de nuestro estudio, ante nuestra exposición contamos con el permiso y el beneplácito de ambas Direcciones. Tras la reunión con la Dirección de Enfermería esta reunió a los supervisores para contarles la investigación que se iba a llevar a cabo y solicitó la colaboración de todos ellos en el estudio, reunión a la que asistió la investigadora y en ella explicó la investigación que iba a llevar a cabo y que es lo que necesitaba de ellas. También se comentó cómo se iba a hacer la distribución y la recogida de los cuestionarios.

Los cuestionarios se entregaron siempre en turno de mañana (de las 8 a las 15 horas) por la investigadora de manera personal junto con una carta en la que se explicaba los objetivos del estudio y la invitación a colaborar en la investigación (Anexo 2). Al mismo tiempo, se les proporcionó una breve explicación acerca de la manera de responder a los ítems, además de preguntarles si tenían algún tipo de duda para poder solventarlo. También se les informaba que la participación era libre y que se entendía que la contestación del cuestionario suponía el consentimiento para poder manejar los datos aportados. Una vez cumplimentados los cuestionarios se le entregarían a la supervisora del servicio y estas lo guardarían en una carpeta identificada con el

nombre del estudio de investigación y el nombre de la investigadora que se les había entregado para este fin. Cada cuestionario estaba identificado con un código de identificación XXX y este mismo código también figuraba en la carta que se les daba a los participantes explicándole la investigación que se estaba realizando, de tal manera que como la participación era voluntaria y las encuestas anónimas si los encuestados en un momento dado quisieran retirarse de la investigación, la investigadora podría seleccionar con el código que aparecía en la carta, su cuestionario y sacarlo del estudio.

Consideraciones éticas

A lo largo de todo el proceso se han respetado los principios éticos garantizando el anonimato de las participantes y el análisis generalizado de los datos no individualizado, anulando la posibilidad de poder relacionar los datos con alguno de los participantes. En todo momento se ha respetado la decisión de formar parte o no en el estudio y la posibilidad de abandonarlo sin dar explicaciones al respecto. Como hemos comentado anteriormente se solicitó permiso para desarrollar el estudio y realizar la recogida de datos a la Dirección Gerente y a la Dirección de Enfermería del HM a quienes se les informo sobre la investigación que se iba a realizar.

Análisis de datos.

Los datos han sido analizados con el Software estadístico PASW SPSS 18.

El análisis de los resultados se ha agrupado en cuatro apartados:

1. Análisis de cada uno de los items asociados por dimensiones, donde describiremos las respuestas de cada uno de ello.
2. Análisis de Dimensiones donde agruparemos los distintos items que la componen para describir sus resultados.

En los resultados medios por Dimensiones se han categorizado las respuestas posibles de cada una de las preguntas de cada dimensión, agrupándolas (sumando las respuestas negativas, neutras y positivas de todas las preguntas de cada una de las dimensiones englobadas) de la siguiente manera:

Respuesta desfavorable: respuesta negativa (muy en desacuerdo / en desacuerdo, o nunca / raramente) a preguntas formuladas en positivo. Y también respuestas positivas (de acuerdo / muy de acuerdo, o casi siempre / siempre) a preguntas formuladas en negativo.

Respuesta neutra: _respuestas neutrales.

Respuestas favorables: _respuesta positivas (de acuerdo / muy de acuerdo, o casi siempre / siempre) a preguntas formuladas en positivo. Y también respuestas negativas (muy en desacuerdo / en desacuerdo, o nunca / raramente) a preguntas formuladas en negativo

3. Análisis por Áreas Temáticas, donde agruparemos las distintas dimensiones que la forman para describir sus resultados.

Resultados por Áreas Temáticas

Se han agrupado las diferentes dimensiones según sus áreas temáticas. Se han categorizado las respuestas posibles de cada una de las preguntas de cada dimensión, agrupándolas (sumando las respuestas negativas, neutras y positivas de todas las preguntas de las dimensiones englobadas por cada área temática) de la siguiente manera:

Respuesta desfavorable: respuesta negativa (muy en desacuerdo / en desacuerdo, o nunca / raramente) a preguntas formuladas en positivo. Y también respuestas positivas (de acuerdo / muy de acuerdo, o casi siempre / siempre) a preguntas formuladas en negativo.

Respuesta neutra: respuestas neutrales.

Respuestas favorables: respuesta positivas (de acuerdo / muy de acuerdo, o casi siempre / siempre) a preguntas formuladas en positivo. Y también respuestas negativas (muy en desacuerdo / en desacuerdo, o nunca / raramente) a preguntas formuladas en negativo.

Las tres áreas temáticas son:

A. RESULTADOS DE CS.

B. DIMENSIÓN DE LA CS A NIVEL SERVICIO / UNIDAD

C. DIMENSIONES DE LA CS A NIVEL HOSPITAL

4. Análisis Inferencial donde compararemos las respuestas de los participantes sobre las distintas dimensiones según los las tres áreas de trabajo en los que se han agrupado los distintos servicios a los que pertenecen los participantes.

Para obtener los resultados por Áreas de Trabajo se han agrupado los distintos servicios/unidades en tres grupos: Hospitalización, Servicios Especiales (SSEE) Y Servicios Centrales (SSCC).

HOSPITALIZACIÓN

1. Cardiología
2. Cirugía
3. Ginecología
4. Obstetricia.
5. Medicina Interna
6. Neonatología
7. Pediatría
8. Neumología
9. Neurología
10. Pediatría

11. Pool
12. Salud Mental
13. Traumatología
14. Urología
15. Otros

SERVICIOS ESPECIALES

1. C .Externas.
2. Cuidados paliativos
3. Farmacia
4. Oncología
5. Radioterapia
6. Urgencias

SERVICIOS CENTRALES

1. Anestesia
2. Dirección de Salud
3. Esterilización
4. Hematología
5. Laboratorio
6. Quirófano
7. Radiología
8. UCI.

Resultados de Estadística Inferencial: Comparación de Proporciones

Objetivo: ante cada una de las preguntas realizadas, ¿respondieron de manera similar según el área de atención al que pertenecía el enfermero (SSCC, SSEE, Hospitalización).

Test estadístico empleado y justificación: se crearon tablas de contingencia y se empleó el test de comparación de proporciones de la Chi-cuadrado, debido a que el tamaño de muestra fue superior a 30 y las frecuencias esperadas fueron superiores a 5. Además, el test de la Chi-cuadrado nos permite la comparación de tres o más proporciones independientes, tal y como fue nuestro caso (se crearon tablas de contingencia de 3 x 3).

7. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

7. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

El análisis de los resultados se ha agrupado en cuatro apartados:

1. Análisis de cada uno de los ítems asociados por dimensiones, donde describiremos las respuestas de cada uno de ellos.
2. Análisis de Dimensiones donde agruparemos los distintos ítems que la componen para describir sus resultados.
3. Análisis por Áreas Temáticas, donde agruparemos las distintas dimensiones que la forman para describir sus resultados.
4. Análisis Inferencial donde compararemos las respuestas de los participantes sobre las distintas dimensiones según los tres áreas de trabajo en los que se han agrupado los distintos servicios a los que pertenecen los participantes.

7.1 ANÁLISIS DE CADA UNO DE LOS ÍTEMNS ASOCIADOS POR DIMENSIONES, DONDE DESCRIBIREMOS LAS RESPUESTAS DE CADA UNO DE ELLOS.

A. RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD

Dimensión 1: “Frecuencia de eventos notificados”

Esta dimensión mide la percepción de la frecuencia de notificación de eventos o errores que no producen efectos adversos a través de tres preguntas 40, 41 y 42.

PREGUNTA 40: Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.

El 50,8% de los encuestados han respondido que siempre o casi siempre hacen notificaciones de los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente, el 33,9% a veces y el 15,3% que nunca o casi nunca (Fig. 25).

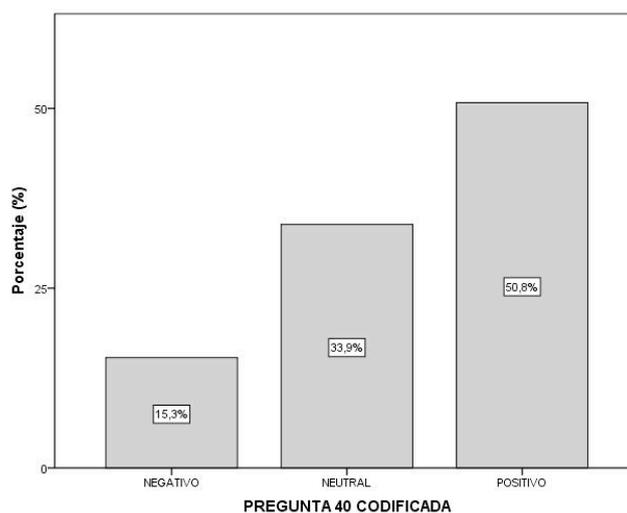


Figura 25: porcentaje de respuesta a la pregunta 40.

PREGUNTA 41: Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente

El 49,5% de la Enfermería notifica siempre o casi siempre los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente, el 33,9% a veces y el 20,8% nunca o casi nunca (Fig. 26).

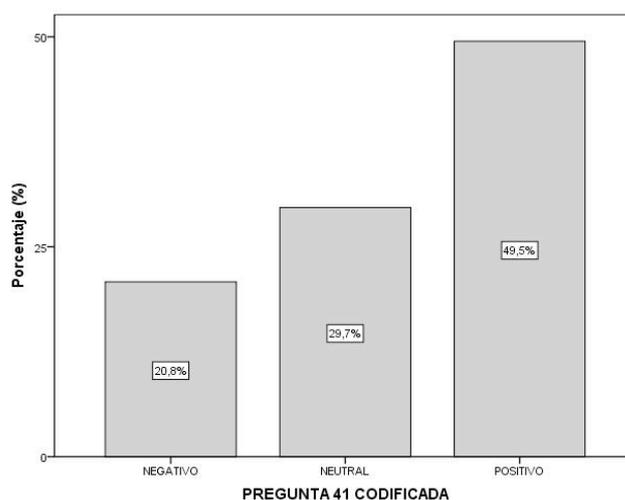


Figura 26: porcentaje de respuesta a la pregunta 41.

PREGUNTA 42: Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.

El 52,1% de los participantes notifican siempre o casi siempre los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente, el 32,8 a veces y el 15,1% nunca o casi nunca (Fig. 27).

PREGUNTA 42 CODIFICADA

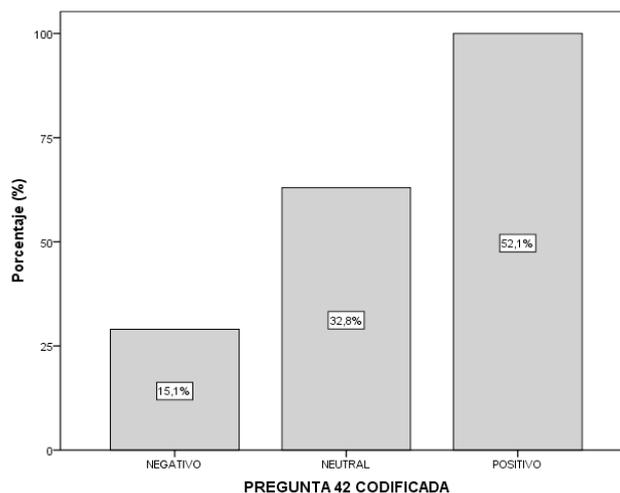


Figura 27: porcentaje de respuesta a la pregunta 42

Dimensión 2: “Percepción de seguridad”

Esta dimensión mide la percepción del compromiso de la unidad con SP mediante el planteamiento de 4 preguntas.

PREGUNTA 15: Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.

El 56,8% de las respuestas recogen que nunca o casi nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente, el 25,5% dice que siempre o casi siempre y el 17,7% a veces (Fig. 28).

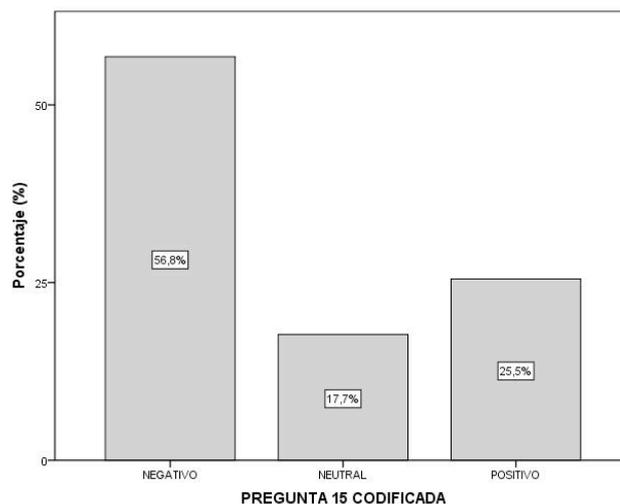


Figura 28: porcentaje de respuestas a la pregunta 15.

PREGUNTA 18: Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.

El 65,1% de la Enfermería ha respondido que sus procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia, el 17,7% ha dicho que no y el 17,2% a veces (Fig. 29).

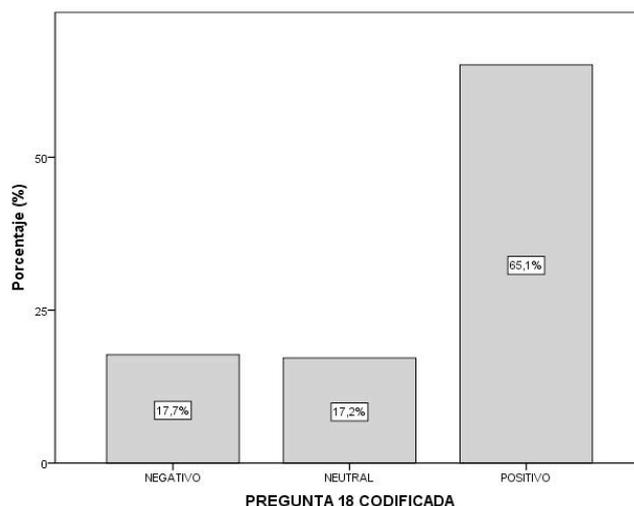


Figura 29: porcentaje de respuestas a la pregunta 18.

PREGUNTA 10: No se producen más fallos por casualidad.

El 41% responde que siempre o casi siempre no se producen más fallos por casualidad, el 38,5% que nunca o casi nunca y el 20,3% a veces (Fig. 30).

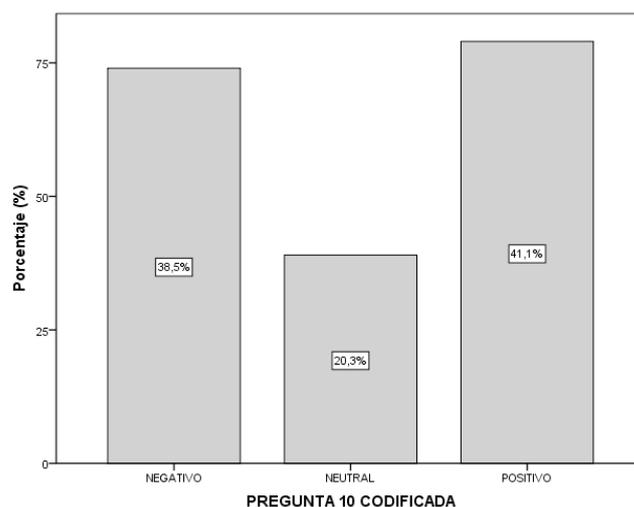


Figura 30: porcentaje de respuestas a la pregunta 10.

PREGUNTA 17: En esta unidad hay problemas relacionados con la “Seguridad del paciente”.

El 50% de los encuestados han respondido que en su unidad nunca o casi nunca hay problemas relacionados con la Seguridad del Paciente, el 34,4 dice que siempre o casi siempre y 15,6% a veces (Fig. 31).

PREGUNTA 17

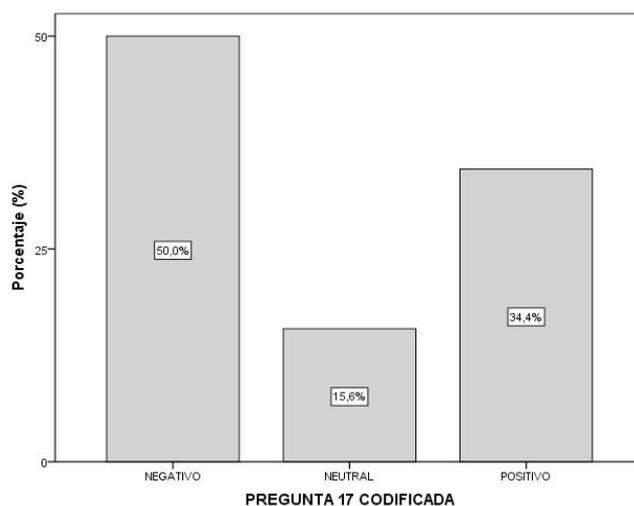


Figura 31: porcentaje de respuestas a la pregunta 17

B. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDAD/SERVICIO

Dimensión 3: “Expectativas y acciones de la supervisión que favorecen la seguridad”

Esta dimensión mide la percepción de la relación entre las supervisoras y la SP a través de 4 preguntas.

PREGUNTA 19: Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.

El 65,6% de la Enfermería comenta que siempre o casi siempre su superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentan evitar riesgos en la seguridad del paciente, el 19,3% a veces y el 15,1% que nunca o casi nunca (Fig. 32).

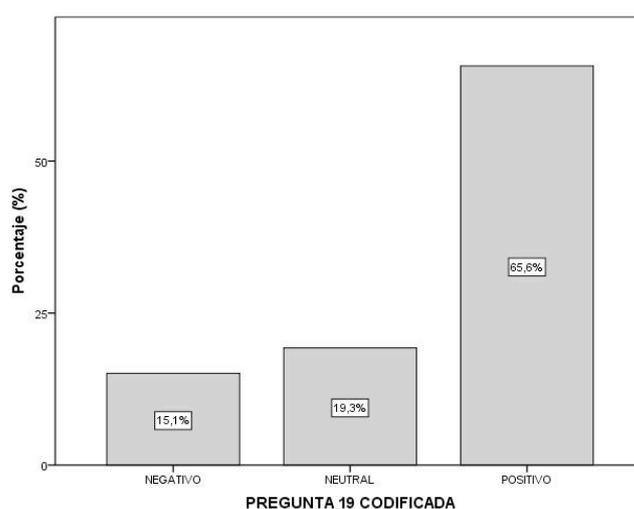


Figura 32: porcentaje de respuestas a la pregunta 19.

PREGUNTA 20: Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que de seguridad hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.

El 70,8% ha respondido que su superior/jefe siempre o casi siempre tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que de seguridad hace el personal para mejorar la seguridad del paciente, el 19,8% a veces y el 9,4% a veces (Fig. 33).

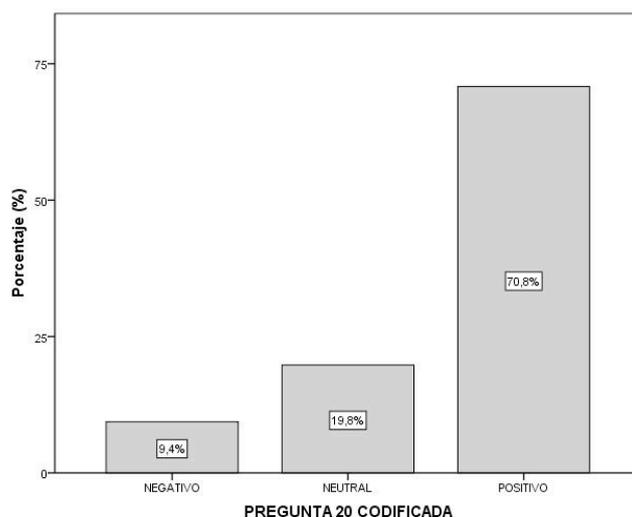


Figura 33: porcentaje de respuestas a la pregunta 20.

PREGUNTA 21: Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.

El 66,1% de los encuetados dicen que nunca o casi nunca cuando aumenta la presión del trabajo, su superior/jefe pretende que trabajen más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente, el 20,8% que a veces y el 13% que siempre o casi siempre (Fig. 34).

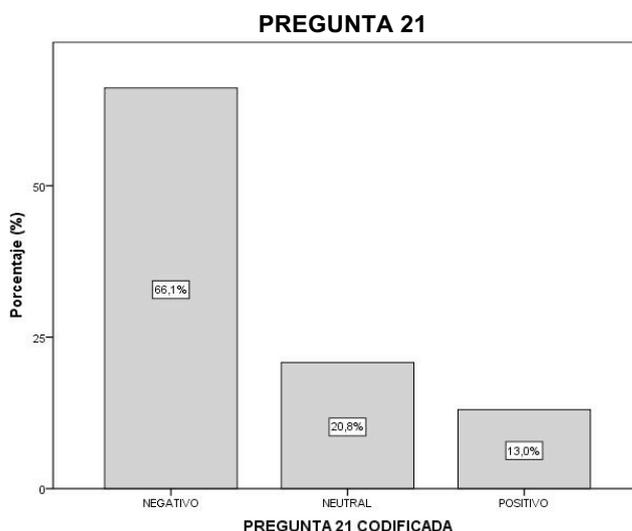


Figura 34: porcentaje de respuestas a la pregunta 2.

PREGUNTA 22: mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.

El 75% de la Enfermería ha respondido que nunca o casi nunca su superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente, el 14,6% que a veces y el 10,4% que siempre o casi siempre (Fig. 35).

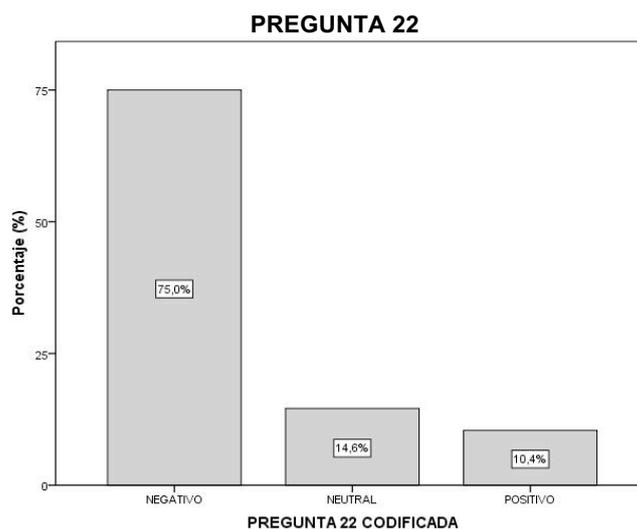


Figura 35: porcentaje de respuestas a la pregunta 22.

Dimensión 4: “Aprendizaje organizacional/Mejora continua”.

Esta dimensión mide las actividades y medidas dirigidas a asegurar la mejora en SP mediante el planteamiento de tres preguntas.

PREGUNTA 6: Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente

El 58,9% de los encuestados comenta que siempre o casi siempre tienen actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente, el 22,4% que nunca o casi nunca y el 18,8% que a veces (Fig. 36).

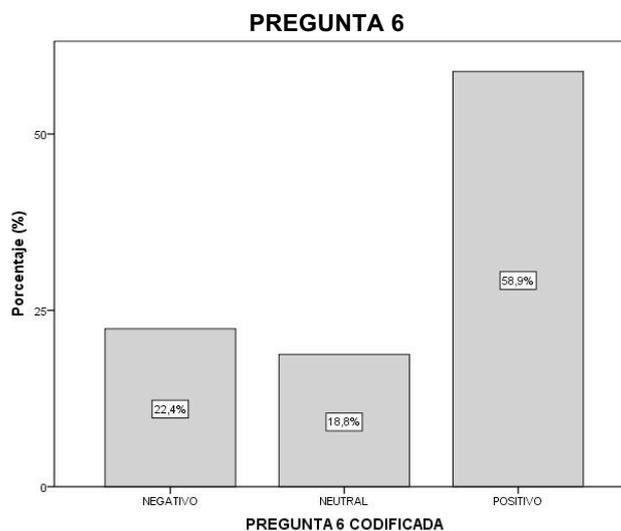
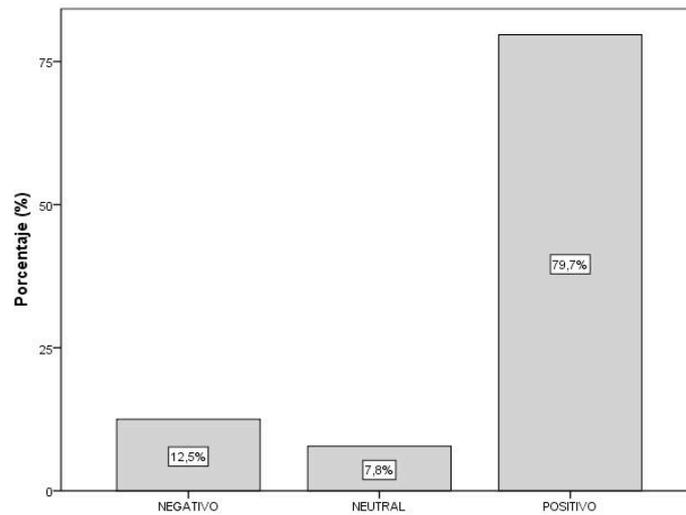


Figura 36: porcentaje de respuestas a la pregunta 6.

PREGUNTA 9: Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.

El 79,7% de los encuestados dicen que siempre o casi siempre cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas

para evitar que ocurra de nuevo, el 12,5% que nunca o casi nunca y el 7,8% a veces (Fig. 37).



PREGUNTA 13: Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.

El 51% ha respondido siempre o casi siempre que los cambios que se hacen para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad, el 24,5% que nunca o casi nunca y también el 24,5% a veces (Fig. 38).

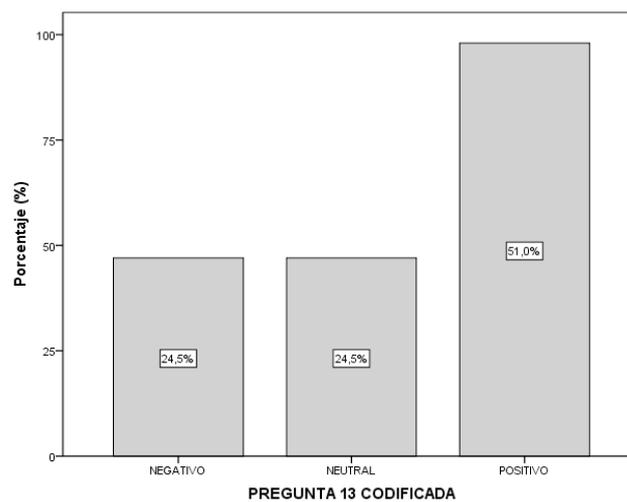


Figura 38: porcentaje de respuestas a la pregunta 13.

Dimensión 5: “Trabajo en equipo dentro de la unidad”.

Esta dimensión mide el trabajo en equipo en la unidad a través de 4 preguntas que obtienen todas ellas un porcentaje superior de respuestas positivas.

PREGUNTA 1: El personal se apoya mutuamente.

El 81,3% ha respondido siempre o casi siempre el personal se apoya mutuamente, el 10,9% que nunca o casi nunca y el 7,8% a veces (Fig. 39).

PREGUNTA 1

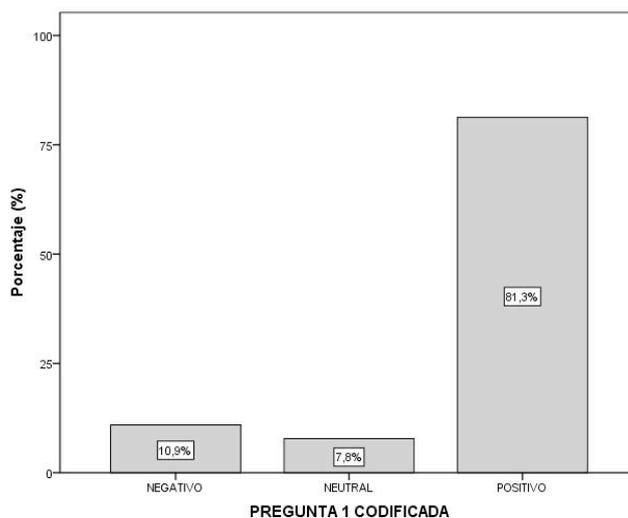


Figura 39: porcentaje de respuestas a la pregunta 1.

PREGUNTA 3: Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.

El 74,5% de los participantes han comentado que cuando tienen mucho trabajo, siempre o casi siempre colaboran todos como un equipo para poder terminarlo, el 15,6% que a veces y el 9,9%.nunca o casi nunca (Fig. 40).

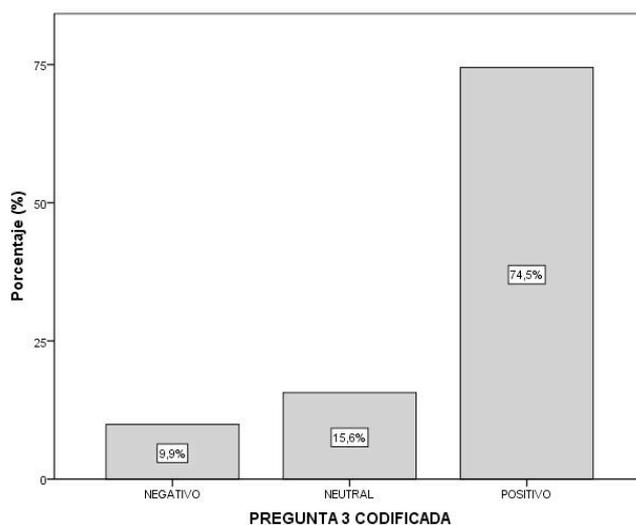


Figura 40: porcentaje de respuestas a la pregunta 3.

PREGUNTA 4: En esta unidad nos tratamos todos con respeto.

El 69,8% dicen que siempre o casi siempre han respondido que en su unidad se tratan todos con respeto, el 17,7% que nunca o casi nunca y el 12,5% que a veces (Fig. 41).

PREGUNTA 4

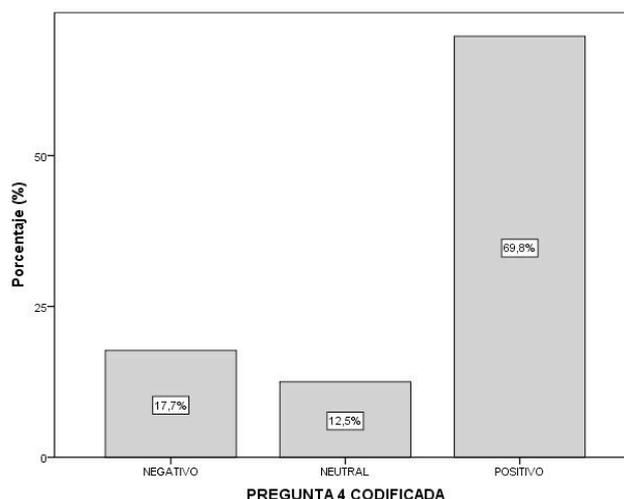


Figura 41: porcentaje de respuestas a la pregunta 4.

PREGUNTA 11: Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.

El 77,1% de los encuestados han respondido que siempre o casi siempre cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros, el 15,1% a veces y el 7,8% que nunca o casi nunca (Fig. 42).

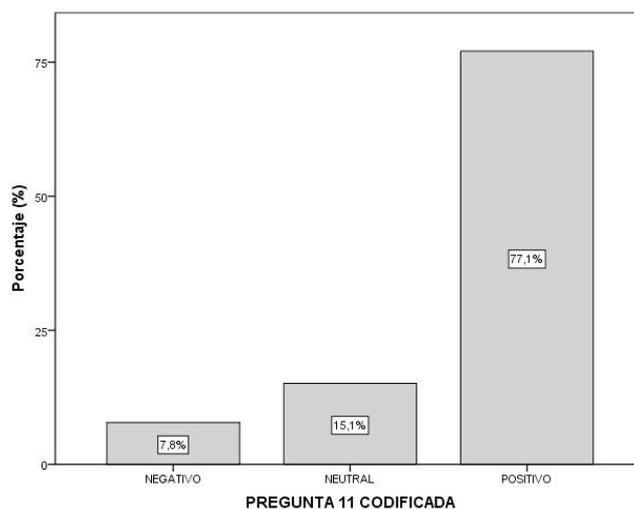


Figura 42: porcentaje de respuestas a la pregunta 11.

Dimensión 6: “Franqueza en la comunicación”.

Esta dimensión mide la comunicación en torno a comunicación en la atención sanitaria entre el personal mediante tres preguntas.

PREGUNTA 35: Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.

El 66,7% de los profesionales han respondido que siempre o casi siempre cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el

paciente, habla de ello con total libertad, el 25,5% a veces y el 7,8% que nunca o casi nunca (Fig. 43).

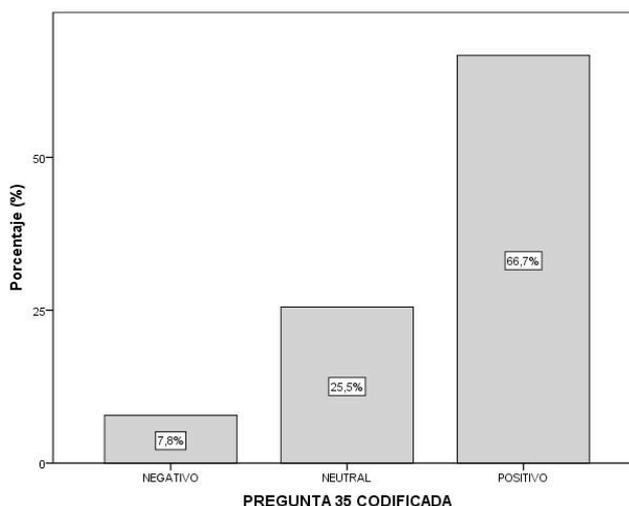


Figura 43: porcentaje de respuestas a la pregunta 35.

PREGUNTA 37: El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.

La respuesta con respecto a que el personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores el 45,8% ha respondido que a veces, el 30,2% que siempre o casi siempre y el 24% que nunca o casi nunca (Fig. 44).

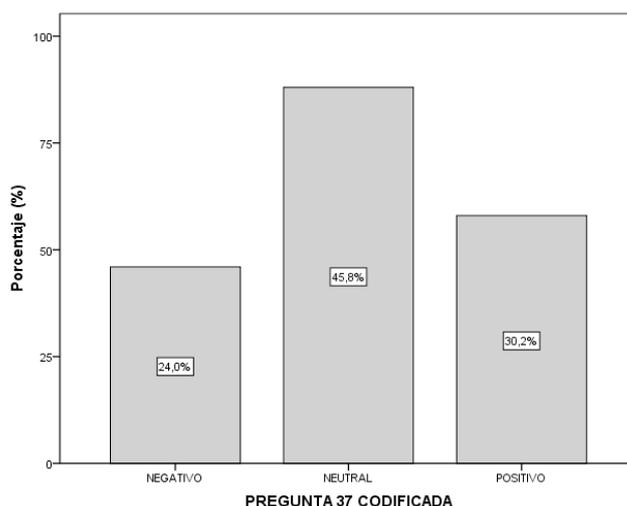


Figura 44: porcentaje de respuestas a la pregunta 37.

PREGUNTA 39: El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.

El 54,2% han respondido que nunca o casi nunca el personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta, el 30,2% a veces y el 15,6% siempre o casi siempre (Fig. 45).

PREGUNTA 39

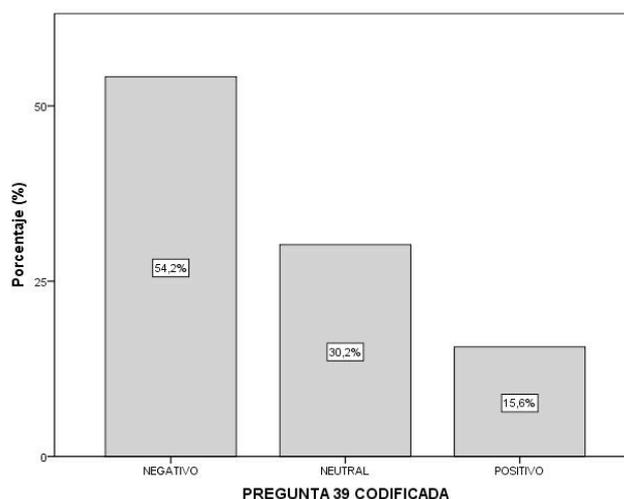


Figura 45: porcentaje de respuestas a la pregunta 39.

Dimensión 7: “Feed-back y comunicación sobre errores”.

Esta dimensión mide el feed-back y la comunicación una vez acontecido un error en una unidad a través de tres preguntas.

PREGUNTA 34: Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.

El 40,63% de la Enfermería dicen que siempre o casi siempre cuando notifican algún incidente, se les informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo, el 32,29% a veces y el que 27,8% nunca o casi nunca (Fig. 46).

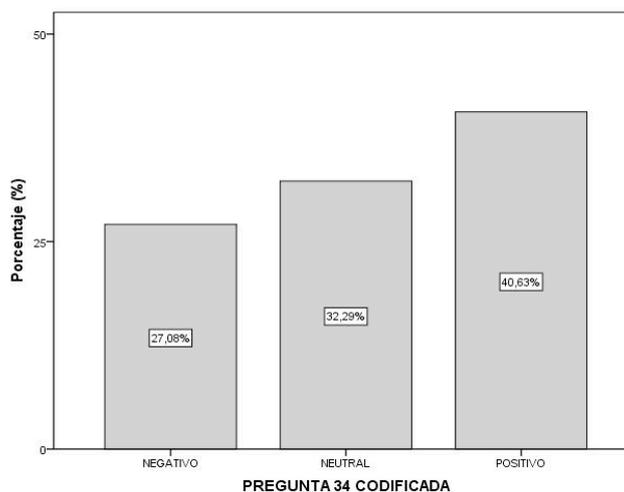


Figura 46: porcentaje de respuestas a la pregunta 34.

PREGUNTA 36: se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad.

El 42,7% de los encuestados han respondido que siempre o casi siempre se les informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad, el 37,5% que a veces y el 19,8% que nunca o casi nunca (Fig. 47).

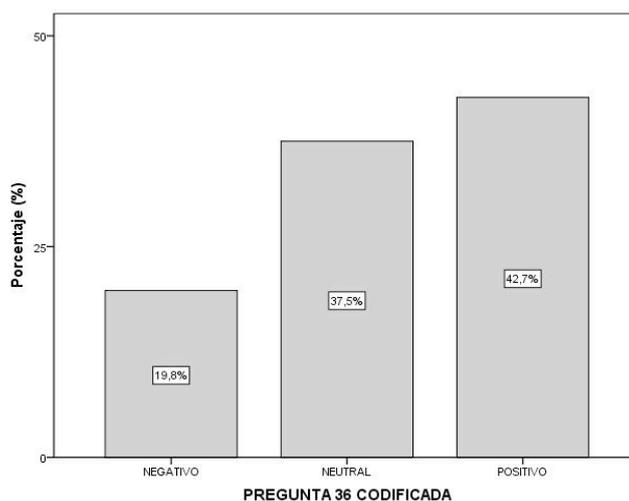


Figura 47: porcentaje de respuestas a la pregunta 36.

PREGUNTA 38: En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir

El 57,8 % de las respuestas han sido que siempre o casi siempre en su servicio/unidad discuten de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir, el 27,5% que a veces y el 14,6% que nunca o casi nunca (Fig. 48).

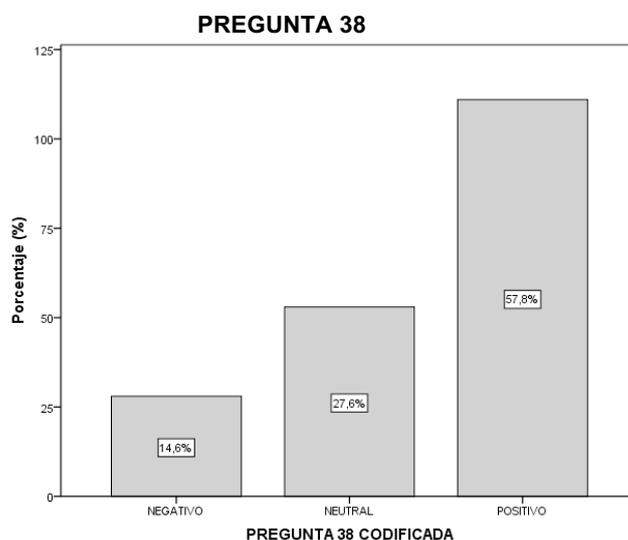


Figura 48: porcentaje de respuestas a la pregunta 38.

Dimensión 8: “Respuesta no punitiva a los errores”.

Esta dimensión mide las acciones punitivas tras cometer errores a través de las respuestas obtenidas en tres preguntas planteadas todas ellas en sentido negativo

PREGUNTA 8: Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.

El 61,5% de la Enfermería ha respondido que nunca o casi nunca si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra; el 27,6% a veces y el 10,9% siempre o casi siempre (Fig. 49).

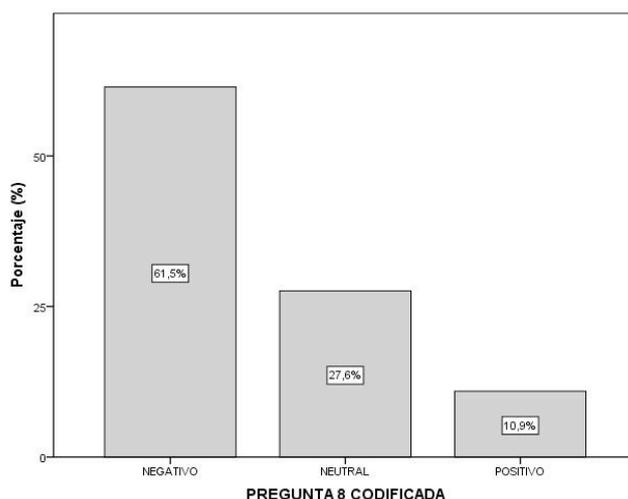


Figura 49: porcentaje de respuestas a la pregunta 8.

PREGUNTA 12: Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”.

El 51,6% dice que nunca o casi nunca, cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, se busca un “culpable”; el 25,5% que siempre o casi siempre y el 22,9% a veces (Fig. 50).

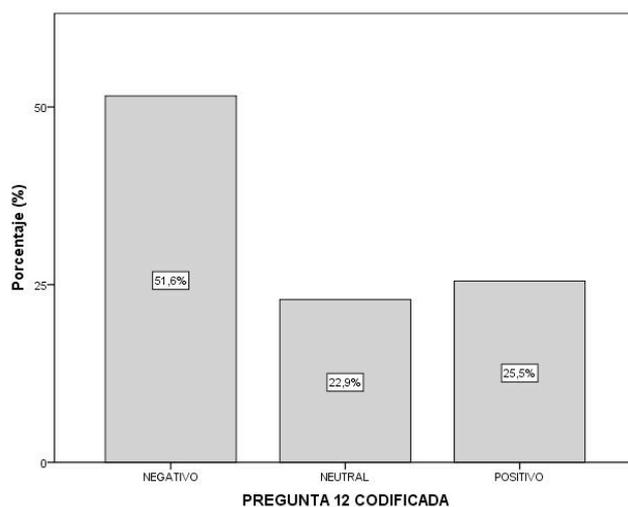


Figura 50: porcentaje de respuestas a la pregunta 12.

PREGUNTA 16: Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.

El 47,4% de los encuestados han respondido que siempre o casi siempre cuando cometen un error, el personal teme que eso quede en su expediente, el 30,7% que nunca o casi nunca y el 21,9% a veces (Fig.51).

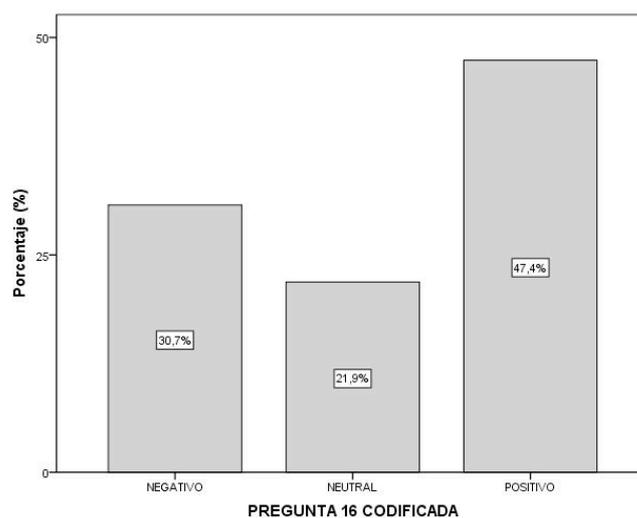


Figura 51: porcentaje de respuestas a la pregunta 16.

Dimensión 9: “Dotación de personal”.

En esta dimensión se mide la dotación de personal y su influencia sobre la atención al paciente a través de 4 preguntas.

PREGUNTA 2: Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.

Nunca o casi nunca hay suficiente personal para atender las cargas de trabajo, han dicho el 62,5% de los encuestados; el 24,5% siempre o casi siempre y el 13% a veces (Fig.52).

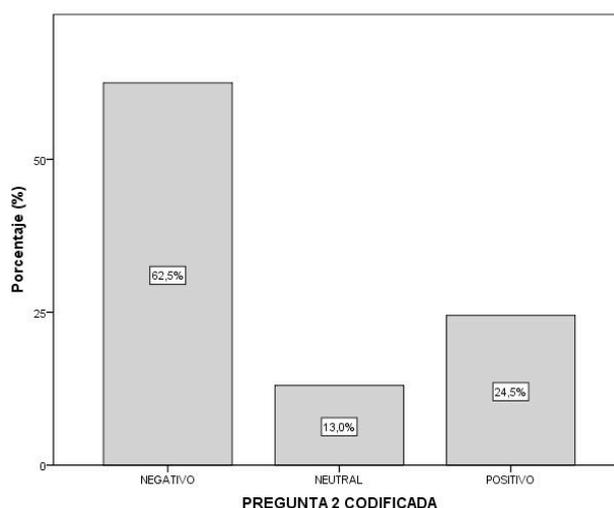


Figura 52: porcentaje de respuestas a la pregunta 2.

PREGUNTA 5: A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.

El 74,0% de los participantes han respondido que siempre o casi siempre, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora, el 16,7 % nunca o casi nunca y el 9,4% a veces (Fig. 53).

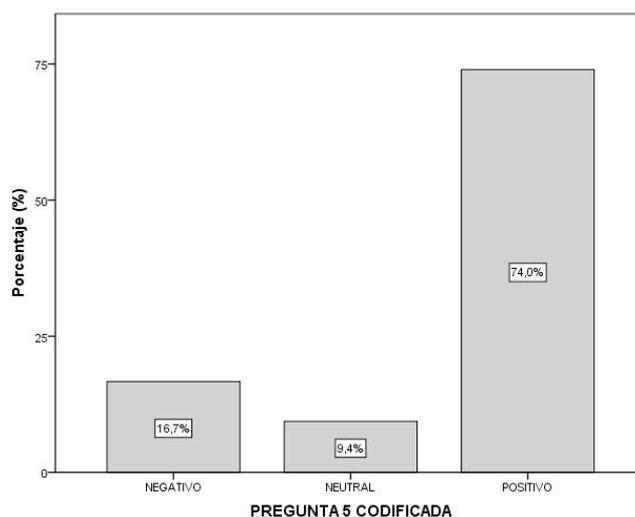


Figura 53: porcentaje de respuestas a la pregunta 5.

PREGUNTA 7: En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado sustitutos o personal temporal.

El 45,3% de los encuestados han respondido que siempre o casi siempre en ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado sustitutos o personal temporal, el 38 % que nunca o casi nunca y que el 16,7% a veces (Fig. 54).

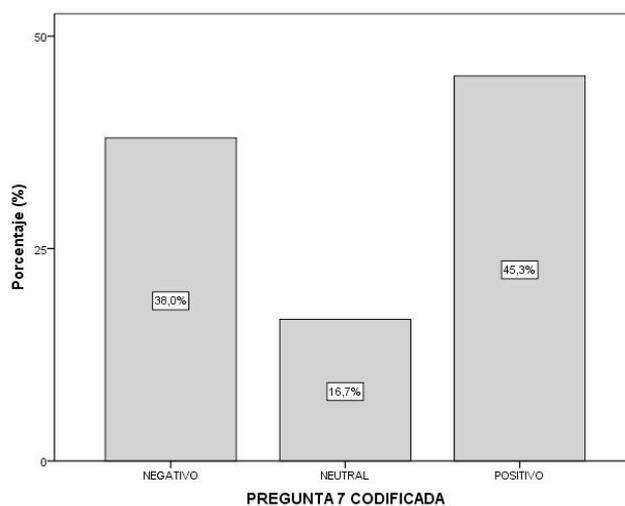


Figura 54: porcentaje de respuestas a la pregunta 7.

PREGUNTA 14: Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.

El 65,6% de los encuestados dicen que siempre o casi siempre trabajan bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa, el 19,6% a veces y el 14,6% que nunca o casi nunca (Fig.55).

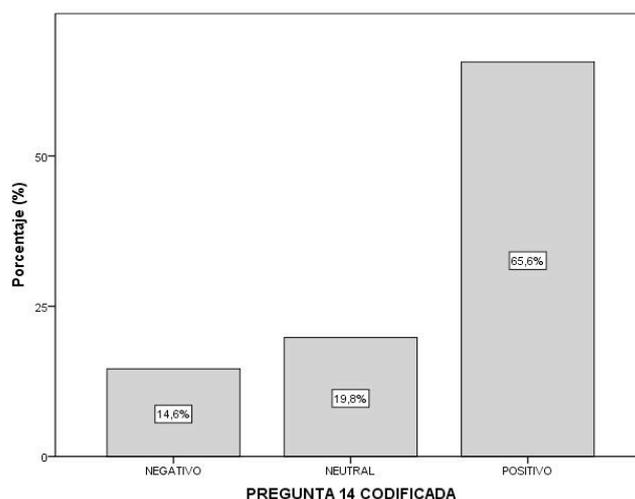


Figura 55: porcentaje de respuestas a la pregunta 14.

Dimensión 10: “Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (SP).”

En esta dimensión se mide la percepción de los mandos en relación a la SP mediante tres preguntas.

PREGUNTA 23: La gerencia o la dirección del hospital facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.

El 43,68% de los encuestados han respondido que nunca o casi nunca la gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente, el 28,42% siempre o casi siempre y el 27,89% a veces (Fig. 56).

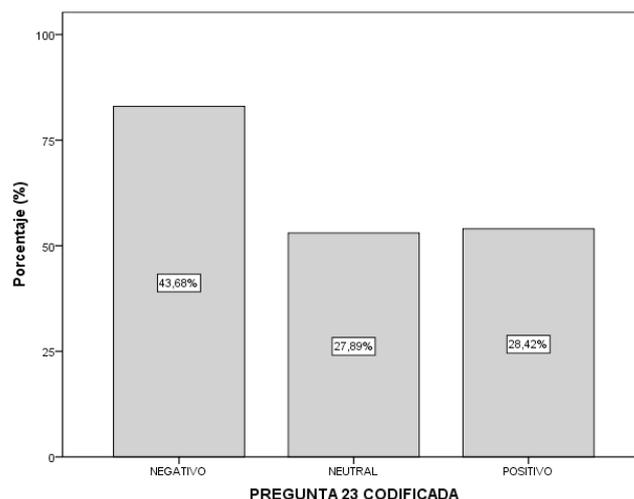


Figura 56: porcentaje de respuestas a la pregunta 23.

PREGUNTA 30: La gerencia o la dirección del hospital muestran con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.

El 34,37% de las respuestas han respondido que a veces la gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus

prioridades y el 32,81% siempre o casi siempre y el 32,81% que nunca o casi nunca (Fig. 57).

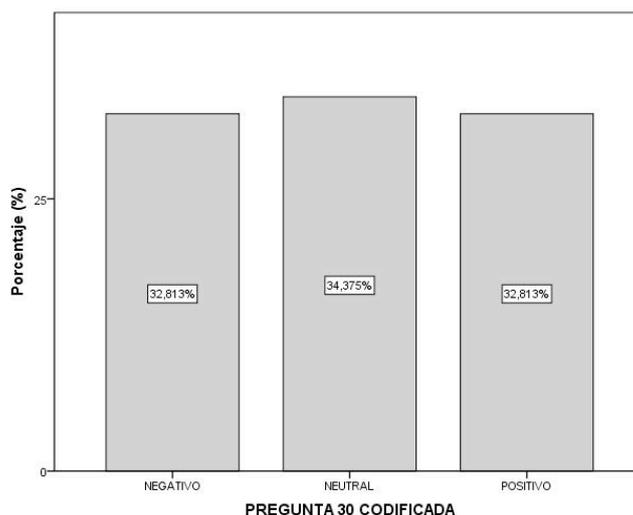


Figura 57: porcentaje de respuestas a la pregunta 30.

PREGUNTA 31: La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.

El 46,4% opina que siempre o casi siempre la gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente, el 30,7% que a veces y el 22,9% que nunca o casi nunca (Fig.58).

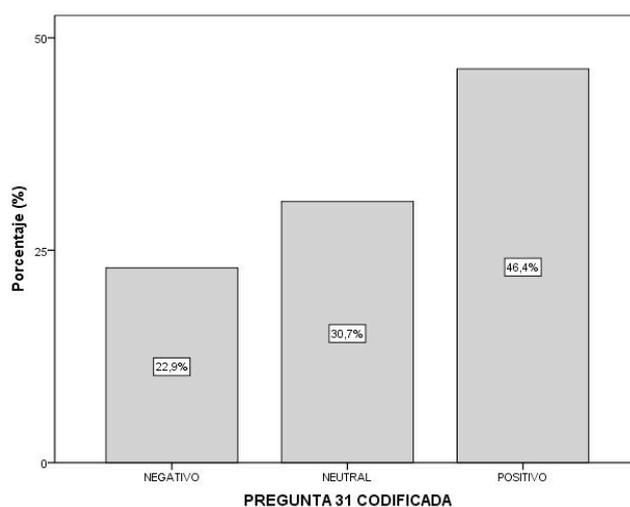


Figura 58: porcentaje de respuestas a la pregunta 31.

C. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL

Dimensión 11. Trabajo en equipo entre unidades (Agrupa 4 ítems)

PREGUNTA 26: Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.

El 52,1% de los encuestados han respondido que siempre o casi siempre hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente, el 27,1% a veces y el 20,8% que nunca o casi nunca (Fig. 59).

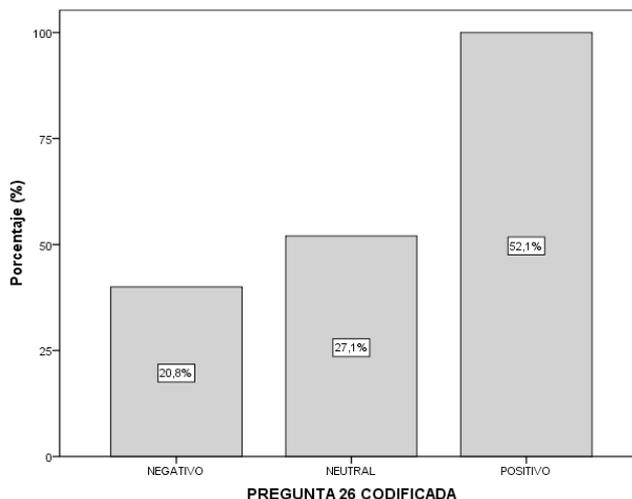


Figura 59: porcentaje de respuestas a la pregunta 26.

PREGUNTA 32: Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible.

El 44,27% de los encuestados opinan que siempre o casi siempre los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible, el 29,69% a veces y el 26,04% que nunca o casi nunca (Fig. 60).

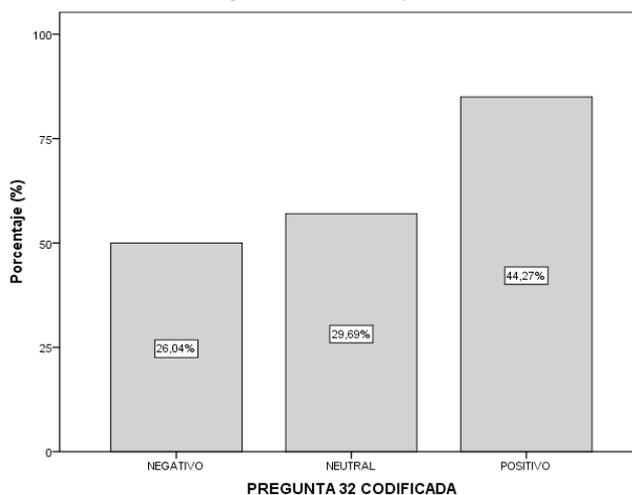


Figura 60: porcentaje de respuestas a la pregunta 32.

PREGUNTA 24: Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.

El 42,19% han contestado que siempre o casi siempre las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas, el 29,69% que nunca o casi nunca y el 28,13% a veces (Fig. 61).

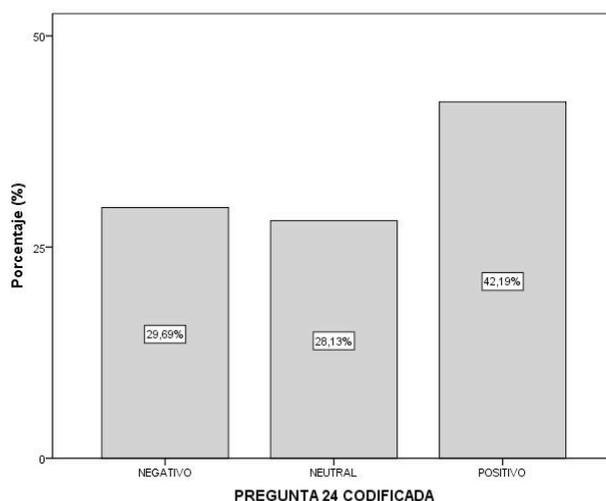


Figura 61: porcentaje de respuestas a la pregunta 24

PREGUNTA 28: Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/Unidades.

El 47,4% de los encuestados dicen que nunca o casi nunca suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/Unidades, el 28,1% que siempre o casi siempre y el 24,5% a veces (Fig. 62).

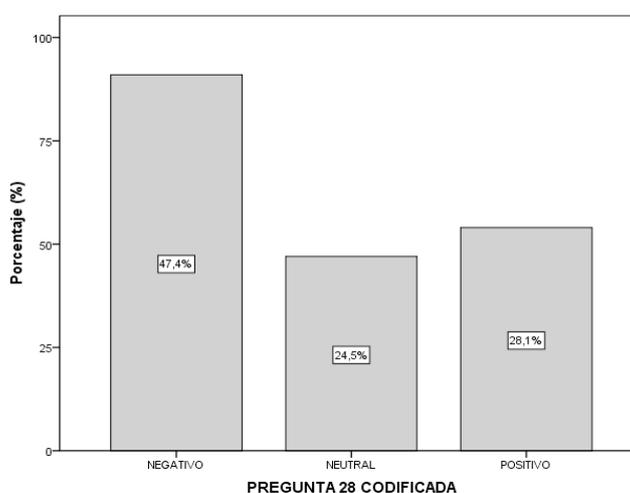


Figura 62: porcentaje de respuestas a la pregunta 28.

Dimensión 12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades (Agrupa 4 ítems)

PREGUNTA 25: La información de los paciente se pierde, en parte, cuando éstos se transfiere desde una unidad /servicio a otra.

El 41,15% han respondido que nunca o casi nunca la información de los paciente se pierde, en parte, cuando éstos se transfiere desde una unidad /servicio a otra, el 36,98% que siempre o casi siempre y el 21,88% a veces (Fig. 63).

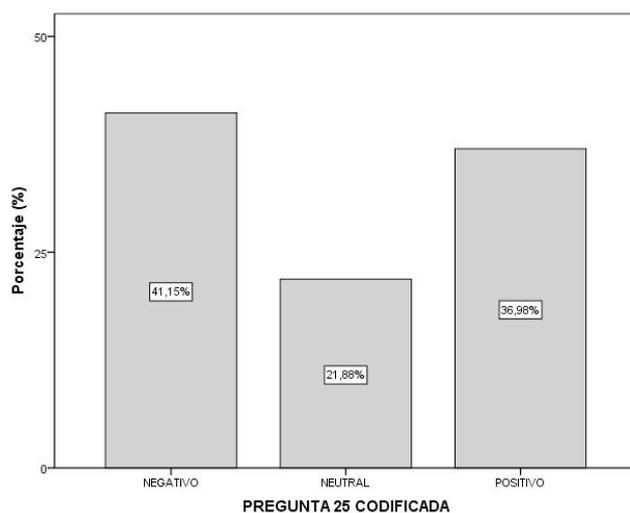


Figura 63: porcentaje de respuestas a la pregunta 25.

PREGUNTA 27: En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.

El 47,9% de la Enfermería ha respondido que que nunca o casi nunca en los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente, el 33,3% siempre o casi siempre y el 18,8% a veces (Fig. 64).

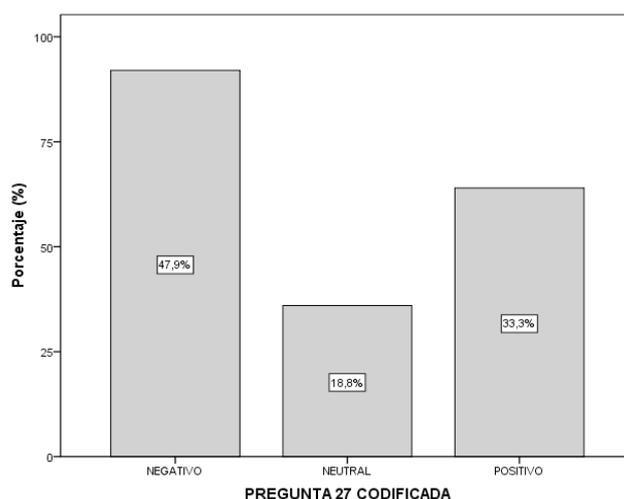


Figura 64 : porcentaje de respuestas a la pregunta 27.

PREGUNTA 29: El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.

El 45,9% han respondido que nunca o casi nunca el intercambio de información entre los diferentes servicios no es habitualmente problemático, el 31,3% que a veces y el 22,9% que siempre o casi siempre (Fig. 65).

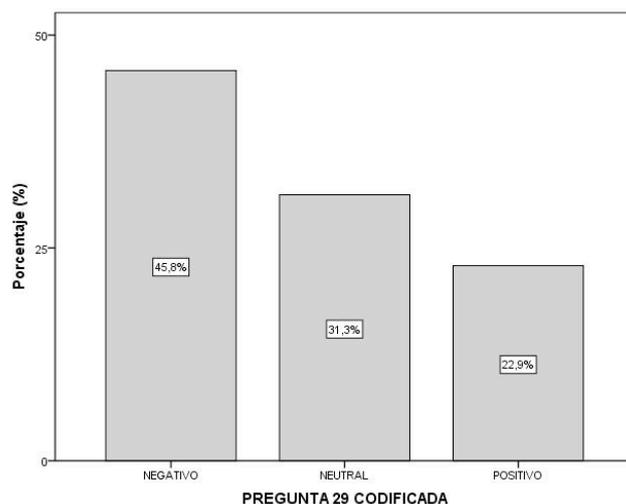


Figura 65: porcentaje de respuestas a la pregunta 29

PREGUNTA 33: Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turnos.

El 52,6% dicen que nunca o casi nunca surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno, el 28,6% a veces y el 18,8% siempre o casi siempre (Fig. 66).

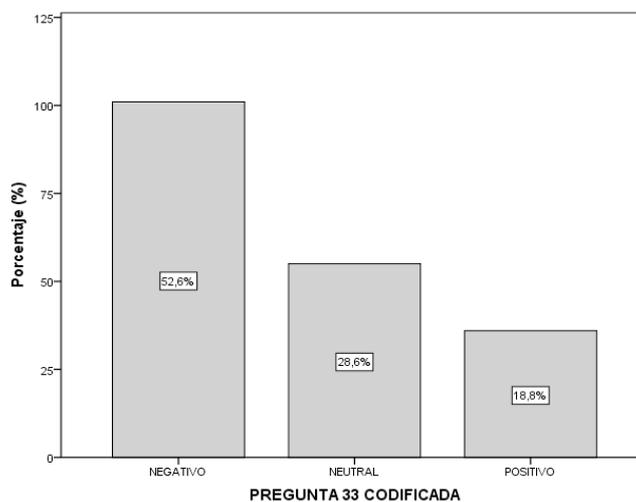


Figura 66: porcentaje de respuestas a la pregunta 33.

D. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

PREGUNTA 43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad (0 = mínima seguridad, 10 = máxima seguridad).

Con respecto a la calificación de SP en su Unidad/Servicio el 45,4% la sitúan entre un 6 y un 7 (Tab. 13).

Tabla 13: porcentajes de la pregunta 43.

PREGUNTA 43

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	1	,5	,5	,5
	10	7	3,6	3,6	4,2
	2	1	,5	,5	4,7
	3	4	2,1	2,1	6,8
	4	5	2,6	2,6	9,4
	4.5	1	,5	,5	9,9
	5	29	15,1	15,1	25,0
	5.5	2	1,0	1,0	26,0
	6	41	21,4	21,4	47,4
	6.5	3	1,6	1,6	49,0
	7	43	22,4	22,4	71,4
	7.5	2	1,0	1,0	72,4
	8	27	14,1	14,1	86,5
	8.5	1	,5	,5	87,0
	9	23	12,0	12,0	99,0
	9.5	2	1,0	1,0	100,0
Total	192	100,0	100,0		

PREGUNTA 44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?.

El 13,6% de los profesionales que han colaborado en la investigación llevan trabajando en la profesión entre 16/17 años (Tab.14).

Tabla 14: porcentajes de la pregunta 44.

PREGUNTA 44

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1974	1	,5	,5	,5
	1976	3	1,6	1,6	2,1
	1977	3	1,6	1,6	3,6
	1978	3	1,6	1,6	5,2
	1979	5	2,6	2,6	7,8
	1980	6	3,1	3,1	10,9
	1981	4	2,1	2,1	13,0
	1982	4	2,1	2,1	15,1
	1983	2	1,0	1,0	16,1
	1984	4	2,1	2,1	18,2
	1985	6	3,1	3,1	21,4
	1986	9	4,7	4,7	26,0
	1987	4	2,1	2,1	28,1

1988	11	5,7	5,7	33,9
1989	3	1,6	1,6	35,4
1990	2	1,0	1,0	36,5
1991	5	2,6	2,6	39,1
1992	6	3,1	3,1	42,2
1993	5	2,6	2,6	44,8
1994	12	6,3	6,3	51,0
1995	5	2,6	2,6	53,6
1996	6	3,1	3,1	56,8
1997	3	1,6	1,6	58,3
1998	6	3,1	3,1	61,5
1999	13	6,8	6,8	68,2
2000	13	6,8	6,8	75,0
2001	2	1,0	1,0	76,0
2002	6	3,1	3,1	79,2
2003	5	2,6	2,6	81,8
2004	5	2,6	2,6	84,4
2005	5	2,6	2,6	87,0
2006	6	3,1	3,1	90,1
2007	2	1,0	1,0	91,1
2008	1	,5	,5	91,7
2009	1	,5	,5	92,2
2010	2	1,0	1,0	93,2
2012	3	1,6	1,6	94,8
2013	1	,5	,5	95,3
2014	2	1,0	1,0	96,4
2015	6	3,1	3,1	99,5
2016	1	,5	,5	100,0
Total	192	100,0	100,0	

PREGUNTA 45. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital?.

Los porcentaje más alto corresponden a un 7,8% que dice que lleva trabajando 9 años y el segundo porcentaje más alto un 6,8% de respuestas recoge que llevan trabajando en el HM 27 años (Tab 15).

Tabla 15: porcentajes de la pregunta 45.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1962	1	,5	,5	,5
	1978	1	,5	,5	1,0
	1980	1	,5	,5	1,6

1981	8	4,2	4,2	5,7
1982	4	2,1	2,1	7,8
1983	4	2,1	2,1	9,9
1984	2	1,0	1,0	10,9
1986	3	1,6	1,6	12,5
1987	3	1,6	1,6	14,1
1988	4	2,1	2,1	16,1
1989	13	6,8	6,8	22,9
1990	2	1,0	1,0	24,0
1991	8	4,2	4,2	28,1
1992	4	2,1	2,1	30,2
1993	2	1,0	1,0	31,3
1994	1	,5	,5	31,8
1995	1	,5	,5	32,3
1997	3	1,6	1,6	33,9
1998	4	2,1	2,1	35,9
1999	5	2,6	2,6	38,5
2000	5	2,6	2,6	41,1
2001	4	2,1	2,1	43,2
2002	5	2,6	2,6	45,8
2003	8	4,2	4,2	50,0
2004	7	3,6	3,6	53,6
2005	10	5,2	5,2	58,9
2006	5	2,6	2,6	61,5
2007	15	7,8	7,8	69,3
2008	9	4,7	4,7	74,0
2009	1	,5	,5	74,5
2010	10	5,2	5,2	79,7
2011	7	3,6	3,6	83,3
2012	7	3,6	3,6	87,0
2013	4	2,1	2,1	89,1
2014	6	3,1	3,1	92,2
2015	9	4,7	4,7	96,9
2016	6	3,1	3,1	100,0
Total	192	100,0	100,0	

PREGUNTA 46: ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?.

El mayor número de ellos, concretamente 20 encuestados dicen haber empezado a trabajar en su unidad/servicio el año 2015 (Tab.16).

Tabla 16: porcentajes de la pregunta 46.

PREGUNTA 46					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1010	1	,5	,5	,5
	1981	3	1,6	1,6	2,1
	1983	1	,5	,5	2,6
	1985	1	,5	,5	3,1
	1988	3	1,6	1,6	4,7
	1989	4	2,1	2,1	6,8
	1990	4	2,1	2,1	8,9
	1993	2	1,0	1,0	9,9
	1994	1	,5	,5	10,4
	1997	3	1,6	1,6	12,0
	1998	1	,5	,5	12,5
	1999	2	1,0	1,0	13,5
	2000	6	3,1	3,1	16,7
	2001	3	1,6	1,6	18,2
	2002	3	1,6	1,6	19,8
	2003	8	4,2	4,2	24,0
	2004	3	1,6	1,6	25,5
	2005	10	5,2	5,2	30,7
	2006	5	2,6	2,6	33,3
	2007	9	4,7	4,7	38,0
	2008	8	4,2	4,2	42,2
	2009	13	6,8	6,8	49,0
	2010	12	6,3	6,3	55,2
	2011	8	4,2	4,2	59,4
2012	19	9,9	9,9	69,3	
2013	12	6,3	6,3	75,5	
2014	19	9,9	9,9	85,4	
2015	20	10,4	10,4	95,8	
2016	8	4,2	4,2	100,0	
Total	192	100,0	100,0		

PREGUNTA 47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital?.

El 47,9% de los encuestados trabajan a la semana 37,5 horas (Tab. 17).

Tabla 17: horas de la pregunta 47.

PREGUNTA 47					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	20	3	1,6	1,6	1,6
	24	4	2,1	2,1	3,6
	30	2	1,0	1,0	4,7
	35	37	19,3	19,3	24,0
	35-40	1	,5	,5	24,5
	35.7	1	,5	,5	25,0
	37	16	8,3	8,3	33,3
	37-5	6	3,1	3,1	36,5
	37.5	92	47,9	47,9	84,4
	37.7	2	1,0	1,0	85,4
	38	2	1,0	1,0	86,5
	39	1	,5	,5	87,0
	40	14	7,3	7,3	94,3
	42	1	,5	,5	94,8
	48	3	1,6	1,6	96,4
	50	6	3,1	3,1	99,5
	70	1	,5	,5	100,0
Total		192	100,0	100,0	

PREGUNTA 48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?.

El 85,4% de los participantes en el estudio no han comunicado ningún EA en el último año. Señalar que el 2,6% de los participantes han notificado 5 EA, un 0,5% 10 notificaciones en el último año y también un 0,5% 12 notificaciones que es el número más alto de notificaciones realizada por los participantes (Tab. 18).

Tabla 18: porcentajes de la pregunta 48.

PREGUNTA 48					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	164	85,4	85,4	85,4
	1	9	4,7	4,7	90,1
	10	1	,5	,5	90,6
	12	1	,5	,5	91,1
	2	3	1,6	1,6	92,7
	3	4	2,1	2,1	94,8
	4	2	1,0	1,0	95,8
	5	5	2,6	2,6	98,4

	6	2	1,0	1,0	99,5
	SI	1	,5	,5	100,0
	Total	192	100,0	100,0	

PREGUNTA 49: ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?.

El 95,8% de los encuestados tienen contacto directo con el paciente, frente a un 4,2% que no lo tiene.(Tab. 19).

Tabla 19: porcentajes de la pregunta 49.

PREGUNTA 49					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	8	4,2	4,2	4,2
	SI	184	95,8	95,8	100,0
	Total	192	100,0	100,0	

PREGUNTA 50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta.

La representación mayor de encuestados corresponde a Urgencias (20), Medicina Interna (20), UCI (19) y Cirugía (13),.(Tab.20),.(Tab.21).

Tabla 20: servicios participantes en el estudio

PREGUNTA 50					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ANESTESIA	3	1,6	1,6	1,6
	C.EXTERNAS	3	1,6	1,6	3,1
	CARDIOLOGIA	5	2,6	2,6	5,7
	CIRUGÍA	13	6,8	6,8	12,5
	CONSULTAS	6	3,1	3,1	15,6
	CPALIATIVOS	2	1,0	1,0	16,7
	DIRECCION DE SALUD	1	,5	,5	17,2
	DIVERSAS UNIDADES	1	,5	,5	17,7
	ESTERILIZACION	1	,5	,5	18,2
	FARMACIA	2	1,0	1,0	19,3
	GINECO	3	1,6	1,6	20,8
	HEMATOLOGÍA	4	2,1	2,1	22,9
	LABORATORIO	2	1,0	1,0	24,0
	M INTERNA	20	10,4	10,4	34,4
	NEONATOS	6	3,1	3,1	37,5
	NEUMOLOGIA	4	2,1	2,1	39,6

NEUROLOGIA	7	3,6	3,6	43,2
OBS	1	,5	,5	43,8
OBSTETRICIA	10	5,2	5,2	49,0
ONCOLOGIA	5	2,6	2,6	51,6
OTROS	2	1,0	1,0	52,6
PEDIATRIA	6	3,1	3,1	55,7
POOLL	2	1,0	1,0	56,8
QUIROFANO	12	6,3	6,3	63,0
RADIOLOGIA	2	1,0	1,0	64,1
RADIOTERAPIA	1	,5	,5	64,6
RX	2	1,0	1,0	65,6
SALUD MENTAL	7	3,6	3,6	69,3
TRAUMA	11	5,7	5,7	75,0
UCI	19	9,9	9,9	84,9
URGENCIAS	20	10,4	10,4	95,3
UROLOGIA	9	4,7	4,7	100,0
Total	192	100,0	100,0	

Tabla 21: porcentajes de la pregunta 50.

PREGUNTA 50 CODIFICADA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SERVICIOS CENTRALES	46	24,0	24,3	24,3
	SERVICIOS ESPECIALES	39	20,3	20,6	45,0
	HOSPITALIZACIÓN	104	54,2	55,0	100,0
	Total	189	98,4	100,0	
Perdidos	Sistema	3	1,6		
Total		192	100,0		

El mayor porcentaje de participantes en nuestra investigación han sido de los Servicios de Hospitalización con un 54,2%, seguido de los SSCC con un 24,0% de participación y un 20,3% de los SSEE.

PREGUNTA 51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad?

El 99% de los participantes han sido Enfermeros/as, el 1% restante han sido Supervisores (Tab. 22).

Tabla 22: porcentajes de la pregunta 51.

PREGUNTA 51					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ENFERMERO	190	99,0	99,0	99,0
	SUPERVISORA	2	1,0	1,0	100,0
	Total	192	100,0	100,0	

ANEXO: INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE SU SERVICIO/UNIDAD

PREGUNTA 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% han respondido que siempre o casi siempre 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, un 27,6 que nunca o casi nunca y el 21,4% a veces (Fig. 67).

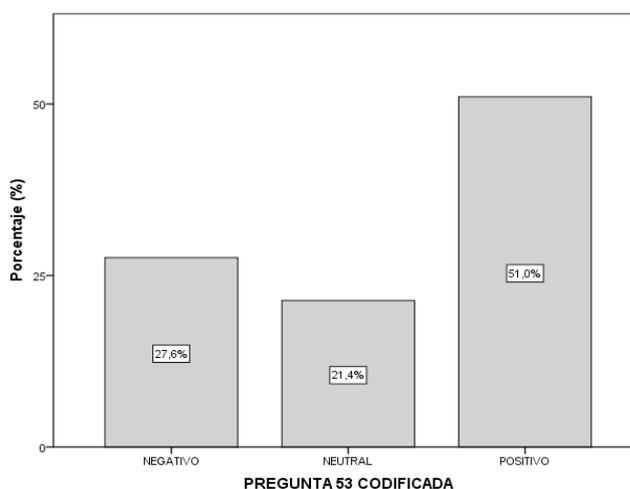


Figura 67: porcentajes de la pregunta 53.

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

El 64,7% comenta que nunca o casi nunca se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc), el 17,6% que a veces y el 17,6% que siempre o casi siempre (Fig. 68).

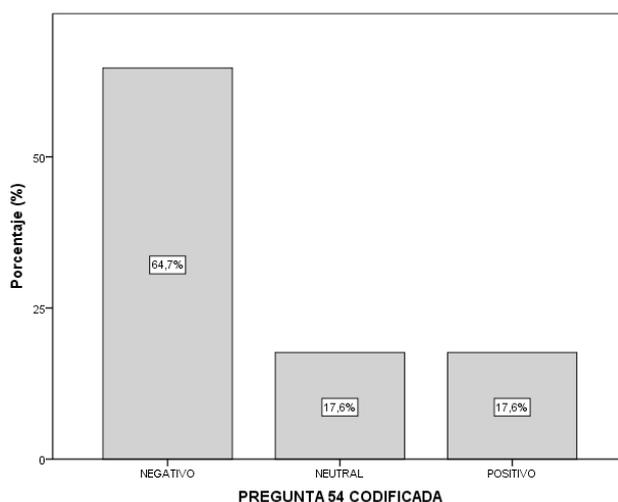


Figura 68: porcentajes de la pregunta 54.

PREGUNTA 55. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde.

El 74,7% de los encuestados han respondido que siempre o casi siempre cuando reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, las anota en el documento clínico que corresponde, el 14,5% a veces y el 10,8% nunca o casi nunca (Fig. 69).

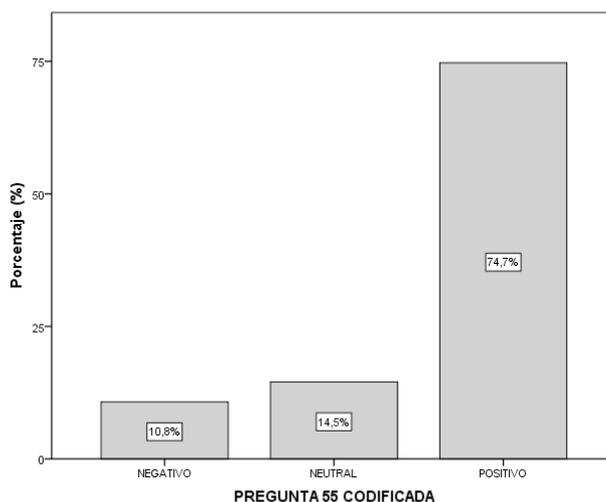


Figura 69: porcentajes de la pregunta 55.

PREGUNTA 56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.

El 69,5% de la Enfermería contesta que siempre o casi siempre antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente, el 19,3% a veces y el 11,2% que nunca o casi nunca (Fig.70).

PREGUNTA 56

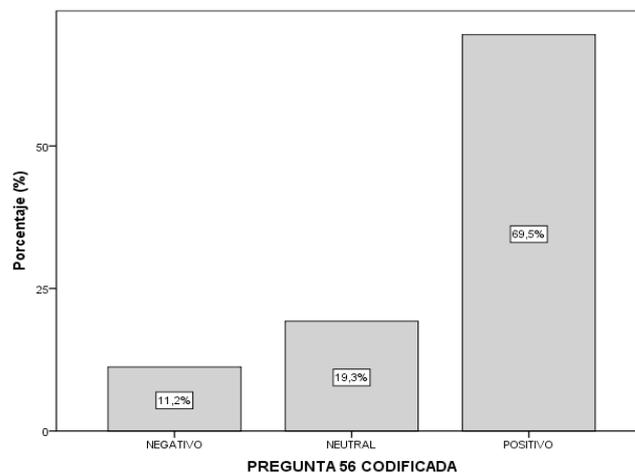


Figura 70: porcentajes de la pregunta 56.

PREGUNTA 57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.

El 67,4% de la Enfermería responde que siempre o casi siempre todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente, el 23,7% a veces y el 8,9% que nunca o casi nunca (Fig. 71).

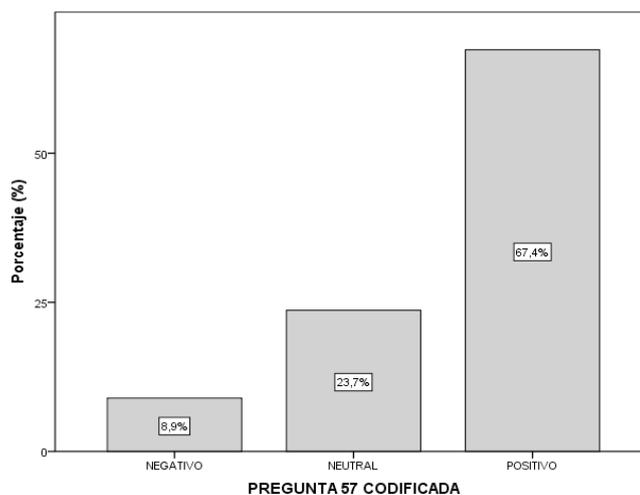


Figura 71: porcentajes de la pregunta 57.

PREGUNTA 58. 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 56,1% de las respuestas recoge que siempre o casi siempre 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 30,7% a veces y el 13,2% nunca o casi nunca (Fig.72).

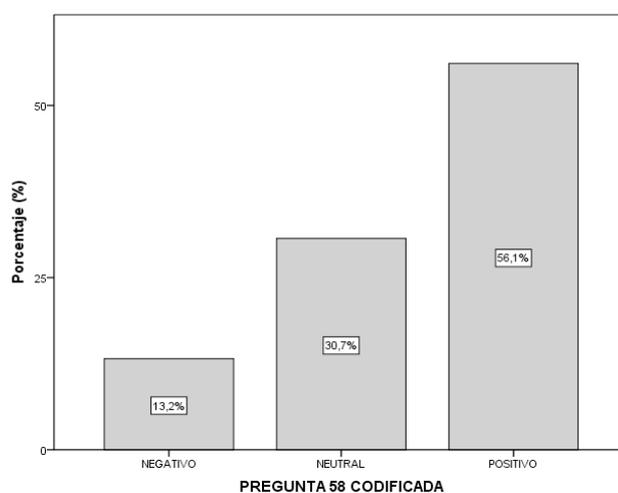


Figura 72: porcentajes de la pregunta 58.

PREGUNTA 59. Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado.

El 44,3% de las respuestas han sido siempre o casi antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado, el 31,4% que nunca o casi nunca y el 24,3% que a veces (Fig.73).

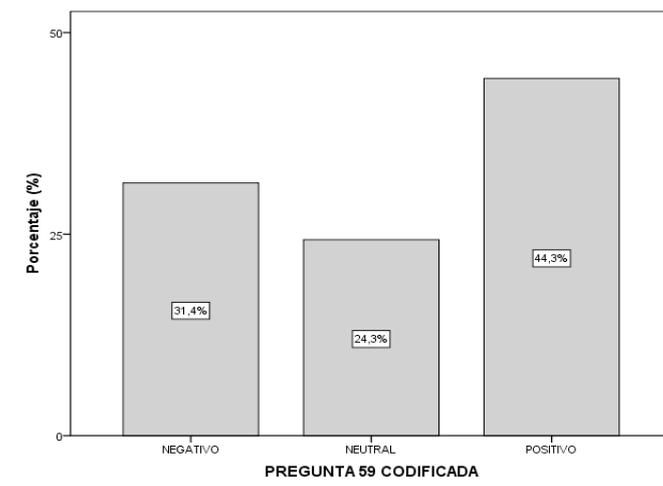


Figura 73: porcentajes de la pregunta 59

PREGUNTA 60. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales).

El 34,3% de las respuestas han sido que siempre o casi siempre en los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital, el 34,3% nunca o casi nunca y el 31,34% a veces (Fig. 74).

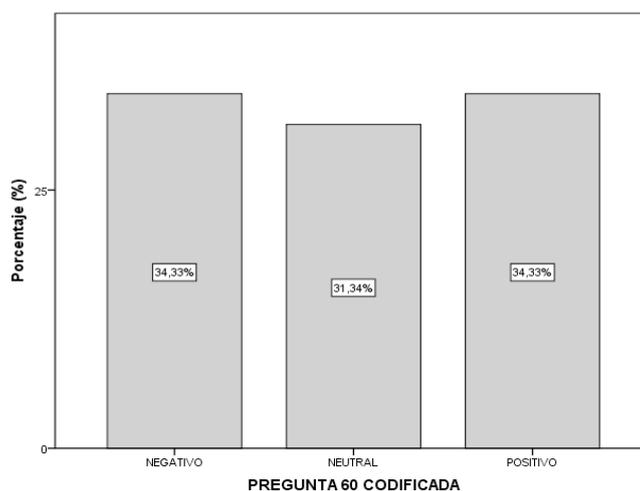


Figura 74: porcentajes de la pregunta 60

PREGUNTA 61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar sólo si en su unidad se manejan tratamientos con quimioterapia).

El 51,1% de los encuestados que manejan quimioterapia responden que nunca o casi nunca se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento, el 26,7% a veces y el 22,2% siempre o casi siempre (Fig. 75).

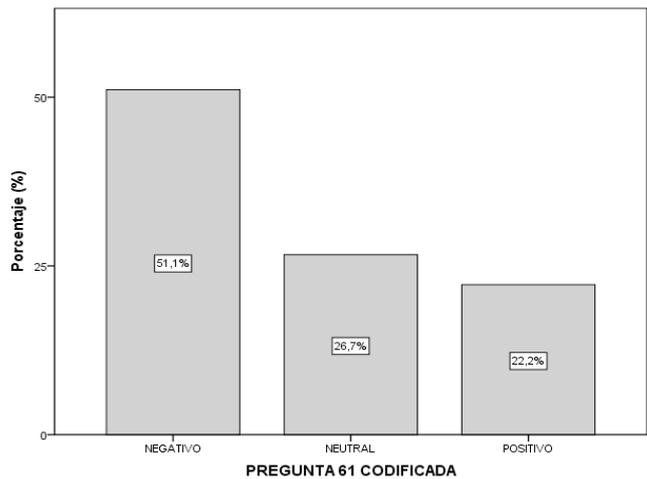


Figura 75: porcentajes de la pregunta 61

7.2 ANÁLISIS DE DIMENSIONES DONDE AGRUPAREMOS LOS DISTINTOS ÍTEMNS QUE LA COMPONEN PARA DESCRIBIR SUS RESULTADOS.

Resultados Medios por Dimensiones

Se han categorizado las respuestas posibles de cada una de las preguntas de cada dimensión, agrupándolas (sumando las respuestas negativas, neutras y positivas de todas las preguntas de cada una de las dimensiones englobadas) de la siguiente manera:

Respuesta desfavorable: respuesta negativa (muy en desacuerdo / en desacuerdo, o nunca / raramente) a preguntas formuladas en positivo. Y también respuestas positivas (de acuerdo / muy de acuerdo, o casi siempre / siempre) a preguntas formuladas en negativo.

Respuesta neutra: respuestas neutrales.

Respuestas favorables: respuesta positivas (de acuerdo / muy de acuerdo, o casi siempre / siempre) a preguntas formuladas en positivo. Y también respuestas negativas (muy en desacuerdo / en desacuerdo, o nunca / raramente) a preguntas formuladas en negativo

DIMENSIÓN 1: “FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS”

Esta dimensión hace referencia a la percepción que los encuestados tienen sobre la frecuencia de eventos notificados que no producen efectos adversos en los pacientes, mediante tres preguntas. Los resultados obtenidos son los siguientes: un 50,78% de respuestas positivas o favorables, el 32,12% tiene una percepción neutra y el 17,10% de los restantes tienen una percepción negativa. La mitad de los participantes comunican los EAs antes de ser descubiertos y corregidos, los que van a dañar al paciente y también aquellos que no les han producido daño (Fig. 76).

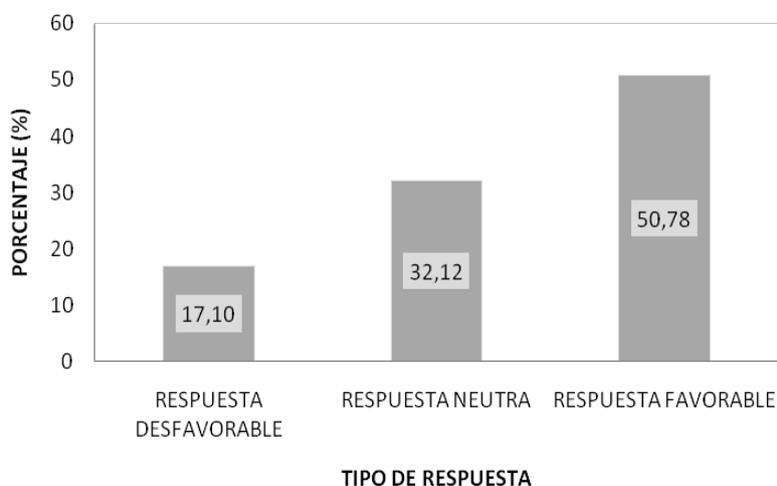


Figura 76: porcentajes de respuestas de la Dimensión 1.

DIMENSIÓN 2: “PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD”

Esta dimensión mide la percepción de los encuestados sobre el compromiso de su Unidad para con la SP, mediante cuatro preguntas. Las respuestas obtenidas son las siguientes: el 44,92% opinan que es positiva o favorable, el 37,37% tienen una percepción negativa y el 17,71% neutra (Fig 77). Una gran mayoría de los encuestados piensan que sus procedimientos y medios son buenos para evitar los EA, solo alrededor de la mitad dicen que no se suele aumentar el ritmo de trabajo si eso supone poner en riesgo la SP y que no se producen más fallos por casualidad.

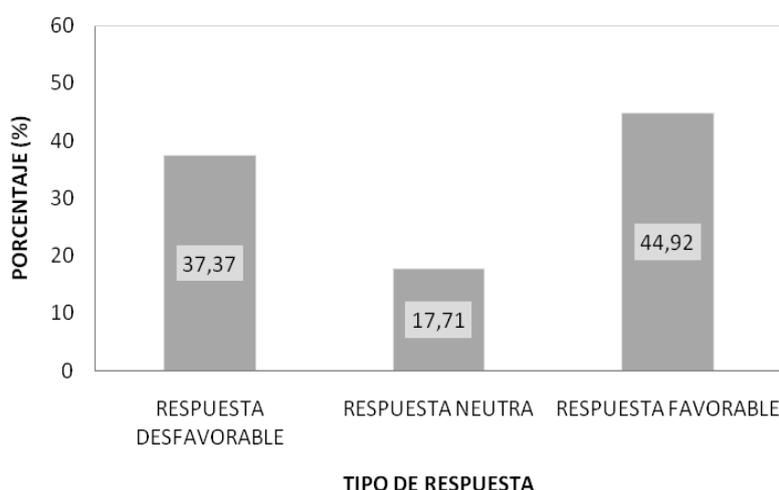


Figura 77: porcentajes de respuestas de la Dimensión 2.

DIMENSIÓN 3: “EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA SUPERVISIÓN QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD”

Los resultados obtenidos en esta dimensión reflejan la percepción que los encuestados tienen acerca de la importancia que le dan los supervisores a la SP, mediante cuatro preguntas. Las respuestas obtenidas son las siguientes: la de 69,40% es positiva o favorable, el 11,98% tienen una percepción negativa y el 18,62% neutra. La percepción de la dimensión es la segunda mejor valorada de nuestro estudio y concretamente el ítem 22: “mi superior/jefe nunca o casi pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente”, es considerado en nuestro estudio como una fortaleza de la CS (Fig. 78).

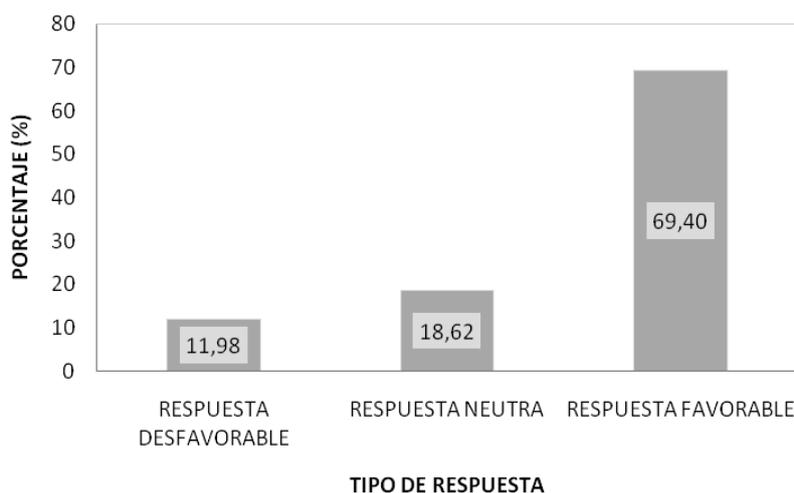


Figura 78: porcentajes de respuestas de la Dimensión 3.

DIMENSIÓN 4: “APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL/MEJORA CONTINUA”

Los resultados obtenidos en esta dimensión reflejan la percepción que los encuestados tienen a cerca de las actividades y medidas dirigidas a garantizar la SP a través de tres preguntas. Las respuestas obtenidas son las siguientes: la del 63,19% son positivas o favorables, el 19,79% tienen una percepción negativa y el 17,01% neutra ((Fig 79). La valoración de esta dimensión es moderadamente buena y la pregunta 9, “cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo”, es una fortaleza en sí misma ya que el 79,7% de respuestas son positivas. También perciben que la organización tiene una actitud proactiva en lo relacionado con la SP organizando actividades dirigidas a mejorarla y evaluando los cambios que se hacen para garantizarla.

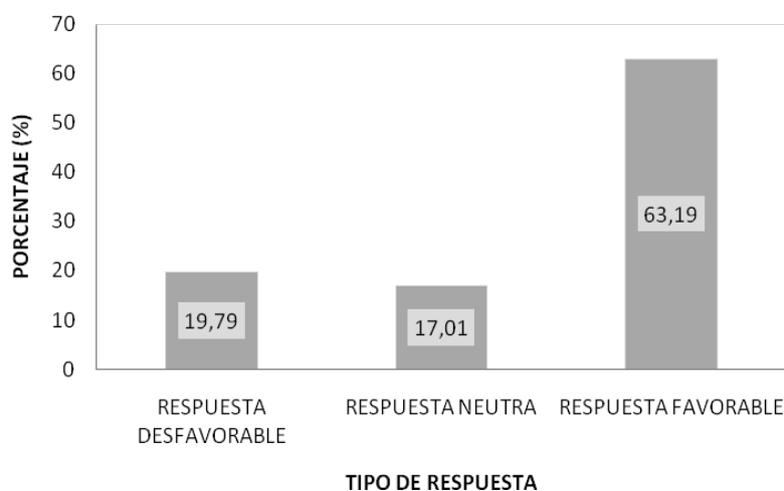


Figura 79: porcentajes de respuestas de la Dimensión 4..

DIMENSIÓN 5: “TRABAJO EN EQUIPO DENTRO DE LA UNIDAD”

Los resultados obtenidos en esta dimensión reflejan la percepción que los encuestados tienen a cerca del trabajo en equipo en su unidad mediante cuatro preguntas y en su conjunto cumple los criterios para ser considerada como una fortaleza en la CS. Las respuestas obtenidas son las siguientes: la del 75,65% son positivas o favorable, el 11,59% tienen una percepción negativa y el 12,76% neutra (Fig 80). La percepción de la dimensión es muy buena y es la única considerada como fortaleza en nuestra investigación, dos de sus cuatro ítems destacan como fortalezas en sí mismo (pregunta 1: el personal se apoya mutuamente y la pregunta 11: cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros), los otros dos se acercan a ser considerados fortalezas por sus resultados. Los participantes tienen percepción de equipo, se respetan y ayudan.

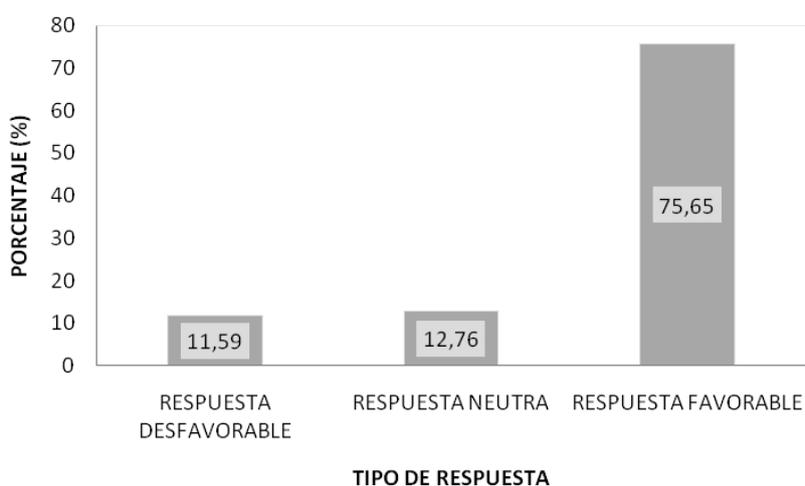


Figura 80: porcentajes de respuestas de la Dimensión 5.

DIMENSIÓN 6: “FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN”

Los resultados obtenidos en esta dimensión reflejan la comunicación entre los miembros del equipo, mediante tres preguntas. Las respuestas obtenidas son las siguientes: 50,35% positivas o favorables, el 15,80% tienen una percepción negativa y el 33,85% neutra (Fig. 81). La percepción que tienen más de la mitad de los participantes es que pueden hablar libremente de todo lo relacionado con la SP, aunque cuestionar la decisión de los superiores, la mayoría piensa que solo a veces pueden hacerlo.

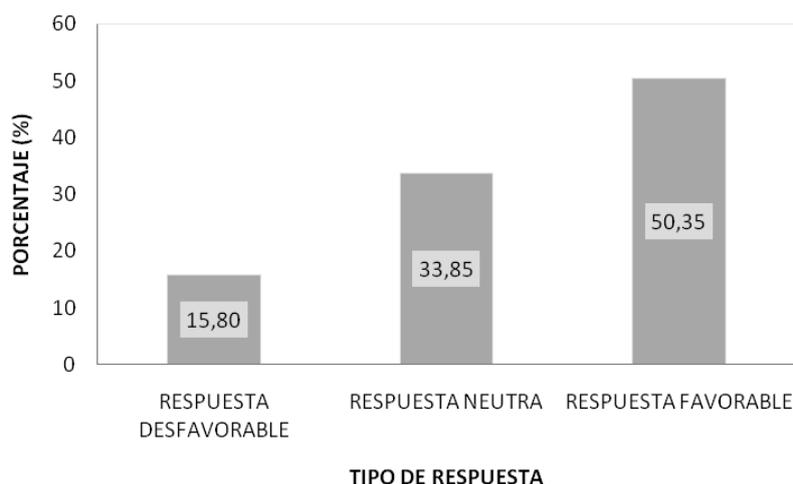


Figura 81: porcentajes de respuestas de la Dimensión 6.

DIMENSIÓN 7: “FEED-BACK Y COMUNICACIÓN SOBRE ERRORES”

Esta dimensión mide la percepción que los encuestados tienen sobre feed-back y la comunicación una vez acontecido un error en una unidad, mediante tres preguntas. Las respuestas obtenidas son las siguientes: 47,05% positivas o favorables, el 20,49% tienen una percepción negativa y el 32,46% neutra (Fig. 82). La percepción que tienen sobre si se les informa sobre los incidentes que se cometen en la unidad y las actuaciones que se han llevado a cabo después de cometerse un incidente es aceptable. La mitad de los participantes dicen poder discutir de cómo evitar que los errores vuelvan a ocurrir.

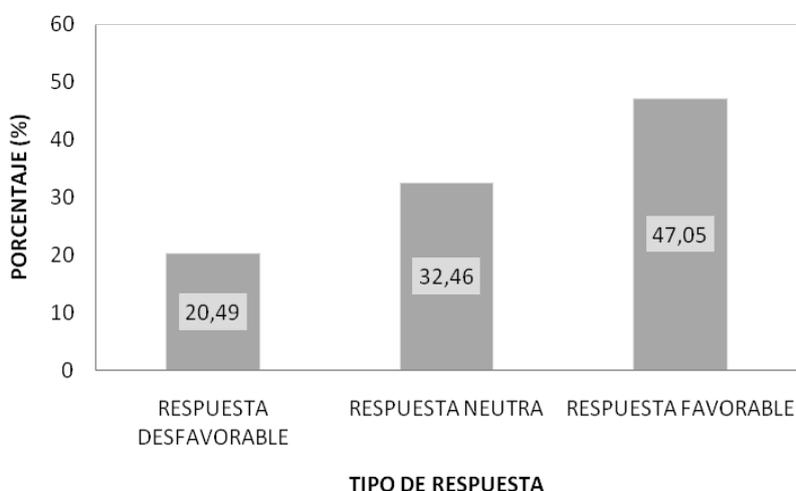


Figura 82: porcentajes de respuestas de la Dimensión 7.

DIMENSIÓN 8: “RESPUESTA NO PUNITIVA A LOS ERRORES”

Esta dimensión mide las acciones punitivas tras cometer errores a través de las respuestas obtenidas en tres preguntas planteadas todas ellas en sentido negativo. Las respuestas obtenidas son las siguientes: 47,92% positivas o favorables, el 27,95% tienen una percepción negativa y el 24,13% neutra (Fig. 83). Alrededor de la mitad de ellos piensan que cuando cometen algún error, no es utilizado en su contra por sus compañeros o superiores, buscándose la causa y no el culpable, pero que temen que este hecho conste en su expediente.

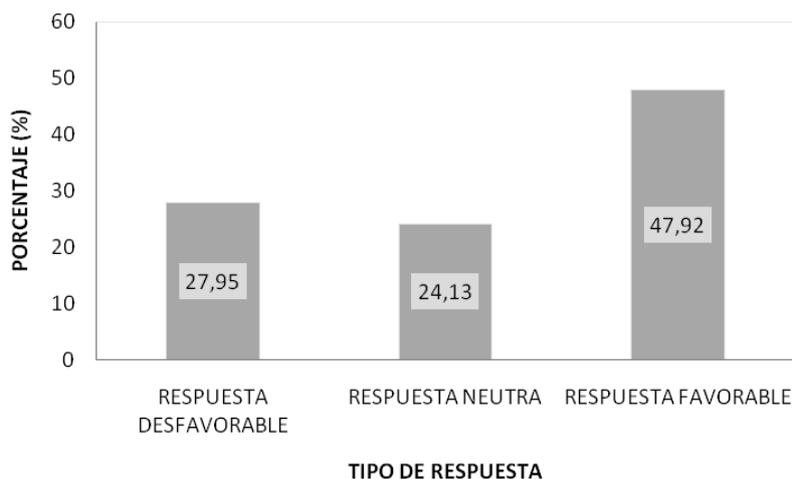


Figura 83: porcentajes de respuestas de la Dimensión 8.

DIMENSIÓN 9: “DOTACIÓN DE PERSONAL”

En esta dimensión se mide la dotación de personal y su influencia sobre la atención al paciente a través de 4 preguntas. Las respuestas obtenidas son las siguientes: 61,85% tienen una percepción negativa, el 23,44% positivas o favorables y el 14,71% neutra (Fig. 84). Es la dimensión con más percepción negativa de nuestra investigación y que está identificada como oportunidad de mejora. Los participantes en el estudio piensan que no hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo y que trabajan bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa. Destacar que una gran mayoría de ellos piensan (se acerca a una debilidad) que a veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.

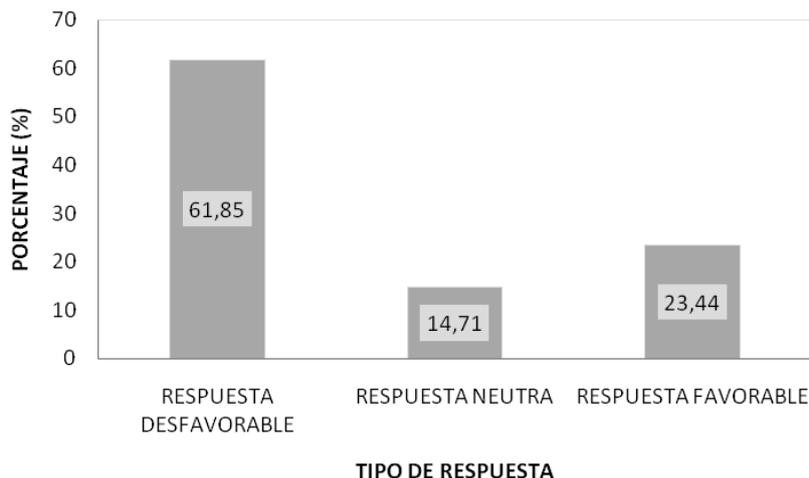


Figura 84: porcentajes de respuestas de la Dimensión 9.

DIMENSIÓN 10: “APOYO DE LA GERENCIA DEL HOSPITAL EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP)”

En esta dimensión se analiza la percepción de los encuestados sobre los mandos en relación a la SP mediante tres preguntas. Las respuestas obtenidas son las siguientes: 40,94% tienen una percepción negativa, el 31,01% neutra y el 28,05% positiva o favorable (Fig. 85). Los participantes tienen una percepción negativa sobre ella y piensan que la gerencia no tiene una actitud proactiva con la SP y que solo se interesan por ella cuando han ocurrido los errores.

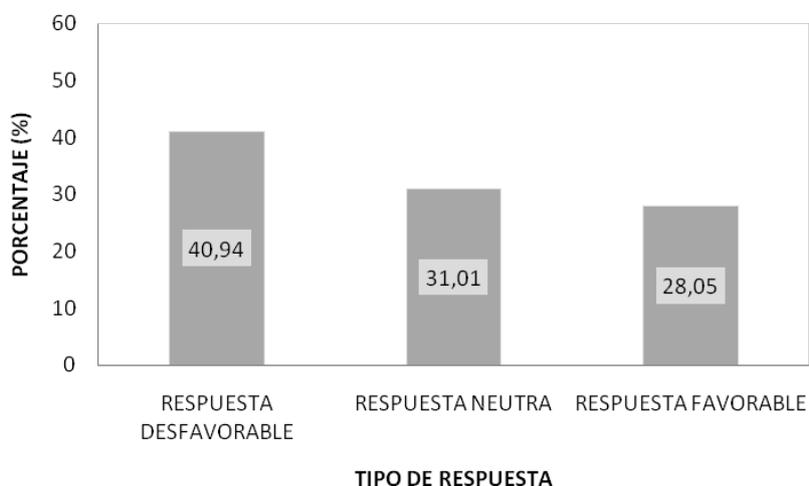


Figura 85: porcentajes de respuestas de la Dimensión 10.

DIMENSIÓN 11. TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES

En esta dimensión mide la percepción de los participantes de la relación que hay entre las unidades mediante tres preguntas. Las respuestas obtenidas son las siguientes: 43,75% tienen una percepción positiva, el 28,91% negativa y el 27,34% neutra (Fig. 86). Los participantes tienen una percepción aceptable sobre la cooperación y coordinación entre las unidades para proporcionar la mejor atención a los pacientes y no tienen problema de trabajar con compañeros de otras unidades.



Figura 86: porcentajes de respuestas de la Dimensión 11.

DIMENSIÓN 12. PROBLEMAS EN CAMBIOS DE TURNO Y TRANSICIONES ENTRE SERVICIOS/ UNIDADES

En esta dimensión se mide la percepción de los participantes sobre si hay problemas en los cambios de turno y con el traslado de los pacientes a otras unidades, mediante tres preguntas. Las respuestas obtenidas son las siguientes: 46,94% tienen una percepción positiva, el 28,03% negativa y el 25,03% neutra (Fig. 87). Alrededor de la mitad de los participantes piensan que no hay problemas con la información en los cambios de turno ni tampoco con el traslado a otras unidades y que este cambio no es problemático.



Figura 87: porcentajes de respuestas de la Dimensión 12.

Tabla 23: resultados Cultura de Seguridad según Dimensiones.

DIMENSIONES	RESPUESTAS POSITIVAS%	RESPUESTAS NEGATIVAS%	RESPUESTAS NEUTRAS%
D1: "Frecuencia de Eventos Notificados"	50,78%	17,10%	32,12%
D 2: "Percepción De Seguridad".	44,92%	37,37%	17,71%
D 3: "Expectativas y Acciones de la Supervisión que Favorecen la Seguridad"	69,49%	11,98%	18,62%
D 4: "Aprendizaje Organizacional/Mejora Continua"	63,19%	19,79%	17,01%
D 5: "Trabajo En Equipo Dentro De La Unidad"	75,65%	11,59%	12,76%
D 6: "Franqueza en la Comunicación"	50,35%	15,80%	33,85%
D 7: "Feed-Back Y Comunicación sobre Errores"	47,05%	20,49%	32,46%
D 8: "Respuesta no Punitiva a los Errores"	47,92%	27,95%	24,13%
D 9: "Dotación de Personal"	23,44%	61,85%	14,71%
D 10: "Apoyo de la Gerencia del Hospital en la Seguridad del Paciente".	28,05%	40,94%	31,01%
D 11. Trabajo en Equipo entre Unidades	43,75%	28,91%	27,34%
D 12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre Servicios/ Unidades.	46,94%	28,03%	25,03%

7.3 ANÁLISIS POR ÁREAS TEMÁTICAS, DONDE AGRUPAREMOS LAS DISTINTAS DIMENSIONES QUE LA FORMAN PARA DESCRIBIR SUS RESULTADOS.

Resultados por Áreas Temáticas

Se han agrupado las diferentes dimensiones según sus áreas temáticas. Se han categorizado las respuestas posibles de cada una de las preguntas de cada dimensión, agrupándolas (sumando las respuestas negativas, neutras y positivas de todas las preguntas de las dimensiones englobadas por cada área temática) de la siguiente manera:

Respuesta desfavorable: respuesta negativa (muy en desacuerdo / en desacuerdo, o nunca / raramente) a preguntas formuladas en positivo. Y también respuestas positivas (de acuerdo / muy de acuerdo, o casi siempre / siempre) a preguntas formuladas en negativo.

Respuesta neutra: respuestas neutrales.

Respuestas favorables: respuesta positivas (de acuerdo / muy de acuerdo, o casi siempre / siempre) a preguntas formuladas en positivo. Y también respuestas negativas (muy en desacuerdo / en desacuerdo, o nunca / raramente) a preguntas formuladas en negativo.

Las tres áreas temáticas son:

D. RESULTADOS DE CS.

E. DIMENSIÓN DE LA CS A NIVEL SERVICIO / UNIDAD

F. DIMENSIONES DE LA CS A NIVEL HOSPITAL

A. RESULTADOS DE CS:

La Cultura de Seguridad es valorada por la: dimensión 1: "Frecuencia de Eventos Notificados" y la dimensión 2: "Percepción De Seguridad".

La percepción que tiene la Enfermería del HM sobre la CS es positiva ya que el 47,43% de las respuestas han sido favorables, el 28,71% de los encuestados la tiene desfavorable y el 23,86% neutra (Fig. 88).

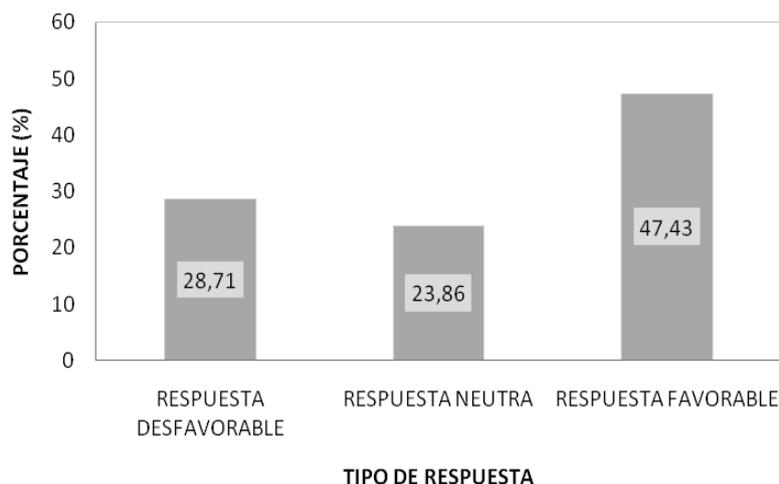


Figura 88: porcentajes de respuestas sobre CS.

B. DIMENSIÓN DE LA CS A NIVEL SERVICIO / UNIDAD

La Cultura de Seguridad a nivel de Servicio/Unidad es valorada por las:

Dimensión 3: “Expectativas y Acciones de la Supervisión que Favorecen la Seguridad”

Dimensión 4: “Aprendizaje Organizacional/Mejora Continua”

Dimensión 5: “Trabajo En Equipo Dentro De La Unidad”

Dimensión 6: “Franqueza en la Comunicación”

Dimensión 7: “Feed-Back Y Comunicación sobre Errores”

Dimensión 8: “Respuesta no Punitiva a los Errores”

Dimensión 9: “Dotación de Personal”

Dimensión 10: “Apoyo de la Gerencia del Hospital en la Seguridad del Paciente”.

La percepción que tiene la Enfermería del HM sobre la CS del Servicio/ Unidad es positiva ya que el 51,25% de las respuestas han sido favorables, el 26,53% de los encuestados la tiene negativa y el 22,27% neutra (Fig. 89).

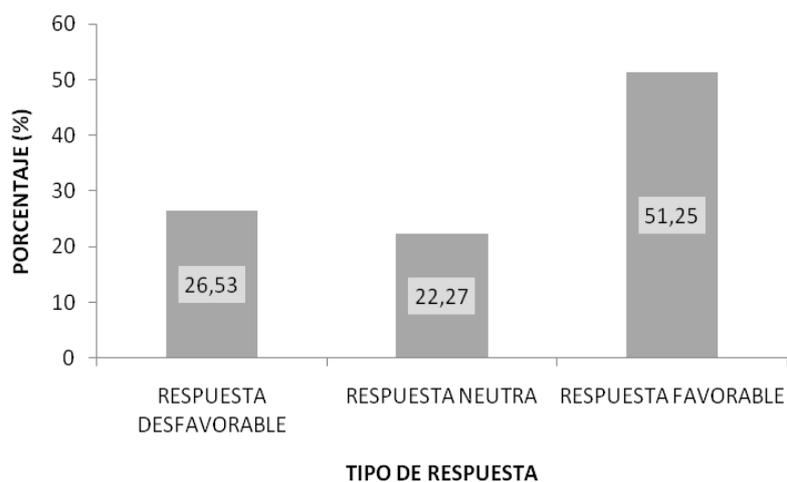


Figura 89 : porcentajes de respuestas de la Enfermería del HM sobre CS a nivel de Servicio/Unidad.

C. DIMENSIONES DE LA CS A NIVEL HOSPITAL:

La Cultura de Seguridad a nivel de Hospital es valorada por las:

Dimensión 11. Trabajo en Equipo entre Unidades

Dimensión 12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre Servicios/ Unidades.

La percepción que tiene la Enfermería sobre la CS del HM es positiva ya que el 45,12% de las respuestas han sido favorables, el 28,64% de los encuestados la tiene negativa y el 26,24% neutra (Fig. 90).

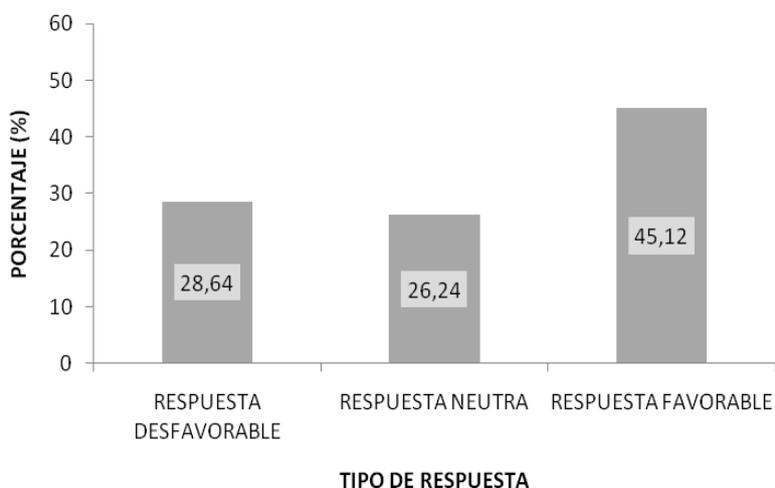


Figura 90 : porcentajes de tipo de respuestas de la Enfermería del HM sobre la CS del HM.

7.4 ANÁLISIS INFERENCIAL DONDE COMPARAREMOS LAS RESPUESTAS DE LOS PARTICIPANTES SOBRE LAS DISTINTAS DIMENSIONES SEGÚN LAS TRES ÁREAS DE TRABAJO EN LOS QUE SE HAN AGRUPADO LOS DISTINTOS SERVICIOS.

Para obtener los resultados por Áreas de Trabajo se han agrupado los distintos servicios/idades en tres grupos: Hospitalización, Servicios Especiales (SSEE) Y Servicios Centrales (SSCC).

HOSPITALIZACIÓN

16. Cardiología
17. Cirugía
18. Ginecología
19. Obstetricia.
20. Medicina Interna
21. Neonatología
22. Pediatría
23. Neumología
24. Neurología
25. Pediatría
26. Pool
27. Salud Mental
28. Traumatología
29. Urología
30. Otros

SERVICIOS ESPECIALES

7. C .Externas.
8. Cuidados paliativos
9. Farmacia
10. Oncología
11. Radioterapia
12. Urgencias

SERVICIOS CENTRALES

9. Anestesia
10. Dirección de Salud
11. Esterilización
12. Hematología
13. Laboratorio
14. Quirófano
15. Radiología

16. UCI.

Resultados de Estadística Inferencial: Comparación de Proporciones

Objetivo: ante cada una de las preguntas realizadas, ¿respondieron de manera similar según el área de atención al que pertenecía la enfermera/o (SSCC, SSEE, Hospitalización).

Test estadístico empleado y justificación: se crearon tablas de contingencia y se empleó el test de comparación de proporciones de la Chi-cuadrado, debido a que el tamaño de muestra fue superior a 30 y las frecuencias esperadas fueron superiores a 5. Además, el test de la Chi-cuadrado nos permite la comparación de tres o más proporciones independientes, tal y como fue nuestro caso (se crearon tablas de contingencia de 3 x 3).

Software estadístico empleado: PASW SPSS 18

A. Resultados de la Cultura de Seguridad

Dimensión 1: “Frecuencia de eventos notificados”

Esta dimensión mide la percepción de la frecuencia de notificación de eventos o errores que no producen efectos adversos a través de tres preguntas.

PREGUNTA 40: Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.

Explicación resultado pregunta 40: Hay diferencias significativas en la proporción de enfermeras que notificaban los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente dependiendo del área de atención en el que trabajan (Fig.91) (test de Chi-Cuadrado: $N = 186$; Valor Chi-cuadrado = 10.555; $p < 0.05$, su valor es 0,032). (Tabl. 24). En concreto, el 65.9% (29 de 44) de los enfermeros de servicios centrales respondieron que siempre o casi siempre se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente. En cambio, únicamente el 38,46% (15 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 47,57% (49 de 103) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que siempre o casi siempre se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (Tabl. 25).

Tabla 24: prueba de chi cuadrado pregunta 40

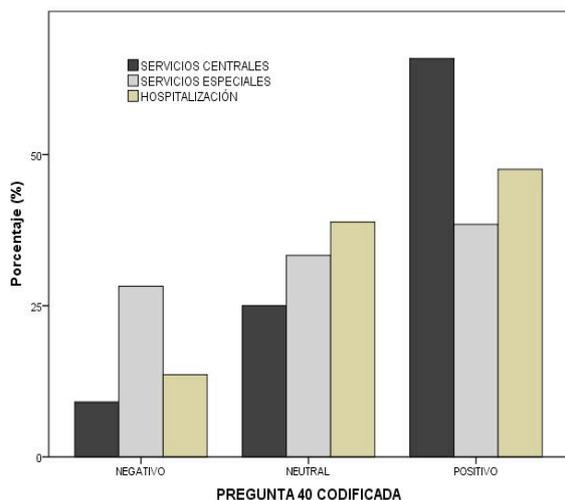


Figura 91: Pregunta 40 codificada.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,555 ^a	4	,032
Razón de verosimilitudes	9,987	4	,041
Asociación lineal por lineal	1,531	1	,216
N de casos válidos	186		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,08.

Tabla 25: Pregunta 40 codificada

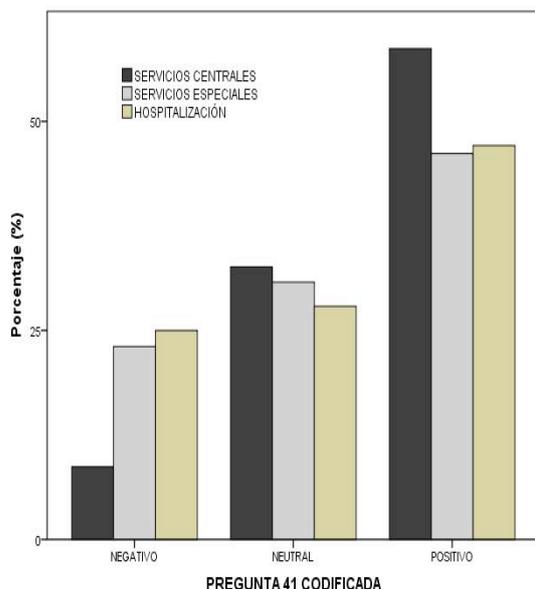
Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 40 CODIFICADA	NEGATIVO	4	11	14	29
	NEUTRAL	11	13	40	64
	POSITIVO	29	15	49	93
Total		44	39	103	186

PREGUNTA 41: Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.

Explicación resultado pregunta 41: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig.92),(test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado = 5.499; $p > 0.05$, siendo su valor de 0,240). (Tabl. 26). En este caso, el 58.69% (27 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 46,15% (18 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 47,11% (49 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que siempre o casi siempre se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente. (Tabl. 27).

Tabla 26: prueba de chi cuadrado pregunta 41



	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,499 ^a	4	,240
Razón de verosimilitudes	6,288	4	,179
Asociación lineal por lineal	3,463	1	,063
N de casos válidos	189		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,05.

Figura 92: Pregunta 41 codificada.

Tabla 27: pregunta 41 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 41 CODIFICADA	NEGATIVO	4	9	26	39
	NEUTRAL	15	12	29	56
	POSITIVO	27	18	49	94
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 42: Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.

Explicación Resultado pregunta 42: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención(Fig.93), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =6,819; p > 0.05, su valor es 0,146).(Tabl. 28). En este caso, el 63,04% (29 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 56,41% (22 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 46,15% (48 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que siempre o casi siempre se notifican los errores que no

han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (Tabl. 29).

Tabla 28: prueba de chi cuadrado pregunta 42.

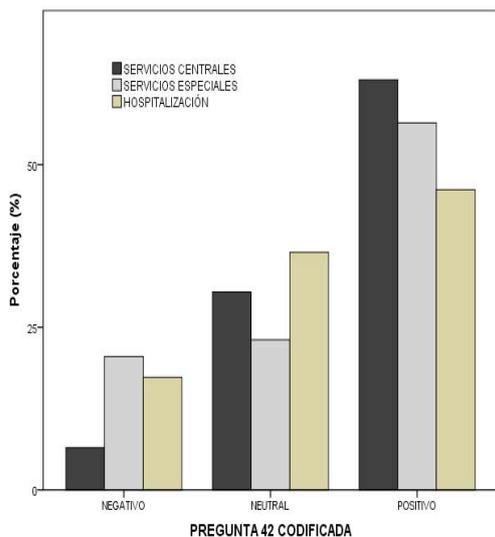


Figura 93: pregunta 42 codificada.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,819 ^a	4	,146
Razón de verosimilitudes	7,451	4	,114
Asociación lineal por lineal	4,258	1	,039
N de casos válidos	189		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,98.

Tabla 29: pregunta 42 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 42 CODIFICADA	NEGATIVO	3	8	18	29
	NEUTRAL	14	9	38	61
	POSITIVO	29	22	48	99
Total		46	39	104	189

Dimensión 2: “Percepción de seguridad”

Esta dimensión mide la percepción del compromiso de la unidad con la seguridad del paciente (SP) mediante el planteamiento de 4 preguntas.

PREGUNTA 15: Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.

Explicación Resultado pregunta 15: Hay diferencias significativas en la proporción de enfermeras ante la pregunta de que nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente en función del área de atención en el

que realiza su trabajo, (Fig.94), (test de Chi-Cuadrado, N = 186; Valor Chi-cuadrado = 11,730; $p < 0.05$, su valor es 0,019) (Tabl. 30). En concreto, el 36.95% (17 de 46) de los enfermeros de servicios centrales respondieron que nunca o casi nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente. En cambio, el 66,66%(26 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales dicen que nunca o casi nunca y el 62,5% (65 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que nunca o casi nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.(Tabl. 31).

Tabla 30: prueba de chi cuadrado pregunta 15.

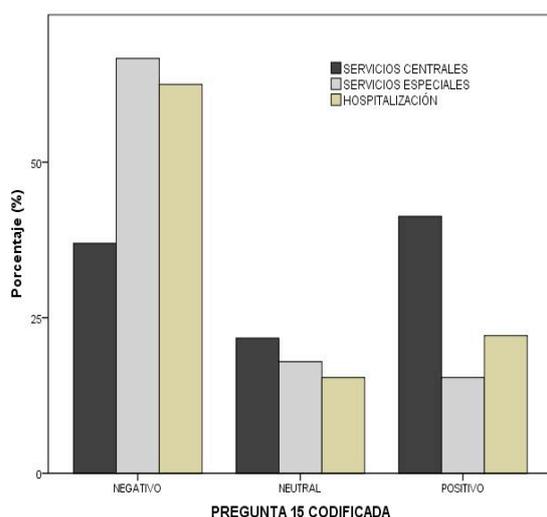


Figura 94: pregunta 15 codificada.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,730 ^a	4	,019
Razón de verosimilitudes	11,670	4	,020
Asociación lineal por lineal	6,798	1	,009
N de casos válidos	189		

Tabla 31: pregunta 15 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 15 CODIFICADA	NEGATIVO	17	26	65	108
	NEUTRAL	10	7	16	33
	POSITIVO	19	6	23	48
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 18: Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.

Explicación resultado pregunta 18: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que sus procedimientos y medios de

trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención(Fig.95), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =6,320; p > 0.05, su valor es 0,177) .(Tabl. 32). En este caso, el 65,21% (30 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 66,66% (26 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 65,38% (68 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que siempre o casi siempre sus procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia al paciente.(Tabl. 33).

Tabla 32 : prueba de chi cuadrado pregunta 18.

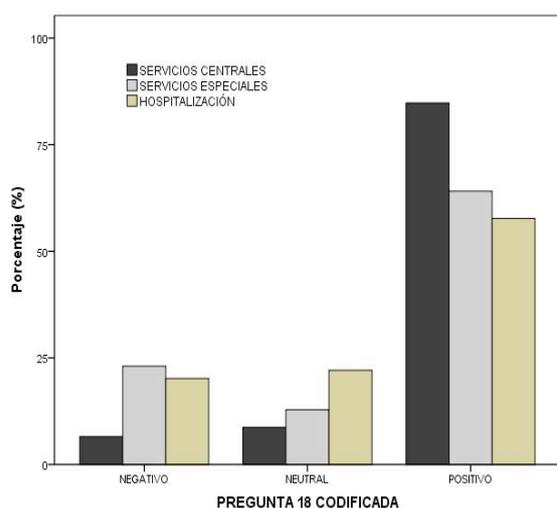


Figura 95: pregunta 18 codificada.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,320 ^a	4	,177
Razón de verosimilitudes	6,557	4	,161
Asociación lineal por lineal	,691	1	,406
N de casos válidos	189		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,98.

Tabla 33: pregunta 18 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 19 CODIFICADA	NEGATIVO	5	3	21	29
	NEUTRAL	11	10	15	36
	POSITIVO	30	26	68	124
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 10: No se producen más fallos por casualidad.

Explicación Resultado Pregunta 10: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que No se producen más fallos por casualidad, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el

porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig.96), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =8,171; p > 0.05, su valor es 0,085) (Tabl. 34). En este caso, el 41,30% (19 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 46,15% (18 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 39,42% (41 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que siempre o casi siempre, no se producen más fallos por casualidad (Tabl. 35).

Tabla 34: prueba de chi cuadrado pregunta 10

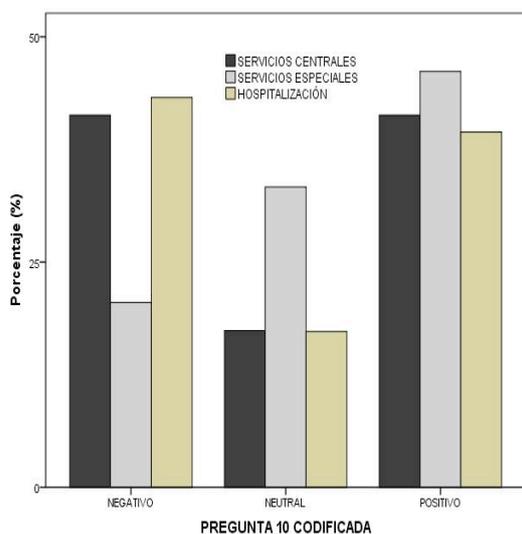


Figura 96: pregunta 10 codificada.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,171 ^a	4	,085
Razón de verosimilitudes	8,337	4	,080
Asociación lineal por lineal	,324	1	,569
N de casos válidos	189		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,05.

Tabla 35: pregunta 10 codificada.

Tabla de contingencia

		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 10 CODIFICADA	NEGATIVO	19	8	45	72
	NEUTRAL	8	13	18	39
	POSITIVO	19	18	41	78
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 17: En esta unidad hay problemas relacionados con la “Seguridad del paciente”.

Explicación resultado pregunta 17: Si hay diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen, que en esta unidad hay problemas relacionados con la “Seguridad del paciente” dependiendo del área de atención en el que trabajan (Fig.97), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =25,546 p < 0.05, su valor es 0,000) (Tabl. 36). En concreto, el 69,56% (32 de 46) de los enfermeros

de servicios centrales respondieron que nunca o casi nunca en esta unidad hay problemas relacionados con la Seguridad del Paciente. El 66,66 % (26 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales dicen que nunca o casi nunca y en cambio, únicamente el 35,57%(37 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que en esta unidad, nunca o casi nunca hay problemas relacionados con la “Seguridad del paciente” (Tabl. 37).

Tabla 36: prueba de chi cuadrado pregunta 17

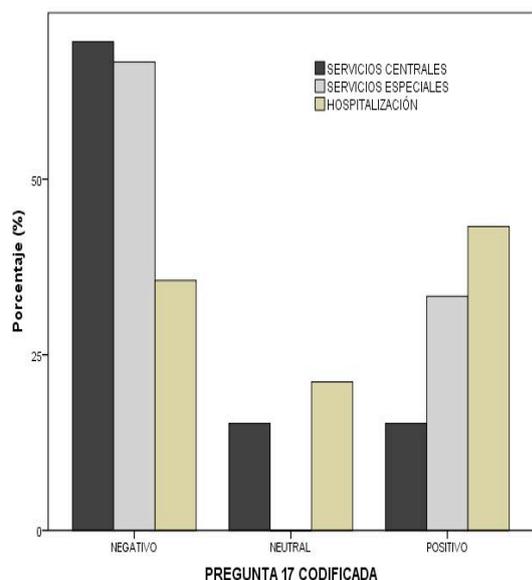


Figura 97: pregunta 17 codificada.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,546 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	32,360	4	,000
Asociación lineal por lineal	16,318	1	,000
N de casos válidos	189		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,98.

Tabla 37: pregunta 17 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 17 CODIFICADA	NEGATIVO	32	26	37	95
	NEUTRAL	7	0	22	29
	POSITIVO	7	13	45	65
Total		46	39	104	189

B. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDAD/SERVICIO

Dimensión 3: “Expectativas y acciones de la supervisión que favorecen la seguridad”

Esta dimensión mide la percepción de la relación entre las supervisoras y la SP a través de 4 preguntas

PREGUNTA 19: Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.

Explicación resultado pregunta 19: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que su superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentan evitar riesgos en la seguridad del paciente, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig.98), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =6,320 p > 0.05, su valor es 0,177) (Tabl. 38). En este caso, el 65,21% (30 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 66,66% (26 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 65,38% (68 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que siempre o casi siempre su superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentan evitar riesgos en la seguridad del paciente (Tabl. 39).

Tabla 38: pruebas de chi-cuadrado-. Pregunta 19

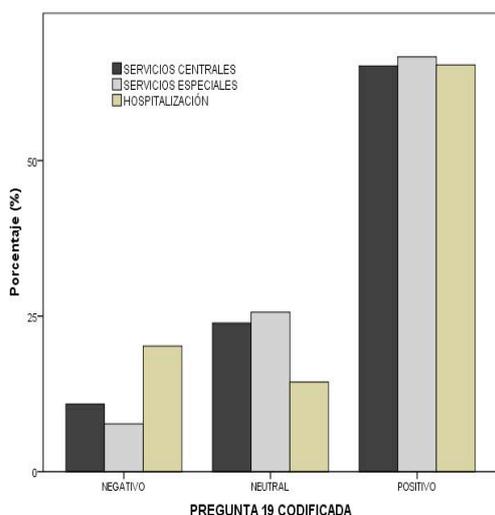


Figura 98: pregunta 19 codificada

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,320 ^a	4	,177
Razón de verosimilitudes	6,557	4	,161
Asociación lineal por lineal	,691	1	,406
N de casos válidos	189		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,98.

Tabla 39: pregunta 19 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 19 CODIFICADA	NEGATIVO	5	3	21	29
	NEUTRAL	11	10	15	36
	POSITIVO	30	26	68	124
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 20: Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le seguridad hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.

Explicación resultado pregunta 20: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que su superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le seguridad hace el personal para mejorar la seguridad del paciente, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig.99), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =1,287 p > 0,05, su valor es 0,864) (Tabl. 40). En este caso, el 65,21% (30 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 74,35% (29 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 72,11% (75 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que siempre o casi siempre su superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le seguridad hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (Tabl.41).

Tabla 40: pruebas de chi-cuadrado pregunta 20

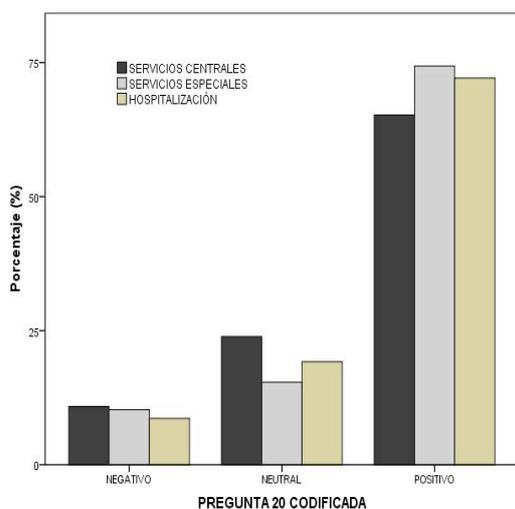


Figura 99: pregunta 20 codificada.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,287 ^a	4	,864
Razón de verosimilitudes	1,289	4	,863
Asociación lineal por lineal	,514	1	,474
N de casos válidos	189		

a. 2 casillas (22,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,71.

Tabla 41: pregunta 20 codificada.

Tabla de contingencia

		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 20 CODIFICADA	NEGATIVO	5	4	9	18
	NEUTRAL	11	6	20	37
	POSITIVO	30	29	75	134
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 21: Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente

Explicación resultado pregunta 21: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que cuando aumenta la presión del trabajo, su superior/jefe pretende que trabajen más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeros de las tres áreas de atención (Fig.100), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =8,213 p > 0.05, su valor es 0,84) (Tabl. 42). En este caso, el 80,43% (37 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 53,84% (21 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 64,42% (67 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que nunca o casi nunca, cuando aumenta la presión del trabajo, su superior/jefe pretende que trabajen más rápido, si se pone en riesgo la SP (Tabl 43).

Tabla 42: prueba de chi cuadrado pregunta 21.

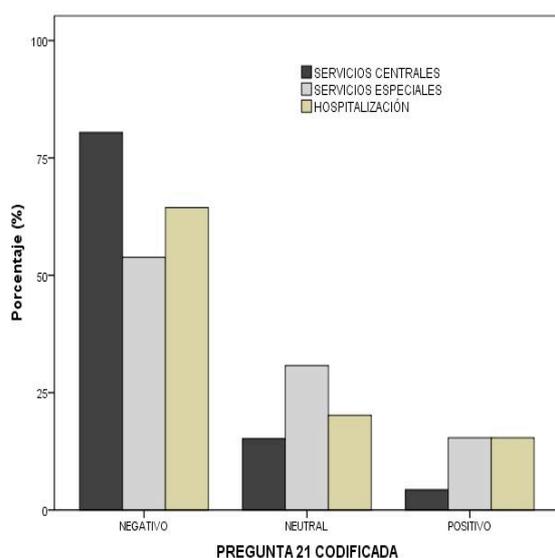


Figura 100: pregunta 21 codificada.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,213 ^a	4	,084
Razón de verosimilitudes	8,873	4	,064
Asociación lineal por lineal	3,365	1	,067
N de casos válidos	189		

a. 1 casillas (11,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,95.

Tabla 43: pregunta 21 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 21 CODIFICADA	NEGATIVO	37	21	67	125
	NEUTRAL	7	12	21	40
	POSITIVO	2	6	16	24
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 22: Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.

Explicación resultado pregunta 22: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que su superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig.101), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =5,533 p > 0.05, su valor es 0,237) (Tabl. 44). En este caso, el 78,26% (36 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 79,48% (31 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 72,11% (75 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que nunca o casi nunca, su superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (Tabl.45).

Tabla 44: prueba de chi cuadrado pregunta 22

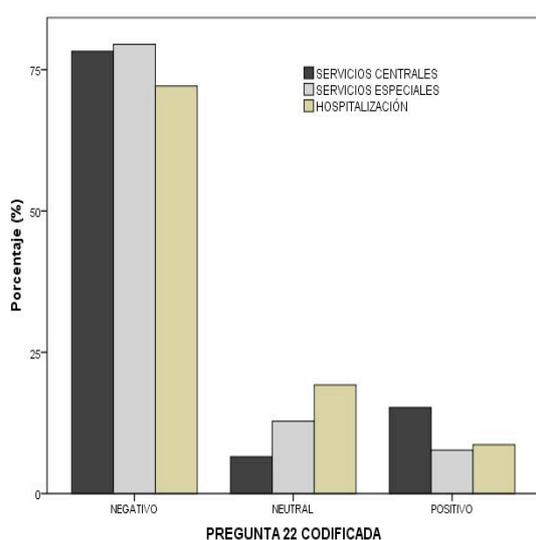


Figura 101: pregunta 22 codificada.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,533 ^a	4	,237
Razón de verosimilitudes	5,851	4	,211
Asociación lineal por lineal	,010	1	,921
N de casos válidos	189		

a. 2 casillas (22,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,92.

Tabla 45: pregunta 22 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 22 CODIFICADA	NEGATIVO	36	31	75	142
	NEUTRAL	3	5	20	28
	POSITIVO	7	3	9	19
Total		46	39	104	189

Dimensión 4: “Aprendizaje organizacional/Mejora continua”.

Esta dimensión mide las actividades y medidas dirigidas a asegurar la mejora en SP mediante el planteamiento de tres preguntas.

PREGUNTA 6: Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.

Explicación resultado pregunta 6: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que tienen actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig.102), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =3,977 p > 0.05, su valor es 0,409) (Tabl. 46). En este caso, el 56,52% (26 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 56,41% (22 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 60,57% (63 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que siempre o casi siempre tienen actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (Tabl.47).

Tabla 46: prueba de chi- cuadrado, pregunta 6

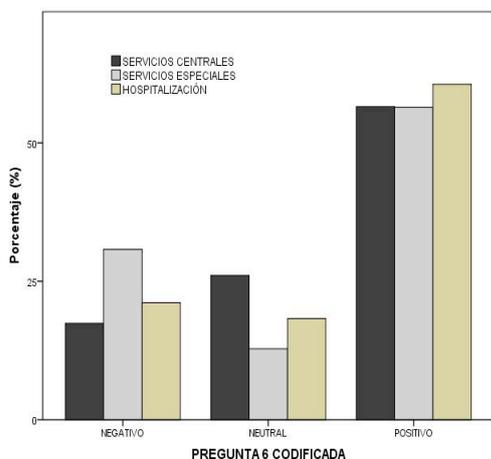


Figura 102: pregunta 6 codificada.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,977 ^a	4	,409
Razón de verosimilitudes	3,858	4	,426
Asociación lineal por lineal	,037	1	,847
N de casos válidos	189		

a, o casillas(0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.b La frecuencia mínima esperada es 7,43

inferior a 5.b La frecuencia mínima esperada es 7,43

Tabla 47: pregunta 6 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 6 CODIFICADA	NEGATIVO	8	12	22	42
	NEUTRAL	12	5	19	36
	POSITIVO	26	22	63	111
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 9: Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.

Explicación resultado pregunta 9: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeros de las tres áreas de atención (Fig.103), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =6,371 p > 0.05, su valor es 0,173) (Tabl 48). En este caso, el 86,95% (40 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 84,61% (33 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 74,03 % (77 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que siempre o casi siempre cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nueva (Tabl. 49).

Tabla 48: prueba de chi-cuadrado, pregunta 9

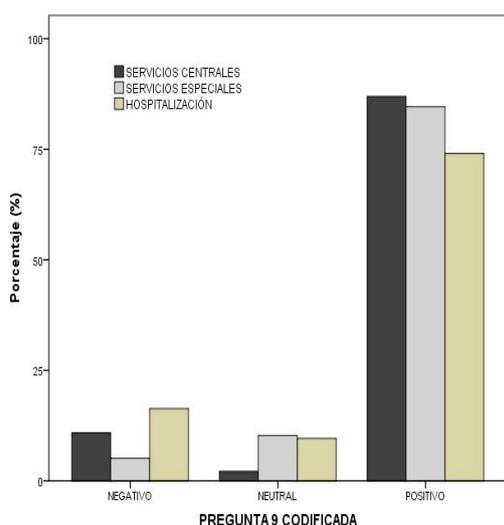


Figura 103: pregunta 9 codificada. Fuente: elaboración propia.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,977 ^a	4	,409
Razón de verosimilitudes	3,858	4	,426
Asociación lineal por lineal	,037	1	,847
N de casos válidos	189		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,43.

Tabla 49: pregunta 9 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 9 CODIFICADA	NEGATIVO	5	2	17	24
	NEUTRAL	1	4	10	15
	POSITIVO	40	33	77	150
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 13: Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.

Explicación resultado pregunta 13: SI se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig.104), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =9,842 p > 0.05, su valor es 0,043) (Tabl.50). En este caso, el 76,92% (30 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 58,97% (23 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 42,30 % (44 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que siempre o casi siempre se evalúan para comprobar su efectividad los cambios que hacen para mejorar la seguridad del paciente (Tabl.51)

Tabla 50:prueba de chi-cuadrado, pregunta 13

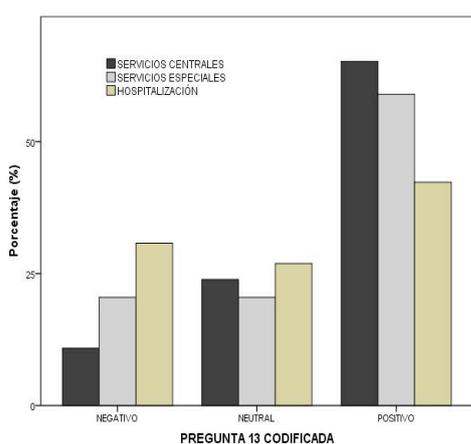


Figura 104: pregunta 13 codificada.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,842 ^a	4	,043
Razón de verosimilitudes	10,461	4	,033
Asociación lineal por lineal	9,339	1	,002
N de casos válidos	189		

Tabla 51: pregunta 13 codificada

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 13 CODIFICADA	NEGATIVO	5	8	32	45
	NEUTRAL	11	8	28	47
	POSITIVO	30	23	44	97
Total		46	39	104	189

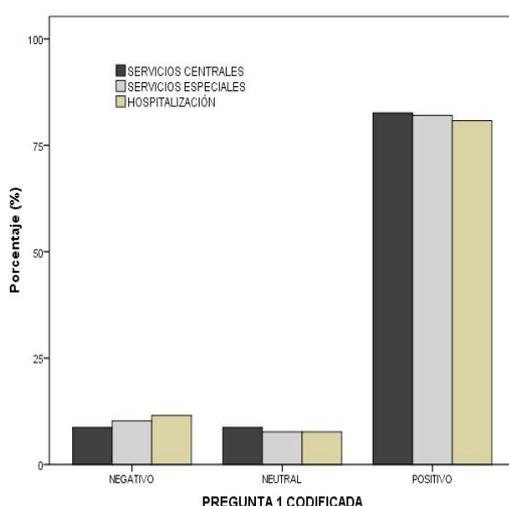
Dimensión 5: “Trabajo en equipo dentro de la unidad”.

Esta dimensión mide el trabajo en equipo en la unidad a través de 4 preguntas que obtienen todas ellas un porcentaje superior de respuestas positivas.

PREGUNTA 1: El personal se apoya mutuamente.

Explicación resultado pregunta 1: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que el personal se apoya mutuamente, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig.105), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =0,308 p > 0.05, su valor es 0,989) (Tabl. 52). En este caso, el 82,60% (38 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 82,05% (32 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 80,76 % (84 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que siempre o casi siempre el personal se apoya mutuamente (Tabl. 53).

Tabla 52: prueba de chi-cuadrado, pregunta 1



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,308 ^a	4	,989
Razón de verosimilitudes	,314	4	,989
Asociación lineal por lineal	,175	1	,675
N de casos válidos	189		

a. 4 casillas (44,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,10.

Figura 105: pregunta 1 codificada.

Tabla 53: pregunta 1 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 1 CODIFICADA	NEGATIVO	4	4	12	20
	NEUTRAL	4	3	8	15
	POSITIVO	38	32	84	154
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 3: Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.

Explicación resultado pregunta 3: Si se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue diferente entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig.106), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =11,775p > 0.05, su valor es 0,019) (Tabl. 54). En este caso, el 76,08% (35 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 84,61% (33 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 71,15 % (74 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que siempre o casi siempre, cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (Tabl. 55).

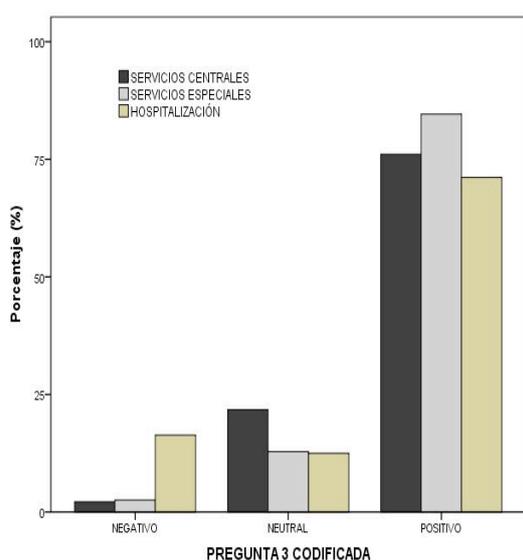


Figura 106: pregunta 3 codificada,

. Tabla 54: prueba de chi-cuadrado, pregunta 3.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,775 ^a	4	,019
Razón de verosimilitudes	13,217	4	,010
Asociación lineal por lineal	3,820	1	,051
N de casos válidos	189		

a. 2 casillas (22,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,92.

Tabla 55: pregunta 3 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 3 CODIFICADA	NEGATIVO	1	1	17	19
	NEUTRAL	10	5	13	28
	POSITIVO	35	33	74	142
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 4: En esta unidad nos tratamos todos con respeto.

Explicación resultado pregunta 4: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que en esta unidad nos tratamos todos con respeto el personal, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig.107), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =5,838 p > 0.05, su valor es 0,212) (Tabl.56). En este caso, el 63,04% (29 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 82,05% (32 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 68,26 % (71 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que siempre o casi siempre en esta unidad nos tratamos todos con respeto (Tabl.57).

Tabla 56: prueba de chi-cuadrado, pregunta 4

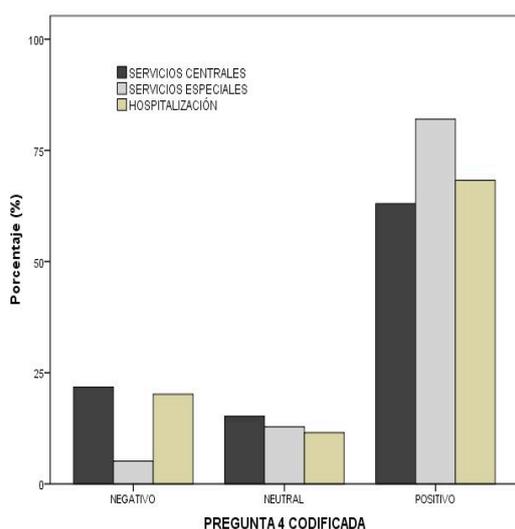


Figura 107: pregunta 4 codificada.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,838 ^a	4	,212
Razón de verosimilitudes	7,058	4	,133
Asociación lineal por lineal	,005	1	,945
N de casos válidos	189		

a. 1 casillas (11,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,95.

Tabla 57: pregunta 4 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 4 CODIFICADA	NEGATIVO	10	2	21	33
	NEUTRAL	7	5	12	24
	POSITIVO	29	32	71	132
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 11: Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.

Explicación resultado pregunta 11: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros, en función del área de atención

en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig.108), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =6,855 p > 0.05, su valor es 0,144) (Tabl.58). En este caso, el 82,60% (38 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 76,92% (30 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 75 % (78 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que siempre o casi siempre cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (Tabl. 59).

Tabla 58: prueba chi-cuadrado, pregunta 11

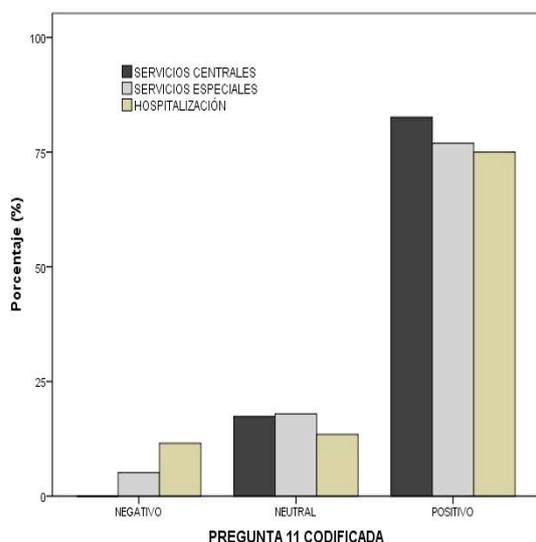


Figura 108: pregunta 11 codificada.

Tabla 59: pregunta 11 codificada.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,855 ^a	4	,144
Razón de verosimilitudes	9,937	4	,042
Asociación lineal por lineal	3,281	1	,070
N de casos válidos	189		

a. 2 casillas (22,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,89.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 11 CODIFICADA	NEGATIVO	0	2	12	14
	NEUTRAL	8	7	14	29
	POSITIVO	38	30	78	146
Total		46	39	104	189

Dimensión 6: “Franqueza en la comunicación”.

Esta dimensión mide la comunicación en torno a comunicación en la atención sanitaria entre el personal mediante tres preguntas.

PREGUNTA 35: Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.

Explicación resultado pregunta 35: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que cuando el personal ve algo que puede

afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig.109), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =2,453 p > 0.05, su valor es 0,653) (Tabl.60). En este caso, el 73,91% (34 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 66,66% (26 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 62,5 % (65 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que siempre o casi siempre cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (Tabl.61).

Tabla 60: prueba de chi-cuadrado, pregunta 35

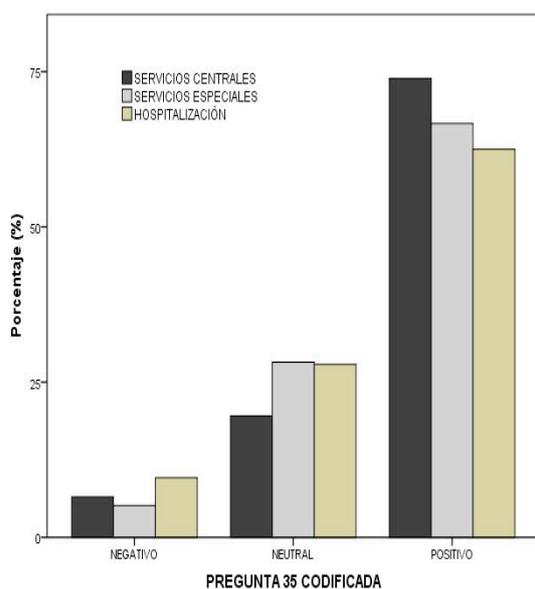


Figura 109: pregunta 35 codificada.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,453 ^a	4	,653
Razón de verosimilitudes	2,543	4	,637
Asociación lineal por lineal	1,782	1	,182
N de casos válidos	189		

a. 2 casillas (22,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,10.

Tabla 61: pregunta 35 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 35 CODIFICADA	NEGATIVO	3	2	10	15
	NEUTRAL	9	11	29	49
	POSITIVO	34	26	65	125
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 37: El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.

Explicación resultado pregunta 37: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que el personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig.110), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =8,840 p > 0.05, su valor es 0,065) (Tabl.62). En este caso, el 42,82% (22 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 53,84% (21 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 43,26 % (45 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que solo a veces cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (Tabl 63).

Tabla 62: prueba de chi-cuadrado, pregunta 37

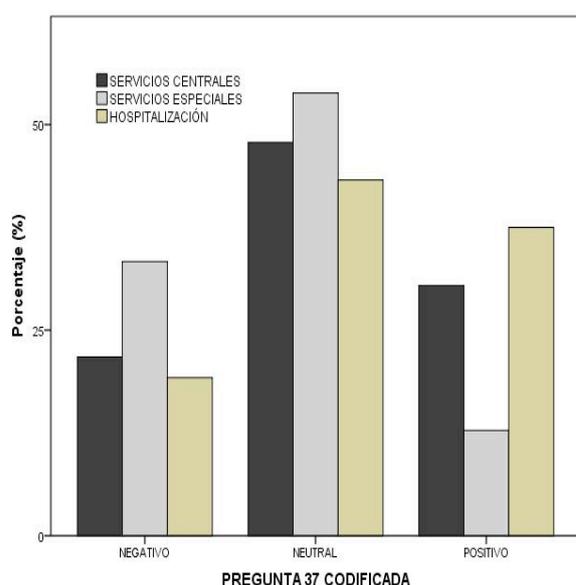


Figura 110: pregunta 37 codificada.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,840 ^a	4	,065
Razón de verosimilitudes	9,659	4	,047
Asociación lineal por lineal	1,540	1	,215
N de casos válidos	189		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,87.

Tabla 63: pregunta 37 codificada.

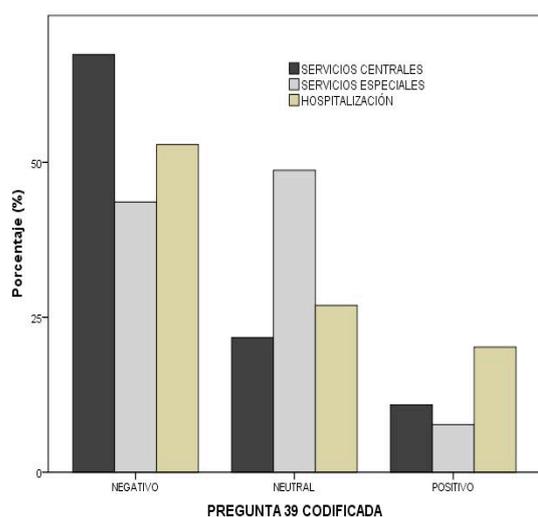
Tabla de contingencia

		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 37 CODIFICADA	NEGATIVO	10	13	20	43
	NEUTRAL	22	21	45	88
	POSITIVO	14	5	39	58
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 39: El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.

Explicación resultado pregunta 39: Si se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que el personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue diferente entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig.111), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =11,882 p > 0.05, su valor es 0,018) (Tabl.64). En este caso, el 67,39% (31 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 43,58% (17 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 52,88% (55 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que nunca o casi nunca, el personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta (Tabl.65).

Tabla 64: prueba de chi-cuadrdo, pregunta 39.



	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,882 ^a	4	,018
Razón de verosimilitudes	11,532	4	,021
Asociación lineal por lineal	2,986	1	,084
N de casos válidos	189		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,98.

Figura 111: pregunta 39 codificada

Tabla 65: pregunta 39 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 39 CODIFICADA	NEGATIVO	31	17	55	103
	NEUTRAL	10	19	28	57
	POSITIVO	5	3	21	29
Total		46	39	104	189

Dimensión 7: “Feed-back y comunicación sobre errores”.

Esta dimensión mide el feed-back y la comunicación una vez acontecido un error en una unidad a través de tres preguntas.

PREGUNTA 34: Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.

Explicación resultado pregunta 34: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig.112), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =4,268 p > 0.05, su valor es 0,371) (Tabl. 66). En este caso, el 41,30% (19 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 28,2% (11 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 44,23% (46 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que siempre o casi siempre cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (Tabl. 67).

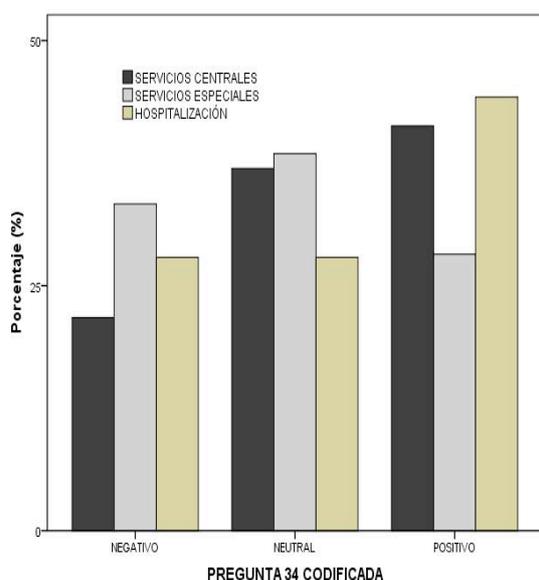


Figura 112: pregunta 34 codificada.

Tabla 66: prueba de chi cuadrado, pregunta 34

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,268 ^a	4	,371
Razón de verosimilitudes	4,422	4	,352
Asociación lineal por lineal	,005	1	,946
N de casos válidos	189		

a 0 casillas(,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. b frecuencia mínima esperada es 10,73

Tabla 67: pregunta 34 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 34 CODIFICADA	NEGATIVO	10	13	29	52
	NEUTRAL	17	15	29	61
	POSITIVO	19	11	46	76
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 36: Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad.

Explicación resultado pregunta 36: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que se les informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig.113), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =4,025 p > 0.05, su valor es 0,403) (Tabl.68). En este caso, el 43,47% (20 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 41,02% (16 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 43,26% (45 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que siempre o casi siempre se les informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad (Tabl. 69).

Tabla 68: prueba de chi-cuadrado, pregunta 36

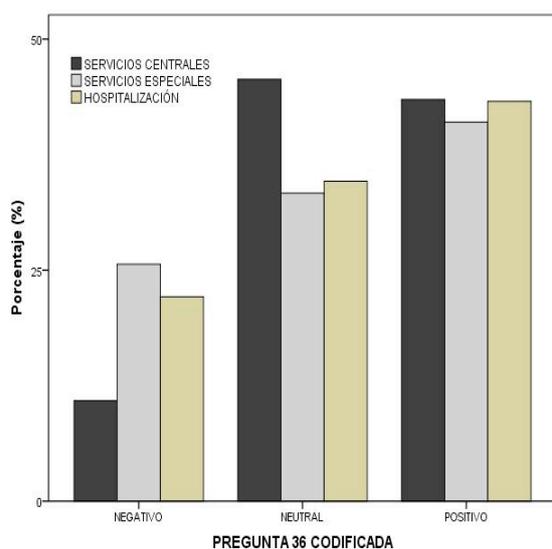


Figura 113: pregunta 36 codificada.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,025 ^a	4	,403
Razón de verosimilitudes	4,310	4	,366
Asociación lineal por lineal	,500	1	,480
N de casos válidos	189		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,84.

Tabla 69: pregunta 36 codificada

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 36 CODIFICADA	NEGATIVO	5	10	23	38
	NEUTRAL	21	13	36	70
	POSITIVO	20	16	45	81
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 38: En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.

Explicación resultado pregunta 38: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que en mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig.114), (test de Chi-Cuadrado: $N = 189$; Valor Chi-cuadrado = $3,951p > 0.05$, su valor es $0,413$) (Tabl.70). En este caso, el 63,04% (29 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 51,28% (20 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 57,69% (60 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que siempre o casi siempre en mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (Tabl.71).

Tabla 70: prueba chi-cuadrado, pregunta 38.

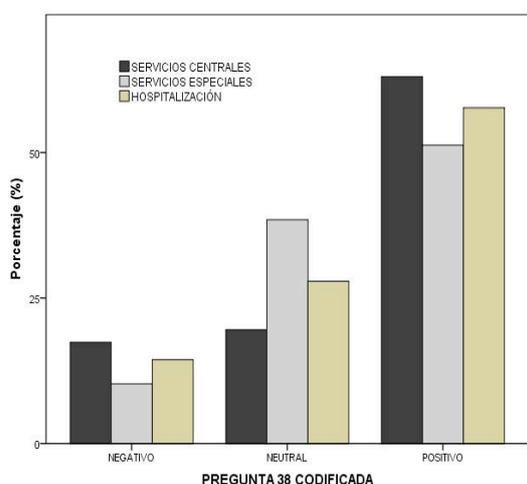


Figura 114: pregunta 38 codificada.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,951 ^a	4	,413
Razón de verosimilitudes	3,966	4	,411
Asociación lineal por lineal	,019	1	,890
N de casos válidos	189		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,57.

Tabla 71: pregunta 38 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento

		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 38 CODIFICADA	NEGATIVO	8	4	15	27
	NEUTRAL	9	15	29	53
	POSITIVO	29	20	60	109
Total		46	39	104	189

Dimensión 8: “Respuesta no punitiva a los errores”.

Esta dimensión mide las acciones punitivas tras cometer errores a través de las respuestas obtenidas en tres preguntas planteadas todas ellas en sentido negativo

PREGUNTA 8: Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.

Explicación resultado pregunta 8: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig.115), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =1,437 p > 0.05, su valor es 0,838) (Tabl. 72). En este caso, el 63,04% (29 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 61,53% (24 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 61,53% (64 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que nunca o casi nunca si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra (Tabl 73).

Tabla 72: prueba de chi-cuadrado, pregunta 8

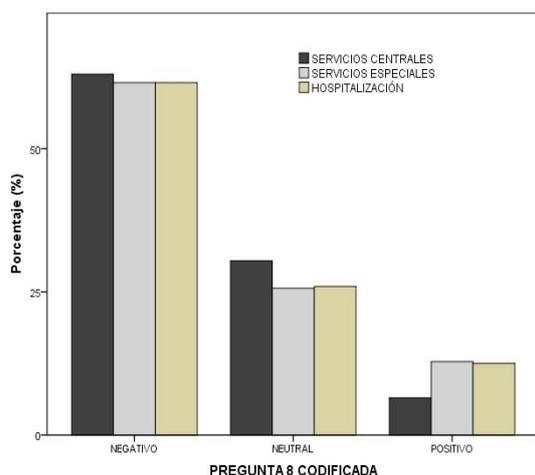


Figura 115: pregunta 8 codificada.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,437 ^a	4	,838
Razón de verosimilitudes	1,571	4	,814
Asociación lineal por lineal	,317	1	,573
N de casos válidos	189		

a. 1 casillas (11,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,33.

Tabla 73: pregunta 8 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 8 CODIFICADA	NEGATIVO	29	24	64	117
	NEUTRAL	14	10	27	51
	POSITIVO	3	5	13	21
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 12: Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”.

Explicación resultado pregunta 12: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig.116), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =2,204 p > 0.05, su valor es 0,698) (Tabl. 74). En este caso, el 63,04% (24 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 61,53% (20 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 61% (53 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que nunca o casi nunca cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable” (Tabl. 75).

Tabla 74: prueba de chi-cuadrado, pregunta 12.

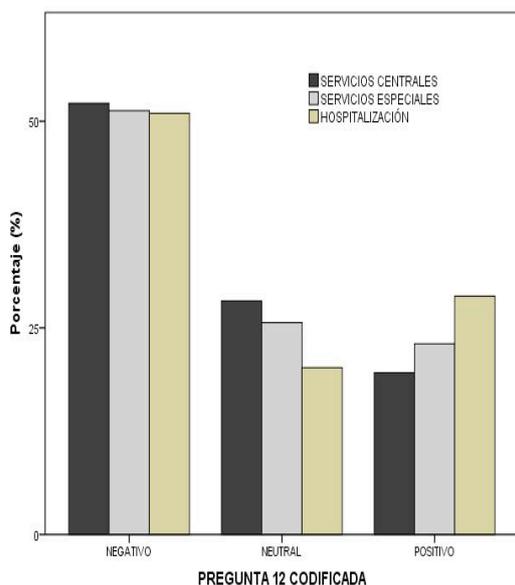


Figura 116: pregunta 12 codificada,

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,204 ^a	4	,698
Razón de verosimilitudes	2,225	4	,694
Asociación lineal por lineal	,532	1	,466
N de casos válidos	189		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,08.

Tabla 75: pregunta 12 codificada.

Tabla de contingencia

		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 12 CODIFICADA	NEGATIVO	24	20	53	97
	NEUTRAL	13	10	21	44
	POSITIVO	9	9	30	48
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 16: Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.

Explicación resultado pregunta 16: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig.117), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =1,518 p > 0.05, su valor es 0,823) (Tabl. 76) En este caso, el 43.47% (20 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 53.84% (21 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 48.07% (50 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que siempre o casi siempre cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (Tabl. 77).

Tabla 76: prueba de chi -cuadrado, pregunta 16

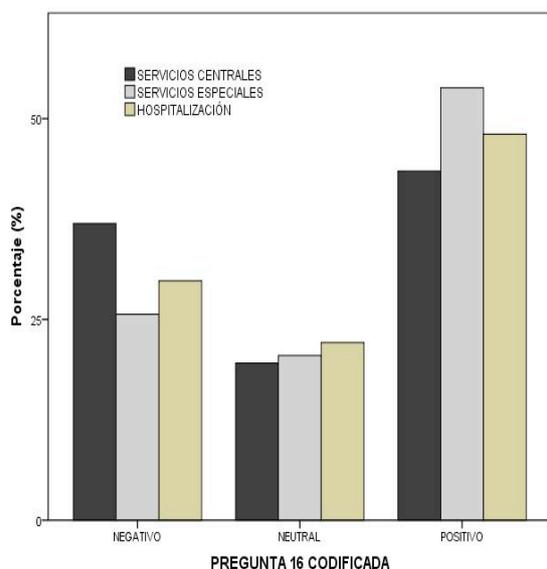


Figura 117: pregunta 16 codificada.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,518 ^a	4	,823
Razón de verosimilitudes	1,500	4	,827
Asociación lineal por lineal	,342	1	,558
N de casos válidos	189		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,25.

Tabla 77: pregunta 16 codificada

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 16 CODIFICADA	NEGATIVO	17	10	31	58
	NEUTRAL	9	8	23	40
	POSITIVO	20	21	50	91
Total		46	39	104	189

Dimensión 9: “Dotación de personal”.

En esta dimensión se mide la dotación de personal y su influencia sobre la atención al paciente a través de 4 preguntas.

PREGUNTA 2: Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.

Explicación resultado pregunta 2: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig.118), (test de Chi-Cuadrado: N = 189;

Valor Chi-cuadrado = 3,245 $p > 0.05$, su valor es 0,518) (Tabl. 78). En este caso, el 56,52% (26 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 69,23% (27 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 63,46% (66 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que nunca o casi nunca, hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (Tabl. 79).

Tabla 78: prueba de chi-cuadrado, pregunta 2

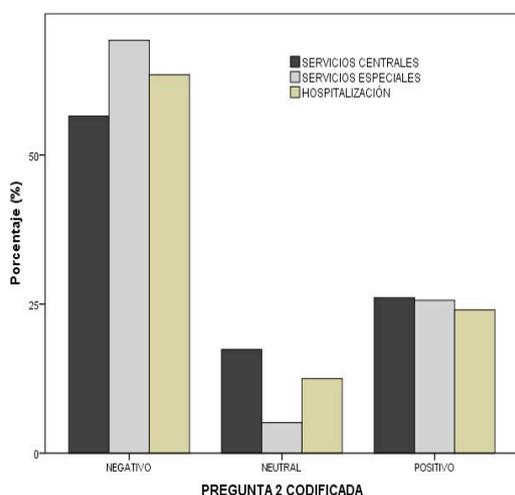


Figura 118: pregunta 2 codificada.

Tabla 79: pregunta 2 codificada.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,245 ^a	4	,518
Razón de verosimilitudes	3,572	4	,467
Asociación lineal por lineal	,247	1	,619
N de casos válidos	189		

a. 1 casillas (11,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,75.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 2 CODIFICADA	NEGATIVO	26	27	66	119
	NEUTRAL	8	2	13	23
	POSITIVO	12	10	25	47
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 5: A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.

Explicación resultado pregunta 5: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que a veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig.119), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado = 6,659 $p > 0.05$, su valor es 0,155).(Tabl. 80) En este caso, el 60,86% (28 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 79,48% (31 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el

78,84% (82 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que siempre o casi siempre a veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (Tabl. 81).

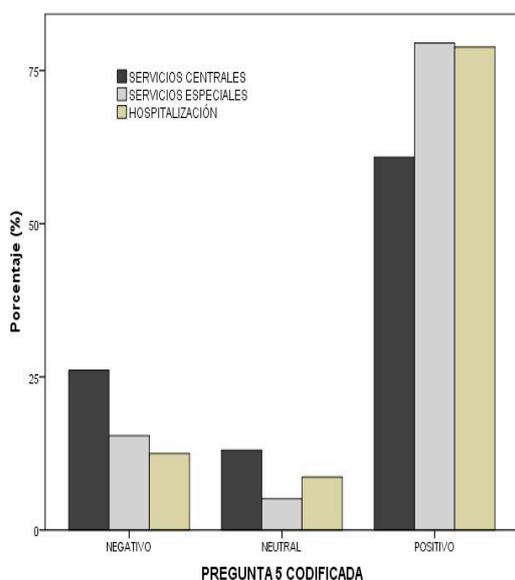


Figura 119: pregunta 5 codificada.

Tabla 80: prueba chi-cuadrado, pregunta 5

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,659 ^a	4	,155
Razón de verosimilitudes	6,431	4	,169
Asociación lineal por lineal	4,877	1	,027
N de casos válidos	189		

a. 2 casillas (22,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,51.

Tabla 81: pregunta 5 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 5 CODIFICADA	NEGATIVO	12	6	13	31
	NEUTRAL	6	2	9	17
	POSITIVO	28	31	82	141
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 7: En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado sustitutos o personal temporal.

Explicación resultado pregunta 7: Si se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que en ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado sustitutos o personal temporal, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue diferente entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig.120), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =13,802 p < 0.05, su valor es 0,008) (Tabl. 82). En este caso, el 47,82% (22 de 46) de los enfermeros de servicios centrales dicen que siempre o casi siempre, el 23,07% (9 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales dicen que nunca o casi nunca y el 52,88% (55 de

104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que siempre o casi siempre, en ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado sustitutos o personal temporal (Tabl. 83).

Tabla 82: prueba de chi-cuadrado, pregunta 7.

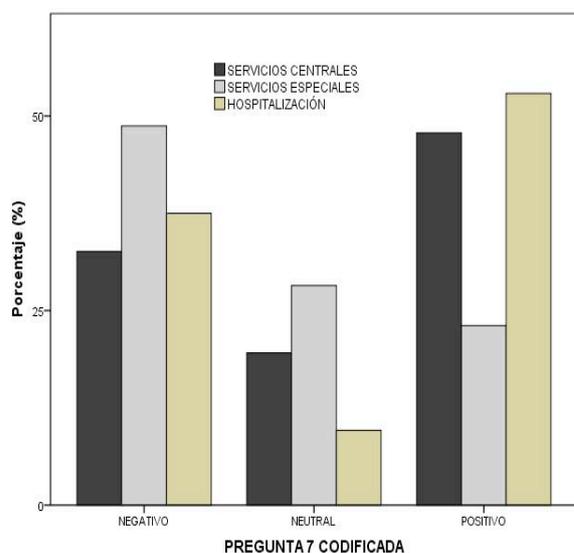


Figura 120: pregunta 7 codificada

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,802 ^a	4	,008
Razón de verosimilitudes	14,334	4	,006
Asociación lineal por lineal	,226	1	,635
N de casos válidos	189		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,19.

Tabla 83: pregunta 7 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 7 CODIFICADA	NEGATIVO	15	19	39	73
	NEUTRAL	9	11	10	30
	POSITIVO	22	9	55	86
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 14: Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.

Explicación resultado pregunta 14: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig.120), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =1,712 p > 0.05, su valor es 0,788) (Tabl. 84). En este caso, el 63,04% (29 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 66,66% (26 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 67,30% (70 de

104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que siempre o casi siempre trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (Tabl. 85).

Tabla 84: prueba de chi-cuadrado, pregunta 14

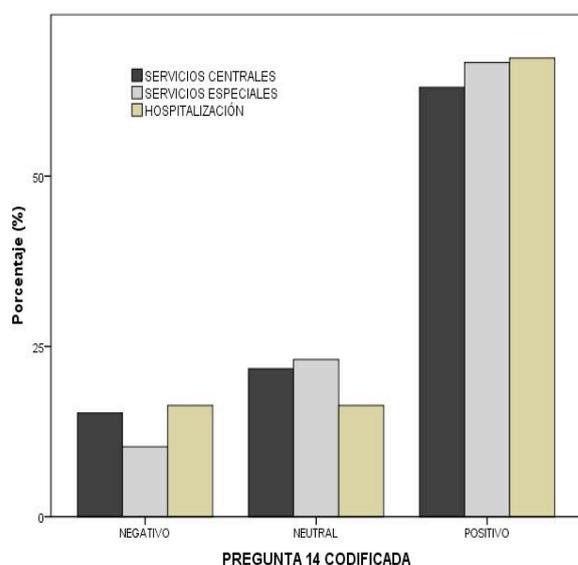


Figura 121: pregunta 14 codificada.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,712 ^a	4	,788
Razón de verosimilitudes	1,766	4	,779
Asociación lineal por lineal	,021	1	,885
N de casos válidos	189		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,78.

Tabla 85: pregunta 14 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 14 CODIFICADA	NEGATIVO	7	4	17	28
	NEUTRAL	10	9	17	36
	POSITIVO	29	26	70	125
Total		46	39	104	189

Dimensión 10: “Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (SP).”

En esta dimensión se mide la percepción de los mandos en relación a la SP mediante tres preguntas.

PREGUNTA 23: La gerencia o la dirección del hospital facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.

Explicación resultado pregunta 23: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que la gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeros de las tres áreas de atención (Fig.122), (test de Chi-Cuadrado: $N = 189$; Valor Chi-cuadrado = 4,307 $p > 0.05$, su valor es 0,366) (Tabl. 86). En este caso, el 41,30% (19 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 51,35% (19 de 37) de los enfermeros de los servicios especiales y el 42,30% (44 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que nunca o casi nunca, la gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (Tabl. 87).

Tabla 86: pruebas de chi-cuadrado, pregunta 23

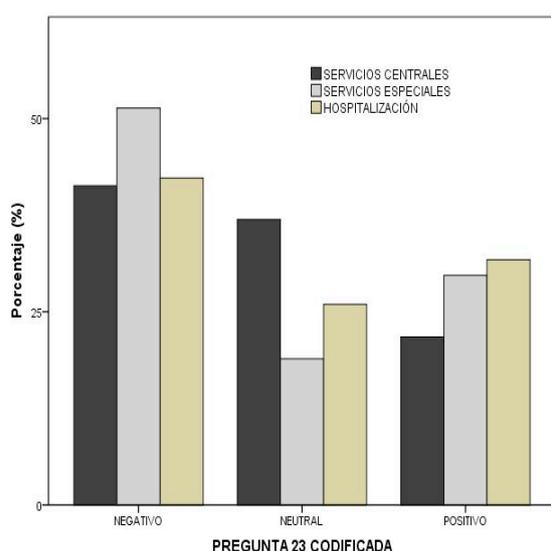


Figura 122: pregunta 23 codificada.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,307 ^a	4	,366
Razón de verosimilitudes	4,308	4	,366
Asociación lineal por lineal	,478	1	,489
N de casos válidos	187		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,09.

Tabla 87: pregunta 23 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 23 CODIFICADA	NEGATIVO	19	19	44	82
	NEUTRAL	17	7	27	51
	POSITIVO	10	11	33	54
Total		46	37	104	187

PREGUNTA 30: La gerencia o la dirección del hospital muestran con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades

Explicación Resultado pregunta 30: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que la gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig 123), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =6,101 p > 0.05, su valor es 0,192) (Tabl. 88). En este caso, el 43,47% (20 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 35,89% (14 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 25,96% (27 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que nunca o casi nunca, la gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (Tabl. 89).

Tabla 88: pruebas de chi-cuadrado, pregunta 30

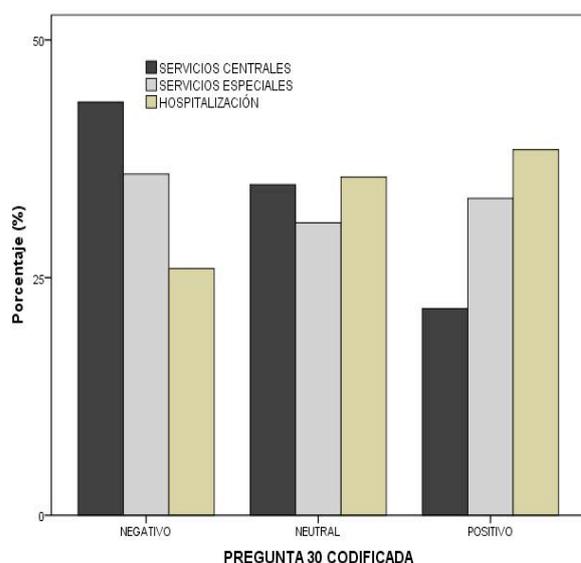


Figura 123: pregunta 30 codificada.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,101 ^a	4	,192
Razón de verosimilitudes	6,240	4	,182
Asociación lineal por lineal	5,748	1	,017
N de casos válidos	189		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,59.

Tabla 89: pregunta 30 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 30 CODIFICADA	NEGATIVO	20	14	27	61
	NEUTRAL	16	12	37	65
	POSITIVO	10	13	40	63
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 31: La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.

Explicación Resultado pregunta 31: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que la gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig 124), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =3,903 p > 0.05, su valor es 0,419) (Tabl.90). En este caso, el 54,34% (25 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 51,28% (20 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 40,38% (42 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que siempre o casi siempre la gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (Tabl. 91).

Tabla 90: prueba de chi-cuadrado, pregunta 31

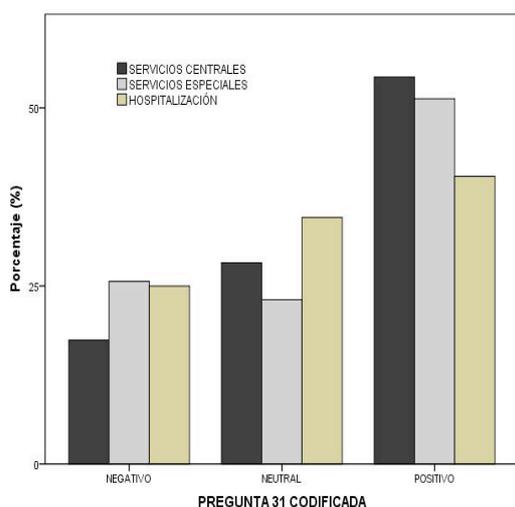


Figura 124: pregunta 31 codificada.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,903 ^a	4	,419
Razón de verosimilitudes	3,999	4	,406
Asociación lineal por lineal	2,364	1	,124
N de casos válidos	189		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,08.

Tabla 91: pregunta 31 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 31 CODIFICADA	NEGATIVO	8	10	26	44
	NEUTRAL	13	9	36	58
	POSITIVO	25	20	42	87
Total		46	39	104	189

C. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL

Dimensión 11. Trabajo en equipo entre unidades (Agrupa 4 ítems)

PREGUNTA 26: Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente

Explicación resultado pregunta 26: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig 125), (test de Chi-Cuadrado: $N = 189$; Valor Chi-cuadrado = 5,383 $p > 0.05$, su valor es 0,250) (Tabl. 92). En este caso, el 54,34% (25 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 48,71% (19 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 52,88% (55 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que siempre o casi siempre hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente (Tabl. 93).

Tabla 92: prueba de chi-cuadrado, pregunta 26

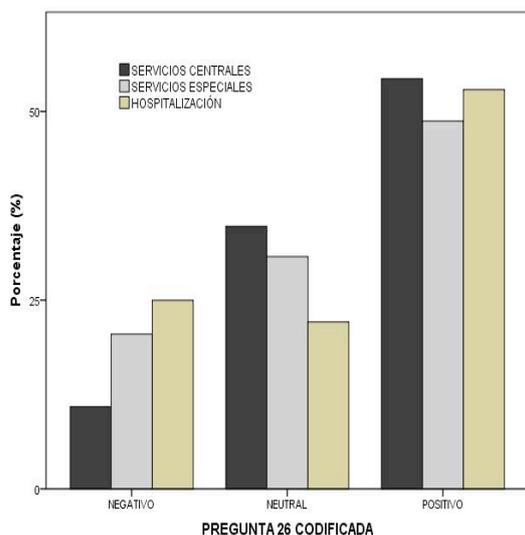


Figura 125: pregunta 26 codificada.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,383 ^a	4	,250
Razón de verosimilitudes	5,735	4	,220
Asociación lineal por lineal	1,059	1	,303
N de casos válidos	189		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,05.

Tabla 93_: pregunta 26 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 26 CODIFICADA	NEGATIVO	5	8	26	39
	NEUTRAL	16	12	23	51
	POSITIVO	25	19	55	99
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 32: Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible

Explicación resultado pregunta 32: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig 126), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =2,064 p > 0.05, su valor es 0,724) (Tabl. 94). En este caso, el 50,00% (23 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 43,58% (17 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 43,26% (45 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que siempre o casi siempre los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible (Tabl. 95).

Tabla 94: prueba de chi-cuadrado, pregunta 32.

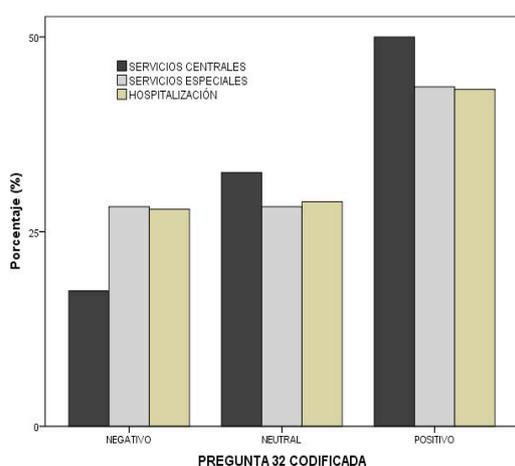


Figura126: pregunta 42 codificada.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,064 ^a	4	,724
Razón de verosimilitudes	2,185	4	,702
Asociación lineal por lineal	1,212	1	,271
N de casos válidos	189		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,90.

Tabla 95: pregunta 32 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 32 CODIFICADA	NEGATIVO	8	11	29	48
	NEUTRAL	15	11	30	56
	POSITIVO	23	17	45	85
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 24: Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.

Explicación resultado pregunta 24: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig 127), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =8,433 p > 0.05, su valor es 0,077 (Tabl. 96)). En este caso, el 36,95% (17 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 46,15% (18 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 43,26% (45 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que siempre o casi siempre las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas (Tabl 97).

Tabla 96: pruebas de chi-cuadrado, pregunta 24

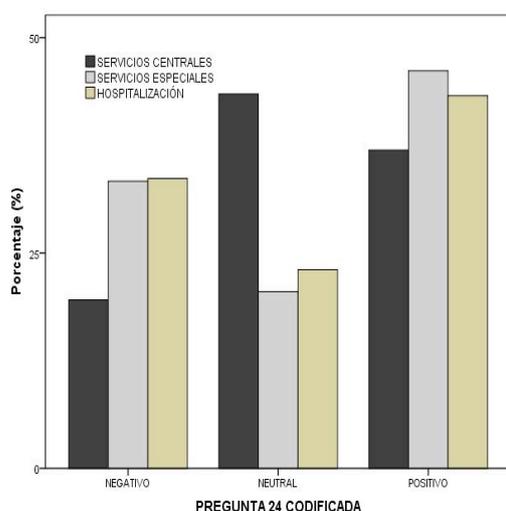


Figura 127: pregunta 24 codificada.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,433 ^a	4	,077
Razón de verosimilitudes	8,135	4	,087
Asociación lineal por lineal	,271	1	,603
N de casos válidos	189		

Tabla 97: pregunta 24 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 24 CODIFICADA	NEGATIVO	9	13	35	57
	NEUTRAL	20	8	24	52
	POSITIVO	17	18	45	80
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 28: Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/Unidades.

Explicación resultado pregunta 28: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que no suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/Unidades, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig 128), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =4,268 p > 0.05, su valor es 0,371) (Tabl. 98). En este caso, el 47,82% (22 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 56,41% (22 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 43,26% (45 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que nunca o casi nunca, suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/Unidades (Tabl. 99).

Tabla 98: pruebas de chi-cuadrado, pregunta 28.

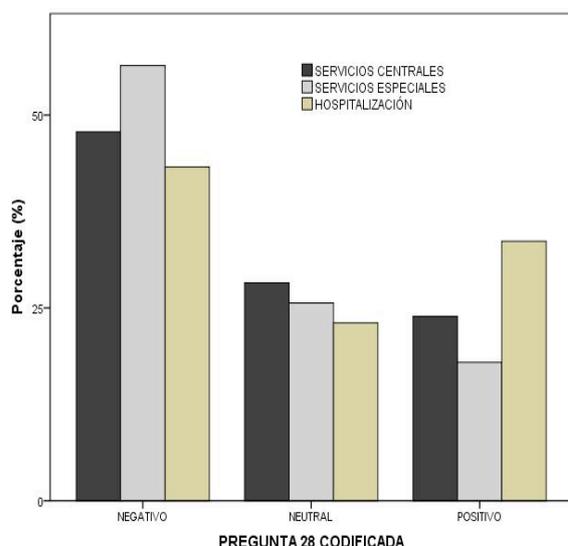


Figura 128: pregunta 28 codificada.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,268 ^a	4	,371
Razón de verosimilitudes	4,381	4	,357
Asociación lineal por lineal	1,527	1	,217
N de casos válidos	189		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,70.

Tabla 99: pregunta 28 codificada.

Tabla de contingencia

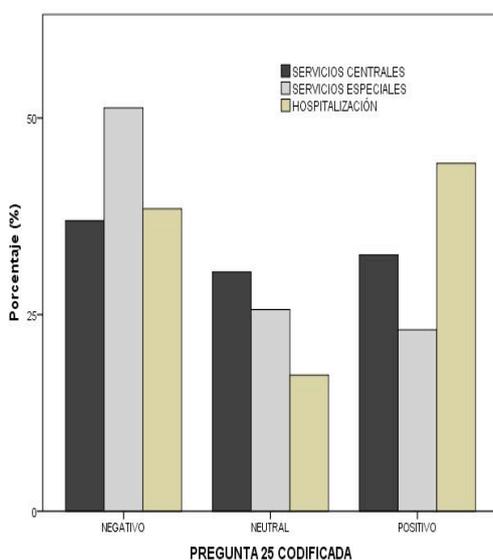
Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 28 CODIFICADA	NEGATIVO	22	22	45	89
	NEUTRAL	13	10	24	47
	POSITIVO	11	7	35	53
Total		46	39	104	189

Dimensión 12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades (Agrupa 4 ítems)

PREGUNTA 25: La información de los paciente se pierde, en parte, cuando éstos se transfiere desde una unidad /servicio a otra.

Explicación resultado pregunta 25: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que la información de los paciente no se pierde, en parte, cuando éstos se transfiere desde una unidad /servicio a otra , en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig 129), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =7,838 p > 0.05, su valor es 0,098) (Tabl. 100). En este caso, el 36,95% (17 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 51,28% (20 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 39,46% (40 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que nunca o casi nunca, la información de los paciente se pierde, en parte, cuando éstos se transfiere desde una unidad /servicio a otra Tabl. 101).

Tabla 100: pruebas de chi-cuadrado, pregunta 25.



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,838 ^a	4	,098
Razón de verosimilitudes	7,949	4	,093
Asociación lineal por lineal	,998	1	,318
N de casos válidos	189		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,67.

Figura129: pregunta 25 codificada.

Tabla 101: pregunta 25 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 25 CODIFICADA	NEGATIVO	17	20	40	77
	NEUTRAL	14	10	18	42
	POSITIVO	15	9	46	70
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 27: En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente

Explicación resultado pregunta 27: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que en los cambios de turno no se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig. 130) (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =6,425 p > 0.05, su valor es 0,170) (Tabl. 102). En este caso, el 54,34% (25 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 30,76% (12 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 52,88% (55 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que nunca o casi nunca, en los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (Tabl. 103).

Tabla102: pruebas de chi-cuadrado, pregunta 27.

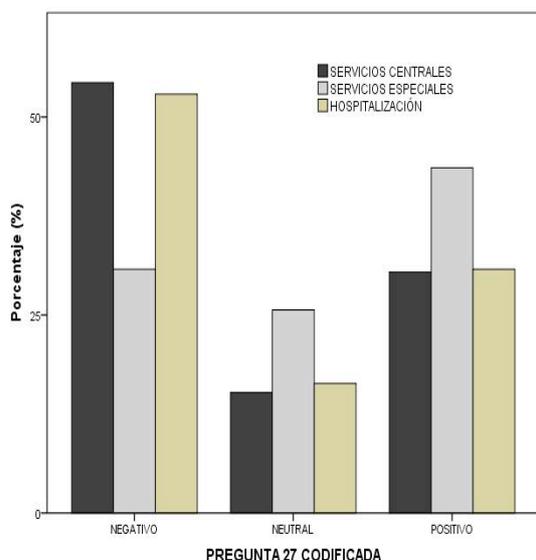


Figura 130: pregunta 27 codificada.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,425 ^a	4	,170
Razón de verosimilitudes	6,560	4	,161
Asociación lineal por lineal	,091	1	,763
N de casos válidos	189		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,02.

Tabla 103: pregunta 27 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 27 CODIFICADA	NEGATIVO	25	12	55	92
	NEUTRAL	7	10	17	34
	POSITIVO	14	17	32	63
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 29: El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.

Explicación resultado pregunta 29: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que el intercambio de información entre los diferentes servicios no es habitualmente problemático, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig. 131) (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =0,394 p > 0.05, su valor es 0,983) (Tab. 104). En este caso, el 43,47% (20 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 48,71% (19 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 46,15% (48 de 103) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que

nunca o casi nunca, el intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático (Tab.105).

Tabla104: pruebas de chi-cuadrado, pregunta 29

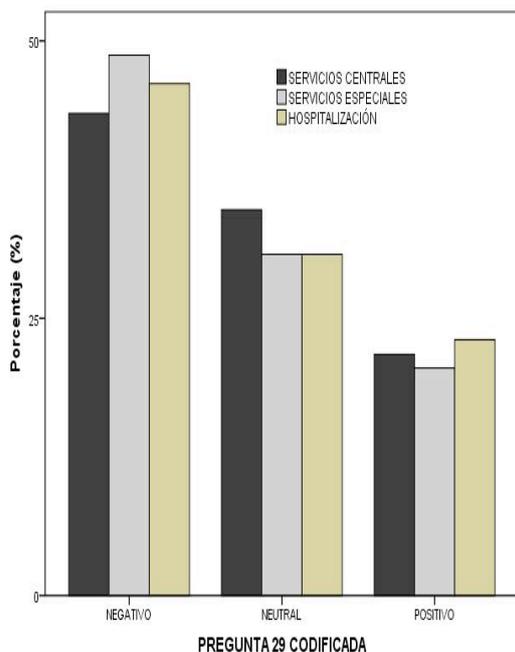


Figura 131: pregunta 29 codificada.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,394 ^a	4	,983
Razón de verosimilitudes	,391	4	,983
Asociación lineal por lineal	,000	1	,983
N de casos válidos	189		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,67.

Tabla 105: pregunta 29 codificada.

Tabla de contingencia

Recuento

		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 29 CODIFICADA	NEGATIVO	20	19	48	87
	NEUTRAL	16	12	32	60
	POSITIVO	10	8	24	42
Total		46	39	104	189

PREGUNTA 33: Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.

Explicación resultado pregunta 33: No se encontraron diferencias significativas en la proporción de enfermeras que reconocen que no surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno, en función del área de atención en el que realiza su trabajo, donde el porcentaje que respondió de manera positiva, neutral o negativa fue similar entre los enfermeras de las tres áreas de atención (Fig.132), (test de Chi-Cuadrado: N = 189; Valor Chi-cuadrado =5,858 p > 0.05, su valor

es 0,210) (Tabl.106). En este caso, el 54,34% (25 de 46) de los enfermeros de servicios centrales, el 46,15% (18 de 39) de los enfermeros de los servicios especiales y el 54,80% (57 de 104) de los enfermeros del área de hospitalización respondieron que nunca o casi nunca, surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (Tabl. 107).

Tabla106: pruebas de chi-cuadrado, pregunta 33

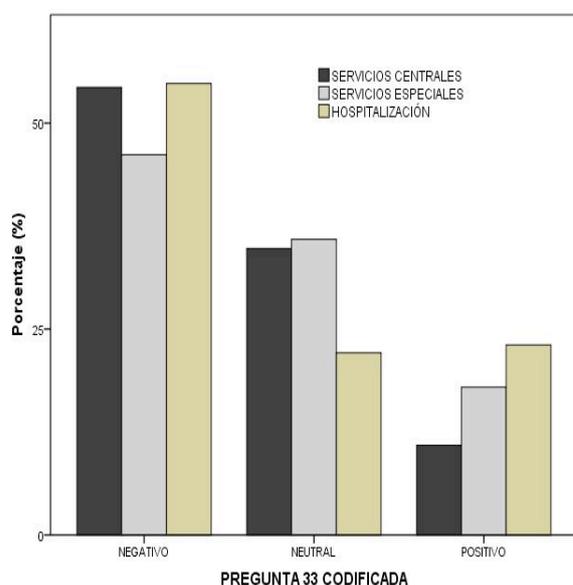


Figura 132: pregunta 33 codificada.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,858 ^a	4	,210
Razón de verosimilitudes	6,094	4	,192
Asociación lineal por lineal	,548	1	,459
N de casos válidos	189		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,43.

Tabla107: pregunta 33 codificada.

Tabla de contingencia

		PREGUNTA 50 CODIFICADA			Total
		SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS ESPECIALES	HOSPITALIZACIÓN	
PREGUNTA 33 CODIFICADA	NEGATIVO	25	18	57	100
	NEUTRAL	16	14	23	53
	POSITIVO	5	7	24	36
Total		46	39	104	189

8. DISCUSIÓN

8. DISCUSIÓN

Datos socio profesionales

Los datos obtenidos en nuestra investigación los vamos a comparar con tres estudios, uno a nivel nacional realizado por el MSSSI, otro a nivel de la Comunidad de Extremadura y el tercero esta realizado en el Hospital Universitario Donostia (HUD) y solamente participa Enfermería, a diferencia de los anteriores que participan todos los profesionales sanitarios. En ellos se valora la CSP y han utilizado el mismo cuestionario que en nuestra investigación. Los estudios que vamos a utilizar para la discusión tienen como objetivo conocer la percepción de los profesionales sobre la cultura de seguridad del paciente en sus hospitales para identificar fortalezas y debilidades que sirvan de punto de partida para la realización de estrategias de mejora. Nuestra idea es confrontar nuestros resultados con los suyos para enriquecer la discusión. Los estudios son:

El primero realizado por el MSSSI en 2008, cuyo título es: Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español⁷⁰. Este estudio como hemos comentado anteriormente se ha realizado en distintos hospitales del ámbito nacional agrupados en tres clases, grandes, medianos y pequeños en función de las camas de las que disponían. Como los resultados están disgregados según el tamaño de los hospitales, nosotros lo vamos a comparar con los datos generales y con los de los hospitales medianos que son aquellos que tienen entre 200 y 499 camas. El HM tiene 332 camas de ahí que lo comparemos con los que el MSSSI ha catalogado de medianos.

El segundo estudio es el realizado en 2009 en nuestra Comunidad Autónoma de Extremadura por la Comisión de Seguridad Clínica del Área de Salud de Llerena-Zafra³⁹ donde participaron todos los profesionales sanitarios del complejo hospitalario. Los datos de los que se dispone son escasos por lo que partimos de las limitaciones del estudio como recoge la bibliografía³⁹, pero nos ha parecido interesante hacerlo ya que es el único estudio realizado en Extremadura.

El tercer estudio con el que vamos a confrontar nuestros datos es el publicado en 2016, es una tesis doctoral presentada en el año 2016 en la Universidad de Zaragoza, Facultad Ciencias de la Salud, Departamento de Fisiatría y Enfermería, donde se analiza la cultura de seguridad de las enfermeras hospitalarias¹⁵⁷. Es el primer estudio que analiza la CSP de las Enfermeras específicamente en atención especializada. Se llevó a cabo en el HUD y el cuestionario utilizado en el estudio es el Cuestionario para enfermeras hospitalarias sobre seguridad del paciente (CEHSP) que es una adaptación del que nosotros hemos empleado, discutiremos con los resultados que son comunes en ambos cuestionarios. Su autora es Aintzane Orkaizagirre Gómara.

Tasa de Respuesta:

En nuestra investigación hemos analizado 192 cuestionarios, la tasa de respuesta ha sido un 65,08% (en una única fase) es la más alta con respecto a la de

los estudios con los que vamos a confrontar nuestros datos. El estudio del MSSSI analizó 2503 encuestas, su tasa de respuesta fue de un 40% (en dos fases) aunque a diferencia del nuestro se encuestaba a todos los profesionales sanitarios, en los hospitales medianos fue de un 42%, Enfermería tuvo una participación en el estudio de un 35,5%. El estudio de Llerena-Zafra la tasa de respuesta fue de un 42,11%, no disponemos del dato de cuantos cuestionarios se analizaron, pero fueron cumplimentados por todos los profesionales sanitarios, el 41% de los participantes en el estudio correspondió a Enfermería. En el estudio de UHD se analizaron 260 cuestionarios, su tasa de respuesta es de un 47,1% conseguida en una única fase y la investigación al igual que la nuestra se centra exclusivamente en Enfermería.

Análisis de Datos Socioprofesionales:

Los servicios que han participado en nuestra investigación se han agrupado en tres bloques, SSCC con un 22% de participación, SSEE con un 24% y Hospitalización con un 54%.

La media de horas de trabajo semanal en el HM es 37,28 horas, en el estudio del MSSSI se recoge a nivel global que el 57,2% trabajan entre 20/39 horas y en los hospitales medianos el 54,4% entre 20/39 horas semanales. En los otros dos estudios no se recoge este dato.

La media de **años de profesión** de los participantes en nuestro estudio es de 21,71 años, con un rango entre 41 años y tres meses. El MSSSI el porcentaje más alto, 42% le corresponde al rango de 21 años o más. El estudio Llerena-Zafra no recoge este dato. El de HUD la media que recoge de años de profesión es de 14,7 años, con una oscilación entre 39 años y un mes.

La media de **años trabajados en el Hospital**, nuestro estudio la sitúa en 15,41 años y el rango oscila entre 41 años y tres meses, lo que refleja la poca movilidad externa que tiene la Enfermería y el gran conocimiento que tienen sobre el Hospital. Los datos del MSSSI recogen que en los hospitales medianos el 38,7% lleva entre 11 y 20 años. Del estudio Llerena-Zafra no se dispone de este dato. En el UHD la media fue de 11,4 años con una variación entre un mes y 39 años.

La media de años trabajados en la **Unidad/Servicio** en el estudio del HM es de 8,59 años, por lo que los participantes tienen un gran conocimiento acerca de su Unidad/Servicio. Los datos del MSSSI recogen que el 21,1% de los participantes llevaban entre 6 y 10 años. Del estudio Llerena-Zafra no se dispone de este dato. En el UHD la media es de 4,8 años en la Unidad/Servicio. Nuestros participantes son los que más años llevan trabajando en su Unidad/Servicio.

Análisis de Datos sobre la CS y comunicación de EA.:

El 85,4% de los participantes en nuestra investigación no han comunicado ningún EA en el último año, frente a un 14,6% que sí lo hizo. La media de notificación de incidentes por Enfermera/o es de 0,49 y el rango de notificaciones oscila entre 0 y 12. En el estudio del MSSSI el 77,8% indicó no haber comunicado ningún EA en el último año, frente a un 22.2% que sí lo hizo, de estos el 95% dice haber comunicado al menos 2. En el estudio Llerena-Zafra el 86,7% no notificaron ningún EA en el último año, es el único estudio que nos supera en porcentaje de no notificaciones aunque nuestros resultados se acercan a los suyos. En el estudio UHD el 73,8% indicó no haber notificado ningún incidente en el último año, frente a un 26,6% que sí lo hizo. La media de notificación de incidentes por Enfermería fue de 0,50 y el rango de notificaciones oscila entre 0 a 6. La media de comunicación de EA es prácticamente igual en el HUD y el HM.

La percepción de los participantes sobre la SP se ha calificado con una escala de 0 a 10 y es la siguiente (Tabla 108):

En el HM la SP en la Unidad/ Servicio la calificación media se sitúa en 6,75 y la mediana en 7. Un 25% de los encuestados la calificaron por debajo de 6 y el otro 25% por encima de 8.

El estudio del MSSSI recoge la media en un 7, en los Hospitales Medianos un 6,9, la mediana 7,5 y un 25% calificaron por debajo de 6, otro 25% por encima de 8.

La media del estudio Llerena-Zafra se sitúa en un 7,2, no disponemos de más datos.

La calificación media en el estudio UHD fue de 7,2 y la mediana de 7,5, con un 25% de participantes que indicaron una calificación por debajo de 6,5 y otro 25% que lo hicieron por encima de 8.

La nota más baja asignada al clima de Seguridad es la de la Enfermería del HM.

Tabla 108: percepción del clima de seguridad.

ESTUDIOS	H. MÉRIDA	ESTUDIO MINISTERIO	ESTUDIO LLERENA	ESTUDIO HUD
MEDIA	6,75	7 6,9(M)	7,56	7,2
MEDIANA	7	7,5	S.D*	7,5
PERCENTIL25	6	6	S.D*	6,5
PERCENTIL 75	8	8	S.D*	8

S.D*: sin datos. (M): hospitales medianos.

El 95,8% de los participantes en nuestro estudio tienen **contacto directo con los pacientes**, en el estudio del MSSSI el 93%, en el caso de Llerena-Zafra el 90,6% y en el HUD es el 100% (Tabla 109), en este estudio se descartaron los supervisores cosa que en el nuestro no ocurrió.

Tabla 109: porcentaje contacto directo con pacientes

ESTUDIOS	H. MÉRIDA	ESTUDIO MINISTERIO	ESTUDIO LLERENA/ZAFRA	ESTUDIO HUD
CONTACTO PACIENTES	95,8%	93%	90,6%	100%

Las respuestas de la Enfermería del HM con respecto a la Dimensión 1 que mide la percepción de la **“FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS”** es positiva ya que el 50,78% de las respuestas son favorables, sin embargo resulta contradictoria el porcentaje tan alto de enfermeros que no han hecho ninguna notificación en el último año y a pesar de que la calificación media del clima de seguridad percibido por la Enfermería sea aceptable. En la investigación del MSSSI se recoge un 46,9% de respuestas positivas, en los Hospitales Medianos un 45,6%. No disponemos de datos de Llerena-Zafra. El estudio del HUD le asigna a esta dimensión un 45,2% de respuestas positivas (Tabla 110). Nuestro Hospital es el que más positivamente valora la frecuencia de EA notificados que no producen efectos adversos en los pacientes, sin embargo somos los que calificamos más bajo el clima de seguridad y los segundos en no notificaciones.

Tabla 110: porcentaje de respuestas positivas de la Dimensión 1.

ESTUDIOS	H. MÉRIDA	ESTUDIO MINISTERIO	ESTUDIO LLERENA/ZAFRA	ESTUDIO HUD
DIMENSIÓN 1 Respuestas Positivas	50,78%	46,9% 45,6%(M)	ND*	45,2%

ND*No disponemos de datos. (M): hospitales medianos.

La percepción de la Enfermería del HM con respecto a la Dimensión 2 que mide **“PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD”** es positiva ya que el 44,92% de ellas es favorable, el MSSSI le asigna un 48,4% de respuestas positivas, en los Hospitales Medianos un 47,1%. No disponemos de datos de Llerena-Zafra y el HUD la mayoría de los participantes tienen una percepción negativa el 43,1% de respuestas lo constatan (Tabla 111). El 50% de nuestros participantes tienen una percepción positiva sobre el compromiso de su Unidad con la SP, al igual que los del MSSSI, sin embargo los del HUD su percepción es negativa.

Tabla 111: porcentaje de respuestas positivas de la Dimensión 2.

ESTUDIOS	H. MÉRIDA	ESTUDIO MINISTERIO	ESTUDIO LLERENA/ZAFRA	ESTUDIO HUD
DIMENSIÓN 2 Respuestas Positivas	44,92%	48,4% 47,1%(M)	ND*	43,1%(-)

ND*:No disponemos de datos. (M): hospitales medianos.

La percepción de la Enfermería del HM con respecto a la Dimensión 3 que mide las **“EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA SUPERVISIÓN QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD”** es positiva ya que el 69,40%, el estudio del MSSSI es de un 61,8% de respuestas positivas, en los Hospitales Medianos un 60,8%. No disponemos de

datos de Llerena-Zafra. En el UHD es un 68,3% de respuestas positivas (Tabla 112). Nuestro estudio es el que valora más positivamente las acciones que los supervisores llevan a cabo en lo relacionado con la SP, de hecho se acerca a la consideración de fortaleza. Los supervisores están muy bien considerados por los participantes de los distintos estudios.

Tabla 112: porcentaje de respuestas positivas de la Dimensión 3.

ESTUDIOS	H. MÉRIDA	ESTUDIO MINISTERIO	ESTUDIO LLERENA/ZAFRA	ESTUDIO HUD
DIMENSIÓN 3 Respuestas Positivas	69,40%	61,8% 60,8%(M)	ND*	68,3%

ND*: No disponemos de datos. (M): hospitales medianos.

La percepción de la Enfermería del HM con respecto a la Dimensión 4 que mide el “**APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL/MEJORA CONTINUA**” es positiva ya que el 63,19% de ellas es favorable, frente al 54,4% de respuestas positivas del estudio del MSSSI, en los Hospitales Medianos un 54,5%. No disponemos de datos de Llerena-Zafra. El HUD la valora con un 61,9% de respuestas positivas (Tabla 113). Nuestro estudio es el que valora más positivamente las actividades y medidas dirigidas a garantizar la SP.

Tabla 113: porcentaje de respuestas positivas de la Dimensión 4..

ESTUDIOS	H. MÉRIDA	ESTUDIO MINISTERIO	ESTUDIO LLERENA/ZAFRA	ESTUDIO HUD
DIMENSIÓN 4 Respuestas Positivas	63,19%	54,4% 54,5%(M)	ND*	61,9%

ND*: No disponemos de datos. (M): hospitales medianos.

La enfermería del HM la Dimensión que más ha valorado ha sido la 5 que mide el “**TRABAJO EN EQUIPO DENTRO DE LA UNIDAD**” ya que el 75,65% de las respuestas son positivas por lo que hay que considerarla como fortaleza. La respuesta del estudio del MSSSI en esta dimensión fue un 71,8% de respuestas positivas, en los Hospitales Medianos un 70,7%. No disponemos del porcentaje total de respuestas positivas del Estudio Llerena-Zafra, la bibliografía recoge que está considerada como Fortaleza por lo que podemos deducir que el 75% o más de las respuestas son positivas. El HUD la valora con un 78,9% de respuestas positivas (Tabla 114). Tanto nuestro estudio como el de Llerena-Zafra como el de HUD valoran esta dimensión como una fortaleza.

Tabla 114: porcentaje de respuestas positivas de la Dimensión 5.

ESTUDIOS	H. MÉRIDA	ESTUDIO MINISTERIO	ESTUDIO LLERENA/ZAFRA	ESTUDIO UHD
DIMENSIÓN 5 Respuestas Positivas	75,65%	71,8% 70,7%(M)	FORTALEZA	78,9%

ND*: No disponemos de datos. (M): hospitales medianos.

La percepción de la Enfermería del HM con respecto a la Dimensión 6 que mide la **“FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN”** es positiva, ya que el 50,35% de las respuestas así la consideran. La respuesta del estudio del Ministerio es 47,9% positivas, en los Hospitales Medianos un 48,5%. No disponemos de datos de Llerena-Zafra y la valoración de la del HUD 42,5% positivas. (Tabla 115). Nuestro estudio es el que la valora más positivamente la comunicación entre los miembros del equipo.

Tabla 115: porcentaje de respuestas positivas de la Dimensión 6.

ESTUDIOS	H. MÉRIDA	ESTUDIO MINISTERIO	ESTUDIO LLERENA/ZAFRA	ESTUDIO HUD
DIMENSIÓN 6 Respuestas Positivas	50,35%	47,9% 48,5%(M)	ND*	42,5%

ND*: No disponemos de datos. (M): hospitales medianos.

La percepción de la Enfermería del HM con respecto a la Dimensión 7 que mide el **“FEED-BACK Y COMUNICACIÓN SOBRE ERRORES”** es positiva, ya que el 47,05% de ellos así la consideran, es favorable la del MSSSI 43,8%, en los Hospitales Medianos un 43,3% de respuestas positivas. No disponemos de datos de Llerena-Zafra. El UHD la considera con 41,1% de respuestas positivas (Tabla 116). Nuestro estudio es el que la valora más positivamente el feed-back y la comunicación una vez que se produce un error en la Unidad.

Tabla 116: porcentaje de respuestas positivas de la Dimensión 7.

ESTUDIOS	H. MÉRIDA	ESTUDIO MINISTERIO	ESTUDIO LLERENA/ZAFRA	ESTUDIO UHD
DIMENSIÓN 7 Respuestas Positivas	47,05%	43,8% 43,3%(M)	ND*	41,1%

ND*: No disponemos de datos. (M): hospitales medianos.

La percepción de la Enfermería del HM con respecto a la Dimensión 8 que mide la **“RESPUESTA NO PUNITIVA A LOS ERRORES”** es positiva, ya que el 47,92% es favorable. El estudio del MSSSI le asigna un 52,9% de respuestas positivas, en los Hospitales Medianos un 52,6%. No disponemos de datos de Llerena-Zafra. El HUD le asigna el 49,2% de respuestas positivas (Tabla 117). La percepción de los encuestados sobre las acciones punitivas tras cometer un error es que no es utilizado en su contra aunque temen que este hecho quede reflejado en su expediente, los resultados de los distintos estudios son similares.

Tabla 117: porcentaje de respuestas positivas de la Dimensión 8.

ESTUDIOS	H. MÉRIDA	ESTUDIO MINISTERIO	ESTUDIO LLERENA/ZAFRA	ESTUDIO HUD
DIMENSIÓN 8 Respuestas Positivas	47,92%	52,9% 52,6%(M)	ND*	49,2%

ND*: No disponemos de datos. (M): hospitales medianos.

La percepción de la Enfermería del HM con respecto a la Dimensión 9 que mide la **“DOTACIÓN DE PERSONAL”** es negativa así lo constatan el 61,85% de los encuestados. Igualmente ocurre en el estudio del MSSSI que le asigna un 61,7% de

respuestas negativas, en los Hospitales Medianos un 63,4%. No disponemos de datos de Llerena-Zafra. El estudio del HUD coincide con los anteriores otorgándole un 67% de respuestas negativas (Tabla 118). Todos los estudios consideran esta dimensión negativamente ya que piensan que los RRHH son insuficientes para garantizar la SP, el valor que le asignan es similar y los valores obtenidos las hacen ser consideradas como una debilidad en todos los Estudios.

Tabla 118: porcentaje de respuestas negativas de la Dimensión 9.

ESTUDIOS	H. MÉRIDA	ESTUDIO MINISTERIO	ESTUDIO LLERENA/ZAFRA	ESTUDIO HUD
DIMENSIÓN 9 Respuestas Negativas	61,85%	61,7% 63,4%(M)	ND*	67%

ND*: No disponemos de datos. (M): hospitales medianos.

La percepción de la Enfermería del HM con respecto a la Dimensión 10 que mide el **“APOYO DE LA GERENCIA DEL HOSPITAL EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP)”** es negativa, ya que el 40,94% de las respuestas son desfavorables. Así mismo el estudio del MSSSI le asigna un 45,5% de respuestas negativas, en los Hospitales Medianos un 45,7%. Los datos de Llerena-Zafra recogen que esta dimensión es la menos valorada positivamente aunque no llega a ser una debilidad. El UHD le da un 54,7% de respuestas negativas (Tabla 119). Esta dimensión es valorada negativamente por todos los estudios, ya que todos opinan que las gerencias apoyan poco a la SP, nuestro Hospital es la que la valora menos negativamente.

Tabla 119: porcentaje de respuestas negativas de la Dimensión 10..

ESTUDIOS	H. MÉRIDA	ESTUDIO MINISTERIO	ESTUDIO LLERENA/ZAFRA	ESTUDIO HUD
DIMENSIÓN 10 Respuestas Negativas	40,94%	45,5% 45,7%(M)	La menos valorada positivamente.	54,7%

ND*: No disponemos de datos (M): hospitales medianos

La percepción de la Enfermería del HM con respecto a la Dimensión 11 que mide el **“TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES”** es positiva ya que el 43,75% de ellas son favorables. El estudio del MSSSI recoge 42,1% de respuestas positivas, en los Hospitales Medianos un 42,5%. El de Llerena-Zafra no disponemos de datos, al igual que del HUD (Tabla 120).

Tabla 120: porcentaje de respuestas positivas de la Dimensión 11.

ESTUDIOS	H. MÉRIDA	ESTUDIO MINISTERIO	ESTUDIO LLERENA/ZAFRA	ESTUDIO HUD
DIMENSIÓN 11 Respuestas Positivas	43,75%	42,1% 42,5%(M)	ND*	ND*

ND*: No disponemos de datos. (M): hospitales medianos.

La percepción de la Enfermería del HM con respecto a la Dimensión 12 que mide el **“PROBLEMAS EN CAMBIOS DE TURNO Y TRANSICIONES ENTRE SERVICIOS/ UNIDADES”** es positiva, ya que el 46,94% de las respuestas son

favorables. El estudio del MSSSI le asigna un 53,7% de respuestas positivas, en los Hospitales Medianos un 52,9%. No disponemos de datos del Llerena-Zafra ni del UHD (Tabla121).

Tabla 121: porcentaje de respuestas negativas de la Dimensión 12.

ESTUDIOS	H. MÉRIDA	ESTUDIO MINISTERIO	ESTUDIO LLERENA/ZAFRA	ESTUDIO HUD
DIMENSIÓN 12 Respuestas Negativas	46,94%	53,7% 52,6%(M)	ND*	ND*

ND: *No disponemos de datos.(M): hospitales medianos

La Enfermería del HM con respecto a la CS en general tiene una percepción positiva, el 47,43% de las respuestas favorables de los encuestados lo confirman, a nivel de Unidad-Servicio el 51,21% de los participantes valoran la CS positivamente, a nivel de Hospital la percepción también está valorada con 41,12% de respuestas positivas (Tabla122). Los participantes la CS que más positivamente valoran es la de su Unidad/Servicio.

Tabla 122: porcentaje de respuestas positivas sobre CS.

ÁREAS TEMÁTICAS	CS GENERAL	CS UNIDAD/SERVICIO	CS HOSPITAL
% RESPUESTAS POSITIVAS	47,43%	51,21%	41,12%

ND *: No disponemos de datos. .(M): hospitales medianos

Fortalezas y debilidades

En cuanto a las fortalezas y las debilidades detectadas en el estudio del HM siguiendo los criterios de clasificación propuestos por la AHRQ¹⁵⁴, son las siguientes:

Fortalezas (> 75% de las respuestas con carácter positivo).

De acuerdo a la metodología del estudio, se considera Fortaleza la Dimensión o ítems en si mismo aquellos que obtenga un 75% o más de respuestas positivas o negativas, según se formulen las preguntas en positivo o negativo. Como Fortaleza en nuestro estudio aparece la **Dimensión 5**, “Trabajo en equipo dentro de la unidad”, mide el trabajo en equipo en la unidad, con un porcentaje global de 75,65% de respuestas positivas.

En el estudio del MSSSI no aparece como fortaleza ninguna de las dimensiones. El de Llerena-Zafra la fortaleza que recoge también es la Dimensión 5, “Trabajo en equipo entre Unidades/Servicios”. El UHD también considera esta dimensión como fortaleza, un 78,9% preguntas positivas (Tabla123).

Tabla 123: dimensiones que son fortalezas.

ESTUDIOS	H. MÉRIDA	ESTUDIO MINISTERIO	ESTUDIO LLERENA/ZAFRA	ESTUDIO HUD
FORTALEZAS	DIMENSIÓN 5 75,65%	NINGUNA	DIMENSIÓN 5 ND%*	DIMENSIÓN 5 78,9%

ND*: No disponemos del dato del porcentaje. (M): hospitales medianos.

Hay que destacar dimensiones en la investigación del HM que aunque no son fortalezas se deben tener en cuenta por el alto porcentaje global de respuestas positivas (Tabla 124), destacan dos de ellas:

- **Dimensión 3:** “Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad o servicio que promueven la seguridad”, con un 69,40% respuestas favorables.
- **Dimensión 4:** “Aprendizaje organizacional/Mejora continua” con un 63,19% de respuestas positivas.

En el del **MSSSI** destacan por el porcentaje global de respuestas con carácter positivo dos de ellas:

- **Dimensión 3:** “Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad o servicio que promueven la seguridad”, con un 61,8% de respuestas positivas, en los Hospitales Medianos 60,8%.
- **Dimensión 5:** “Trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios”, con un 71,8%, en los Hospitales Medianos 70,7%.

En el estudio del UHD las dimensiones con mayor porcentaje de respuestas positivas son:

- **Dimensión 3:** “Expectativas y acciones de la supervisión de la Unidad que favorecen la seguridad” 68,3%.
- **Dimensión 4:** “Aprendizaje organizacional/mejora continua” con un 61,9% de respuestas positivas.

Podemos decir que todos los participantes en los distintos estudios consideran muy favorablemente la labor de los Supervisores en la SP y también el aprendizaje y las acciones de mejora continua que se llevan a cabo en sus centros.

Tabla 124: dimensiones con un alto % de respuestas positivas.

DIMENSIONES CON UN ALTO % DE RESPUESTAS POSITIVAS		
H. MÉRIDA	Dimensión 3 69,40%	Dimensión 4 63,19%
MSSSI	Dimensión 3 61,8% 60,8%(M)	Dimensión 5 71,8% 70,7%(M)
HUD	Dimensión 3 68,3%	Dimensión 4 61,9%
LLERENA/ ZAFRA	ND*	

ND*: No disponemos de datos. (M): hospitales medianos.

Ítems considerados como fortaleza

Destacar los ítems que de manera individual han obtenido una calificación de más del 75% de respuestas positivas (Tabl.125).

Dentro del estudio del **HM** son:

- **Pregunta 1:** “El personal se apoya mutuamente”. Pertenece a la Dimensión 5: “Trabajo en equipo dentro de la Unidad”, 81,3% de respuestas positivas.
- **Pregunta 9:** “Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo”. Pertenece a la Dimensión 4: “Aprendizaje organizacional/Mejora Continua”, 79,7% de respuestas han sido positivas.
- **Pregunta 11:** “Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros”. Pertenece a la Dimensión 5: “Trabajo en equipo dentro de la Unidad”, 77,1% de respuestas positivas.
- **Pregunta 22:** “Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente”, de la Dimensión 3: “Expectativas y acciones de la supervisión que favorecen la seguridad”, 75% de respuestas negativas.

La información obtenida en el del **MSSSI** en cuanto a ítems específicos señala como fortalezas sólo dos:

- **Pregunta 1:** “El personal se apoya mutuamente”. Pertenece a la Dimensión 5: “Trabajo en equipo dentro de la Unidad”, con un 78,8% de respuestas positivas, en los Hospitales Medianos 77,2%.

- **Pregunta 9:** “Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo”. Perteneció a la Dimensión 4: “Aprendizaje organizacional/Mejora Continua”, 76,8% de respuestas positivas, en los Hospitales Medianos 74,8%.

Los ítems considerados como fortalezas en el estudio del **UHD** con más del 75% de respuestas positivas son:

- **Pregunta 1:** “El personal se apoya mutuamente”. Perteneció a la Dimensión 5: “Trabajo en equipo dentro de la Unidad”, 84,6% de respuestas positivas.
- **Pregunta 4:** Perteneció a la Dimensión 5: “Trabajo en equipo dentro de la Unidad” un 76,4% de respuestas positivas.
- **Pregunta 9:** “Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo”. Perteneció a la Dimensión 4: “Aprendizaje organizacional/Mejora Continua”, 77,7% de respuestas positivas.
- **Pregunta 11:** “Pertenece a la Dimensión 5: “Trabajo en equipo dentro de la Unidad”, 84% de respuestas positivas.
- **Pregunta 22:** “Mi superior/jefe no pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente”, pertenece de la Dimensión 3: “Expectativas y acciones de la supervisión que favorecen la seguridad”, 81,8% de respuestas positivas.

Los tres estudios el del HM, el del MSIII y el de UHD, coinciden en dos ítems como fortaleza 1 y 11. HM y UHD coinciden en estos dos, más el 9 y el 22.

Tabla125: ítems considerados fortalezas.

ITEMS CONSIDERADOS FORTALEZAS					
H. MÉRIDA	Pregunta 1 81,3%	Pregunta 9 79,7%	Pregunta 11 77,5 %	Pregunta 22 75 %(-)	
MSSSI	Pregunta1 78,8% 77,2%(M)	Pregunta 9 76,8% 74,8%(M)			
HUD	Pregunta1 84,6%	Pregunta 4 76,4%	Pregunta 9 77,7%	Pregunta 11 84%	Pregunta 22 81,8%
LLERENA/ ZAFRA	ND*				

N:D*: No disponemos de datos. (M): hospitales medianos.

También tenemos que destacar los ítems que han obtenido un alto porcentaje de respuestas favorables (Tabl. 126).

En el **HM**:

- **Pregunta 3:** “Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo”. Pertenece a la Dimensión 5: “Trabajo en equipo dentro de la Unidad”, 74,5% de respuestas positivas.
- **Pregunta 4:** “En esta unidad nos tratamos todos con respeto”, pertenece a la Dimensión 5: “Trabajo en equipo dentro de la Unidad”, 69,8% de respuestas positivas.69,8%.
- **Pregunta 18:** “Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia” de la Dimensión 2: “Percepción de seguridad”, 65,1% de respuestas positivas.
- **Pregunta 19:** “Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar dirección/ supervisión de la riesgos en la seguridad del paciente”, de la Dimensión 3: “Expectativas y acciones de la supervisión que favorecen la seguridad”, 65,6% de respuestas positivas.
- **Pregunta 20:** “, de la Dimensión 3: “Expectativas y acciones de la supervisión que favorecen la seguridad”, 70,8% de respuestas positivas.
- **Pregunta 21:** “Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente”, de la Dimensión 3: “Expectativas y acciones de la supervisión que favorecen la seguridad”, 66,1% de respuestas negativas.
- **Pregunta 35:** “Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad”. Pertenece a la Dimensión 6: “Franqueza en la Comunicación” 66,7% de respuestas positivas.

El **MSSSI** considera los siguientes ítems:

- **Pregunta 3:** “Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo”. Pertenece a la Dimensión 4: “Aprendizaje organizacional/Mejora Continua”, 66,7% de respuestas positivas.
- **Pregunta 4:** “En esta unidad nos tratamos todos con respeto”. Pertenece a la Dimensión 5: “Trabajo en equipo dentro de la Unidad”, 73,1% de respuestas positivas.
- **Pregunta 35:** “Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad”. Pertenece a la Dimensión 6: “Franqueza en la Comunicación” 61,5% de respuestas positivas.

El **UHD** considera los siguientes ítems:

- **Pregunta 3:** “Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo”. Pertenece a la Dimensión 5: “Trabajo en equipo dentro de la Unidad”, 70,5% de respuestas positivas.
- **Pregunta 6:** “Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente”. Pertenece a la Dimensión 4: “Aprendizaje organizacional/Mejora Continua”, 67,1% de respuestas positivas.
- **Pregunta 8:** “Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, no lo utilizan en tu contra” (sentido negativo). Pertenece a la Dimensión 8: “Respuesta no punitiva a los errores”, 72,9% de respuestas negativas.
- **Pregunta 20.** “Mi supervisora tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la SP”. Pertenece a la Dimensión 3: “Expectativas y acciones de la supervisión que favorecen la seguridad”, 70,8% de respuestas positivas.

Nuestro Hospital es el que mayor número de ítems con porcentajes de respuestas positivas tiene.

Tabla 126: ítems con un alto porcentaje de respuestas favorables.

ITEMS CON UN ALTO PORCENTAJE DE RESPUESTAS FAVORABLES					
H. MÉRIDA	Pregunta 3 74,5%	Pregunta 4 69,8%	Pregunta 18 65,1%	Pregunta 19 65,6 % Pregunta 20 70,8 %	Pregunta 21 66,1%(-) Pregunta 35 66,7%
MSSSI	Pregunta 3 66,7%	Pregunta 4 73,1%	Pregunta 35 61,5%		
HUD	Pregunta 3 70,5%	Pregunta 6 67,1%	Pregunta 8 72,9%	Pregunta 20 69,7 %	
LLERENA/ ZAFRA	ND*				

ND *: no disponemos de datos.

Debilidades u oportunidades de mejora:

Según la metodología del estudio son aquellas dimensiones o ítems en si mismo que han obtenido un 50% o más de respuestas positivas o negativas según se formulen las preguntas negativas o positivamente. Con respecto a las **debilidades u oportunidades de mejora de las dimensiones**, percibida por los encuestados globalmente encontramos **en nuestro estudio la Dimensión 9:** “Dotación de personal” con un 61,85% de respuestas con carácter negativo. Destacar que la

dimensión calificada con un alto porcentaje de respuestas negativas ha sido la **Dimensión 10:** “Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (SP)”, 40,94% de respuestas con carácter negativo.

En relación con las **debilidades**, el estudio del MSSSI tampoco cataloga ninguna y nos indica que las dimensiones con más alto poder negativo son:

- **Dimensión 9:** “Dotación de personal” 61,7% de respuestas con carácter negativo, en los Hospitales Medianos 63,4% de respuestas negativas.
- **Dimensión 10:** “Apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente”, 45,5% de respuestas con carácter negativo, en los Hospitales Medianos 45,7% de respuestas negativas.

En el estudio **UHD** las dimensiones catalogadas como debilidad, pero las que más alto porcentaje tienen de respuestas negativas son:

- **Dimensión 9:** “Dotación de personal” 67% de respuestas con carácter negativo.
- **Dimensión 10:** “Apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente”, 54,7% de respuestas negativas.

Coincide nuestro estudio con el MSSSI y el del UHD al considerar la Dimensión 9 y 10 como debilidades u oportunidades de mejora. No disponemos de datos de Llerena-Zafra (Tabl. 127).

Tabla 127: dimensiones con un alto porcentaje de respuestas negativas.

DIMENSIONES CON UN ALTO % DE RESPUESTAS NEGATIVAS		
H. MÉRIDA	Dimensión 9 61,85%	Dimensión 10 40,94%
MSSSI	Dimensión 9 61,7% 63,4%(M)	Dimensión 10 45,5% 45,7%(M)
HUD	Dimensión 9 67%	Dimensión 10 54,7%
LLERENA/ ZAFRA	ND*	

ND *: no disponemos de datos.

En todos los estudios la percepción de los consultados es negativa con respecto a la Dimensión 9: “Dotación de Personal” hay que considerada como

Debilidad, y la Dotación¹⁰: “Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente”, también es valorada negativamente, aunque solo en el Estudio UHD se le puede considerar Debilidad.

En el **HM** los ítems que son considerados como oportunidades de mejora son (Tabl. 128):

- **Pregunta 2:** “Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo”. Pertenece a la Dimensión 9: “Dotación de personal” 62,5% de respuestas negativas.
- **Pregunta 5:** “A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora”. Pertenece a la Dimensión 9: “Dotación de Personal”, 74% de respuestas positivas.
- **Pregunta 14:** “Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa”. Pertenece a la Dimensión 9: “Dotación de Personal”, 65,6% de respuestas positivas

Los ítems del estudio del **MSSI**

- **Pregunta 2:** “Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo”, dimensión «Dotación de personal», con el 62,5% de respuestas negativas.
- **Pregunta 5:** “A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora” 70,4% de respuestas positivas.
- **Pregunta 14:** “Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa”. Pertenece a la Dimensión 9: “Dotación de Personal”, 65,6% de respuestas positivas.
- **Pregunta 31:** “La gerencia del Hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ha ocurrido algún suceso adverso” 54,5% de respuestas positivas

En el **UHD** los ítems que son considerados como debilidades y oportunidades de mejora son:

- **Pregunta 2:** “Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo”. Pertenece a la Dimensión 9: “Dotación de personal”, 63,2% de respuestas negativas.
- **Pregunta 5:** “A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora”. Pertenece a la Dimensión 9: “Dotación de Personal”, 78,8% de respuestas positivas.
- **Pregunta 10.** “No se producen más fallos por casualidad”. Pertenece a la Dimensión 2: “Percepción de la Seguridad”, 57,8% respuestas positivas.

- **Pregunta 14:** “Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa”. Pertenece a la Dimensión 9: “Dotación de Personal”, 76,7% de respuestas positivas.
- **Pregunta 24.:** “Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas”. Pertenece dimensión 10: “Trabajo en equipo entre unidades”, 51% de respuestas negativas.
- **Pregunta 30:** “La gerencia o la dirección del hospital no facilita un clima laboral que favorece la SP”. Pertenece dimensión 10: “Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente”, 62% de respuestas negativas.
- **Pregunta 31.** “La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente”. Pertenece dimensión 10: “Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente”, 59,3% de respuestas positivas.

Tabla 128: ítems que son considerados como debilidades

H. MÉRIDA	Pregunta 2 62,5% negativas	Pregunta 5 74 % positivas	Pregunta 14 65,6 % positivas		
MSSSI	Pregunta 2 62,5% negativas	Pregunta 5 70,4% positivas	Pregunta 14 65,6% positivas	Pregunta 31 54,5% positivas	
HUD	Pregunta 2 63,2% negativas Pregunta 5: 78,8% de respuestas positivas.	Pregunta 10 57,8% Positivas	Pregunta 14: 76,7% de respuestas positivas.	Pregunta 24 51% negativas	Pregunta 30 62% negativas Pregunta 31 59,3% negativas
LLERENA/ ZAFRA	ND*				

ND *: no disponemos de datos.

Las debilidades de nuestro estudio están relacionadas con la “Dotación de Personal” y “Apoyo de la Gerencia en la SP”, en el estudio del MSSSI se recoge como oportunidades de mejora las dimensiones “Dotación de personal”, “Trabajo en equipo entre unidades o servicios”, “Percepción de seguridad” y “Apoyo de la Gerencia en la seguridad del paciente”, como más débiles del HUD en relación a la seguridad del

paciente destacan: “Dotación de personal”, “Apoyo de la gerencia del hospital en la SP” y “Percepción de seguridad”.

9. CONCLUSIONES

9. CONCLUSIONES

1. La herramienta utilizada para la evaluación de CSP en Enfermería ha demostrado, tanto con la validez de constructo como con la consistencia interna, que es un adecuado instrumento de medida. En nuestro estudio hemos analizado un total de 192 encuestas, siendo la tasa de respuesta un 63,08%.

2. Los datos sociodemográficos de los participantes de nuestro estudio nos han permitido deducir que los profesionales del HM tienen mucha experiencia y estabilidad laboral, tanto en el Hospital como en su Unidad/Servicio; por lo que son conocedores del entorno donde trabajan.

3. El clima de Seguridad en el HM es aceptable, pero puede ser mejorable. Sin embargo un porcentaje muy elevado de la Enfermería no ha comunicado ningún EA en el último año, a pesar de que la mayoría de ellos trabajan en hospitalización. La media de notificación de EA/Enfermero es 0,49, cifra que no concuerda con la nota asignada al clima de seguridad, esto puede deberse al temor que han manifestado los participantes de que cuando comunican algún error esto quede reflejado en su expediente y se puedan llevar a cabo acciones punitivas.

4. La percepción de la Enfermería del HM con respecto a las distintas dimensiones es positiva exceptuando las relacionadas con la Dotación de personal y el Apoyo de la gerencia a la SP. La percepción con respecto a la CSP es favorable tanto a nivel general, como a nivel del Hospital y sobre todo a nivel de su Unidad/ Servicio.

5. La Fortaleza detectada ha sido el Trabajo en Equipo, hay que destacar que el personal se apoya mutuamente y que cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros. También sin llegar a ser fortaleza hay que tener en cuenta otras dos Dimensiones por la percepción tan positiva que los encuestados tienen sobre ellas, estas son la implicación de los Supervisores en la SP y las actividades y medidas dirigidas a garantizar la SP de hecho la pregunta “cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo”, es una fortaleza en sí misma.

La dimensión considerada debilidad por parte de los encuestados es la Dotación de personal, ya que piensan que no hay personal suficiente para poder prestar la mejor atención al paciente y que trabajan bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa, también consideran .que la jornada laboral es agotadora, lo que puede comprometer la SP. También tienen una percepción negativa sin llegar a considerarla debilidad con respecto a la implicación de la organización y los gestores en la SP, es necesario que la Enfermería visualice la implicación de la Dirección en la SP y que entiendan que es uno de sus objetivos prioritarios.

6. Las percepciones son diferentes en función del área que trabajan los encuestados, con respecto a las notificaciones de EA, la Enfermería de los SSCC son las que más se notifican y además son los que mayor libertad tienen para hablar sobre los fallos ocurridos. Con respecto a colaborar con lo compañeros cuando hay mucho trabajo

donde más se produce es en los SSEE y es en ellos donde no influye el que haya sustitutos para garantizar la SP.

7. Las oportunidades de mejora para aumentar el clima de SP en el HM, supone diseñar estrategias de intervención que irán encaminadas hacia:

- La revisión de la plantilla de Enfermería, valorando la ratio enfermera/paciente.
- Es necesario visualizar el liderazgo y una actitud proactiva por parte de los gestores y líderes en la SP, para que la Enfermería perciba su implicación.
- Es fundamental fomentar la notificación de EA. y su discusión, con la intención de aprender para mejorar dejando atrás las culpabilidades y las medidas punitivas, para ello se deberá aprovechar la actitud proactiva que los participantes tienen para hacerlo.
- Por otro lado sería bueno para conseguir mejorar la SP en el Hospital de Mérida, apoyarnos en las fortalezas detectadas como son el Trabajo en Equipo y en el reconocimiento de la Enfermería a los Supervisores.
- Como sugerencia proponemos la opción de realizar la encuesta anual o bianual con el fin de evaluar el impacto de las medidas correctoras introducidas.

10. BIBLIOGRAFÍA

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Ruiz-López P. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006 [Acceso 15 de julio de 2014]].
2. OMS. Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. WHO 2009 [consultado 21 Agosto 2015]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds): To err is human. Building a Safer Health System. Washington DC, National Academy Press; 1999.
4. World Health Organization. The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: WHO; 2002.
5. Fifty-Fifth World Health Assembly. Res. WHA55.18. 18 May 2002
6. WHO. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2005. [monografía en Internet]. Geneva: WHO; 2004. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf [acceso 1/10/2014]
7. Comité Europeo de la Sanidad. Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. La prevención de efectos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico. Consejo de Europa CDSP (2004) 41. Estrasburgo, 2004.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; Marzo 2006. Disponible URL: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/notaPrensa20060323Textolntegro.pdf>
9. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006. [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; 2006. [Acceso 15 Julio 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad.htm>
10. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización: ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

11. Aranaz JM^a, Aibar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Med Clín (Barc)*, 2004; 123(1).
12. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente. SiNASP [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2008 [acceso 10 noviembre 2015]. Información general sobre el SiNASP [7 páginas]. Disponible en: https://www.sinasp.es/SiNASP_InformacionGeneral.pdf
13. Aranaz J, Aibar C. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica.[Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social de España; 2009.[acceso 14 marzo 2015].Disponible en:[http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2009/INFORME I BEAS.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2009/INFORME_I BEAS.pdf)
14. Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en seguridad del paciente. Madrid; 2005. Disponible en URL: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opscsp1.pdf>
16. Ante todo, no hacer daño», frase atribuida a Hipócrates (aproximadamente 460-370 a.C.). (*Epidemias*, Libro I, Sección II, # V.
17. Aranaz JM, Agra Y. La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. *Med Clin (Barc)* 2010;135(Supl 1):1-2.
18. Rovetto P. La seguridad del paciente en la historia. I Simposio Internacional de Seguridad del Paciente. Cali, Colombia, 11 y 12 de marzo 2010.
19. Louis PCA. Recherche sur les effets de la saignée dans plusieurs maladies inflammatoires.*Archives Générales de Médecine*. 1828;18:321-36.
20. Miranda C Marcelo, Navarrete T Luz. Semmelweis y su aporte científico a la medicina: Un lavado de manos salva vidas. *Rev. Chil. Infectol.* [Internet]. 2008 Feb [citado 2016 Mar 07] ; 25(1): 54-57. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071610182008000100011 &lng=es.

21. Pujol M, Limón E. Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013; 31(2):108 -113.
22. Neuhauser D. Heroes and martyrs of quality and safety. Ernest Amory Codman. *Qual Saf Health Care*. 2002;11:104-5.
23. Caballero Gálvez S., García Camacho C., Sianes Blanco A.. Seguridad clínica en hospitalización de cirugía cardíaca. *Enferm. Glob.* [Internet]. 2011 Abr [citado 2016 Mar 03] ; 10(22). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200020&lng=es.
24. Villarreal-Pérez JZ, Gómez-Almaguer D, Bosques-Padilla FJ. Error es humano. *Medicina Universitaria* [Internet]. 2011 [acceso mayo, 2015;13(51):[69-71]. Disponible en:<http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-universitaria-304/error-es-humano-90024050-editorial-2011?bd=1>
25. García-Barbero, M. La alianza mundial para la seguridad del paciente. *Monografías humanitas*. 2004. (8): 209-220.
26. González Steinbauer, C. D. (2015). Revisión de las admisiones en Urgencias como elemento evaluador de la Calidad Asistencial. Impacto de los eventos adversos en el Servicio de Urgencias de un hospital Comarcal. Impacto económico de los eventos adversos. Conferencia Internacional en Seguridad de pacientes: “La seguridad, componente crítico de la calidad” (Madrid, 8 de febrero de 2005). En URL <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec00eventos01.htm>
27. Consejo de Europa. La seguridad del Paciente: Un Reto Europeo. Varsovia, 1315. Abril 2005.
28. García-Barbero M. La alianza mundial para la seguridad del paciente. Consejo de enfermería de la comunidad valenciana 2007. En URL: http://www.portalcenova.es/es/grupos/biologicos/pacientes/alianza_mundial_seguridad_paciente.pdf. Consultado [14 marzo de 2014]

29. Council of Europe. Committee of Ministers. Recommendation Rec (2006)7 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 [1 de octubre de 2013]. Disponible en: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439>
30. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente. Sistema Nacional de Salud del Reino Unido. La seguridad del paciente en siete pasos. Consultado [15 Febrero 2015]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp5.pdf
31. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad.htm>. Acceso [10 Noviembre 2014].
32. Fundación Avedis Donabedian-UAB [Internet]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 1989 [actualizada en 2013; acceso mayo 2015]. Disponible en: <http://www.fadq.org/Principal/tabid/36/Default.aspx>
33. Elvira Peña L Coord. Plan Estratégico de Seguridad del paciente 2011-2016. Junta de Extremadura Consejería de Sanidad y Dependencia Servicio Extremeño de Salud. Cáceres 2011
34. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE» núm. 178, de 27 de julio de 2006. Referencia: BOE-A- 2006-13554.
35. IV Conferencia Internacional de Seguridad del Paciente. Madrid; 25-26 de noviembre de 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia de Calidad del SNS; 2009
36. Herrera Rodríguez F, Ignacio García E. Una revisión histórica de la seguridad clínica. Documento en Internet [consultado 6 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.fundacionmhm.Org/pdf/Mono8/Articulos/articulo1.pdf>
37. Aibar-Remón C, Aranaz-Andrés JC, García-Montero JI, Mareca-Doñate R. La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas. Med Clin (Barc). 2008;131 Supl 3:12-7.

38. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Sanidad 2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
39. Plan Estratégico de Calidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura 2015-2021” Consejería de Salud y Política Sociosanitaria Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo Mérida, mayo 2015
40. Plan de Salud de Extremadura 2013-2020” Consejería de Salud y Política Social. Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo 1ª Edición, Mérida, octubre 2013
41. Real Academia Española (2001). Diccionario de la lengua española (2014). (23 edición.). (1 vol.). Madrid, España.
42. WHO working group. The principles of quality assurance. Qual Assur Health Care 1989; 1: 79-95
43. Donabedian A. The definition of quality and assessed to its assessment. En: Explorations in quality assessment and monitoring.Vol.I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan
44. Institute of Medicine. Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Vol.1. Washington, DC: National Academy Press, 1990
45. Rodríguez Pérez MP. Grande Armesto M. Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 [12-'5-2015]. Tema 14.1. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500957/n141_Calidad_asistencial.pdf
46. Seoane, JA. Una aproximación jurídica a la seguridad clínica. En: Lorenzo S, editor. Monografías humanitas. Seguridad Clínica. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2006. P. 161-79.
47. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. BOE 29/04/1986.
48. Ley 16/2003 de 28 de Mayo, Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 29/05/2003.

49. Ortega C, Suárez M. Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. Estrategias para su aplicación. México, DF: Editorial Médica Panamericana; 2006.
50. Esteban A, Gordo F, Fernández P. Un programa de calidad asistencial en cuidados intensivos, ¿cómo iniciarlo? Rev Calid Asist 1996;11:S18-S24.
51. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed. In: Grahan NO, editor. Quality assurance in hospitals. Strategies for assessment and implementation. 2nd ed. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, Inc; 1990. P. 14-28.
52. García MP, López P, Eseverri C, Zazpe C, Asiain MC. Enferm Intensiva [Jour] AND 9 [volumen] AND 102 [page] Calidad de enfermería en cuidados intensivos. Estudio retrospectivo en pacientes de larga estancia Vol. 9. Núm. 3. Julio 1998
53. Julián Andrés Barragán B* Revista de Actualizaciones en Enfermería » Vol. 09 No. 3 » Temas Libres: La Calidad de los Servicios de Enfermería, Reflexión – See more at: <https://encolombia.com/medicina/revistasmedicas/enfermeria/ve93/enfermeria9306llocalidad/#sthash.DoNWSHas.dpuf>
54. La seguridad en los cuidados de los pacientes hospitalizados. Proyecto SENECA. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
55. World Health Organization. World Health Alliance for Patient Safety, Forward Programme. Geneve: World Health Organization, 2004. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.
56. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Patient Safety Event Taxonomy (PSET). Disponible en: <http://www.jcaho.org>
57. Ministerio de Sanidad y Consumo. Prácticas Seguras Simples Recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales. Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización. Madrid: Centro de Publicaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

58. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000 Mar 18;320(7237):768-70.
59. Leape L L. Error in medicine. JAMA. 1994; 272:1 851-57
60. Vincent C (ed) (2001). Clinical Risk Management. Enhancing patient safety. Second Edition. London: British Medical Journal Publishing
61. Agra Varela Y. Seguridad del paciente y gestión del riesgo [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 [12 Enero 2016]. Tema 14.9. Disponible en: dirección url del pdf. [http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500964/n14.9 Seguridad del pacient e y gestion de riesgos.pdf](http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500964/n14.9_Seguridad_del_pacient_e_y_gestion_de_riesgos.pdf)
62. Leape L. The present Situation in Patient Safety. Presentación en el Seminario: La seguridad del Paciente a debate. Fundación Avedis Donabedian, Madrid 15-16 Febrero 2005
63. Kozier, EO. *Enfermería Fundamental: conceptos, procesos y práctica*. McGraw-Hill. Interamericana, 4ª edición, tomo 1, 1993, p 72-74.
64. Sálvese quien deba: la seguridad de los pacientes. José María Ruiz Ortega. Blog. Disponible en: [URL: http://seguridadesasistencial.blogspot.com.es/2013/04/cultura-de-seguridad-de-que-estamos.html](http://seguridadesasistencial.blogspot.com.es/2013/04/cultura-de-seguridad-de-que-estamos.html).
65. José Mª Ruiz Ortega. Cultura de seguridad. ¿De qué estamos hablando?. Rev Salud Segura. Volumen 4, numero 1. Enero 2016.
66. Ministerio de Sanidad y Política Social, España. Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [Internet]. 2010. Available from: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf.
67. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. BMC Health Serv Res. 2006;6:44..
68. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes [Internet]. [consultado Junio 2015]. Available.

from:<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf> .

69. Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010
70. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en:http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf.
71. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
72. La seguridad del paciente en 7 pasos. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, noviembre de 2005. Traducción y resumen de «Seven Steps to patient Safety», National Patient Safety Agency del National Health Service de Reino Unido.
73. The multi-professional patient safety curriculum guide, © World Health Organization 2011. http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/curriculum-guide_SP.pdf?ua=1
74. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Estrategia en Seguridad de Pacientes, Secretaría General de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2005, 8
75. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Estrategia en Seguridad de Pacientes, 9. Para una ampliación sobre el particular, véase Comité Europeo de sanidad. Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria, La prevención de efectos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico, Consejo de Europa CSDP (2004), Estrasburgo, 2004.
76. Aspden P, Wolcott JA, Lyle Bootman J, Cronenwett LR, editors. Preventing medication errors. Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. Washington, DC: Institute of Medicine. National Academy Press; 2007
77. Khon LT, Corrigan JM, Donaldson MS eds. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
78. Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (SiNASP): primer informe de incidentes de seguridad notificados al sistema año 2013. Edición Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015.

79. Informes, Estudios e Investigación 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad .<http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Sistema%20de%20Notificacion%20y%20ap%20rendizaje.%20SINASP%20%282013%29%20.pdf>
80. Duran. E., Cuervo. MP, Echeverri.S. Desarrollo de la Enfermería en Colombia. Acto de reconocimiento. Revista Actualización de Enfermería. 2004;7(1):24-30.
81. CARVALLO,B. citada por: Pablo Correa. Las colombianas entre las más buscadas, Enfermeras en Plan de Fuga, Artículo del Espectador.com, Edición On line, Octubre 2008. Disponibles es:www.elespectador.com/impreso/articulo/impreso84749-emfermeras-plan-de-fuga
82. Martínez Ques AA.¿Quién se ocupa de la seguridad de los pacientes? Evidentia 2007 ene-feb; 4(13). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n13/304articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 11 de Diciembre de 2016
83. Cohen MR.Why error reporting systems should be voluntary: they provide better information for reducing errors. BMJ 2000; 320 (7237): 728-9
84. Bañeres, J. Cavero, E. López, L. Orrego, C. Suñol, R. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Ministerio de Sanidad y Consumo
85. .Hartz, A et al. Hospital characteristics and mortality rates. The New England Journal of Medicine. Vol. 321, No. 25 (1989); p. 1720–1725
86. Needleman, J. Buerhaus, P. Stewart, M. Zelevinsky, K. Soeren M. Nurse Staffing in Hospitals: Is There A business Case For Quality?. Helath Affairs; Jan/Feb 2006; 25, 1: 204-211
87. Clarke SP, Aiken L H. More nursing, fewer deaths. Qual. Saf. Health Care. 2006; 15: 2-3
88. Clarke, S.P., & Aiken, L.H. (2003). Failure to rescue. American Journal of Nursing, 103(1), 42-47
89. Martinez Ques AA, Fernández Romero F. Fallo de rescate: la línea que traspasa el factor humano. Evidentia 2006 jul-ago; 3(10). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n10/230articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 10 de septiembre de 2015.
90. Ignacio García E, Rodríguez Escobar J, Díaz Álvarez CL, Escobar Aguilar G, García Pérez C, González Ruiz JM, et al. La seguridad en los cuidados del

- paciente hospitalizado. Proyecto SÉNECA. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. NIPO: 840-10-038-5.
91. García, Emilio y otros. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca. Informe Técnico Diciembre 2008, pág. 22.
 92. La seguridad del paciente en siete pasos Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA) Sistema Nacional de Salud (NHS) Reino Unido.
 93. Soluciones para la seguridad del paciente. (2007) (vol.1, solución 9).
 94. Corral Baena, S.Guerrero Aznar M.D.(2004) Utilización de CMBD como herramienta para la detección de acontecimientos adversos inducidos por medicamentos. Farm Hosp (vol.28, nº4: 258-265).
 95. Young P, Hortis V, Chambi , Finn B. Florence Nightingale (1820-1910), 101 años de su fallecimiento. Rev Med: Chile; 2011; 139: 807-813.
 96. World Health Organization. The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneve: WHO, 2002. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/en/>. Ultimo acceso el 17 de diciembre 2015.
 97. Cometto C, Gómez P, Dal Sasso G, Zárata R, de Bortoli S, Falconí C. Enfermería y Seguridad de los Pacientes. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud. 2011
 98. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. [Internet] AHRQ. July, 2001 [Accedido el 6 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://archive.ahrq.gov/clinic/tp/ptsafpt.htm>
 99. Lima Fabiane da Silva Severino et al. Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería. Enferm. glob. [Internet]. 2014 Jul [citado 2016 Jul 03] ; 13(35): 293-309. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000300017&lng=es.
 100. Manual de evaluación de la calidad del servicio en enfermería / Manual Evaluation of Service Quality in Nursing: Estrategias para su aplicación / Strategies for its Application. María Carolina Ortega Vargas, María Guadalupe Suarez Vazquez 0 asi Ed. Médica Panamericana, [20 de Junio 2014] 240 páginas
 101. García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Soldevilla Ágreda JJ, Blasco García C. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Gerokomos [revista en Internet]. 2008 Sep [citado 2015 Abr 15] ; 19(3): 136-144. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2008000300005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2008000300005>

102. Eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios. [Internet]. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; Informes, Estudios e Investigación 2011. [Accedido 15 de Marzo 2015] Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/earcas.pdf>
103. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS) [Internet]. Madrid, MSC. 2005 [citado 4 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
104. Estabrooks C, Midodzi W, Cummings G, Ricker K, Giovannetti P. The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. Nurs Res. 2005;54(2):74-84.
105. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.
106. Prácticas Seguras Simples recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
107. National Quality Forum. Washington: Nat National Quality Forum; 2014. Disponible en : <http://www.qualityforum.org/Home.aspx>[acceso 6 Octubre 2016]
108. Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital Survey on Patient Safety Cultura. 2008 Comparative Database Report, [monografía en internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. Disponible en: <http://archive.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2008/index.html> [acceso 07/9/2016].
109. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Sentinel Event Alert. Disponible en: www.jcaho.org.
110. Organización Mundial de la Salud 2007. Preámbulo a las soluciones para seguridad del paciente-Mayo de 2007. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>.
111. Wagar EA, Tamashiro L, Yasin S, Hilborne L, Bruckner DA. Safety in the Clinical Laboratory A Longitudinal Analysis of Specimen Identification Errors. Arch Pathol Lab Med. 2006; 1662-8 y Kline TJ, Willness C, Ghali WA. Determinants of adverse events in hospitals-the potential role of patient safety culture. J Healthc Qual.

112. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Patient identification. Patient Safety Solutions. Solution 2. May 2007. [Accedido 22 Agosto 2015]. Disponible en: <http://www.ccforspatientsafety.org/>
113. Organización Mundial de la Salud. Nueve soluciones para la Seguridad del Paciente. 2007. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/events/07/02_05_2007/en/index.html. [Acceso el 11-08-2016].
114. Terol E, Agra Y, Fernández- Maillo MM, Casal J, Sierra E, Bandrés B et al. Resultados de la estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud español, período 2005-2007. *Med Clin (Barc)* 2008; 131 (Suppl 3): 4-11.
115. Joint Commission Resources. Standards link: Sound-alike medications. *Joint Commission Perspectives on Patient Safety* Sept 2001;1(5):2.
116. Garrido, F; Quesada, S. Seguridad del paciente. SÍNTESIS EJECUTIVA 13. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/sintesis/sintesis13.pdf>.
117. World Health Organization. Clean Care is Safer Care, First Global Patient Safety Challenge. 2009. Disponible en: <http://www.who.int/gpsc/en/>.
118. Osakidetza. Protocolo de valoración y medidas de prevención a pacientes adultos con riesgo de caídas en la atención hospitalaria. Vitoria-Gasteiz. 2011.
119. Urrela M, Gomez E, Iglesias C, Valtierra M et al. Caídas en un hospital de agudos: Características del paciente. *Revista MultGerontología*. 2002;12(1):14-18.
120. Joint Commission. Sentinel Event Statistics -March 31, 2007.
121. Joint Commission International Accreditation. Accreditation standards for hospitals. 4th edition. USA: Joint Commission Resources, Inc; 2011(consultado 15 Septiembre 2015). Disponibles en: http://hastane.ege.edu.tr/duyurular/TKY/JCIA_Standards_Hospitals_4th_Edition.pdf.
122. Ganz DA, Huang C, Saliba D, et al. Preventing falls in hospitals: a toolkit for improving quality of care. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013. AHRQ Publication No. 13-0015-EF.
123. Ministerio de Sanidad y Política Social. La seguridad en los cuidados del paciente hospitalizado –Proyecto SENECA [Internet]. Madrid; 2010 [consultado en junio de 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ProyectoSENECA.pdf>.

124. Almendariz Alonso M^a J. Úlceras por presión. En: ¿Heridas crónicas y agudas? EDIMSA Madrid. 1999.
125. Soldevilla Agreda, JJ; Torra i Bou, JE; Verdú Soriano, J; Martínez Cuervo, F; López Casanova, P; Rueda López, J; Mayán Santos, JM. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2006.17(3):154-172.
126. Verdú, José; Nolasco, A; García, C. Análisis y evolución de la mortalidad por úlceras por presión en España. Período 1987-1999 Gerokomos 2003.14(4):212-226.
127. Hibbs P. Pressure area care for the city & Hackney Health Authority. St Bartholomews Hospital, London. 1987.
128. Hibbs P. The economics of pressure ulcer prevention. Decubitus. 1988;1(3):32-8.
129. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Agencia de Calidad del SNS. 2006. En: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/notaPrensa20060323TextoIntegro.pdf>.
130. Noreña PAL, Cibanal JL, Alcaraz MN. La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. Rev Esp Com Sal 2010; 1 (2): 113-129.
131. García M M I, Nieves L I M, Vicente E M J. Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica ¿Falta tiempo? Index Enferm (Gran) 2004; (47): 44-48
132. Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente. OMS 2004. Disponible en: <http://www.metas:internacionales.sp.gob.mx.pdf> [Consultada el 3 de Marzo 2015]
133. González OY. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. Rev Aquichan Universidad de La Sabana Chia, Colombia. Octubre 2007; 7 (7): 129-138.
134. Benchmarking de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.
135. Yocum F. Registros de enfermería: Cuidados de calidad. Nursing (Ed. Esp.). 2003;21:22-7.
136. Gamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Efectos de la auditoría y la retroalimentación (feedback) en la práctica profesional y las medidas de resultado de atención sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.

Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).

137. Sebastián Viana T, Serrano Balazote P, Núñez Crespo F, González Ruiz JM, Lema Lorenzo I, Velayos Rodríguez E, y cols. Incidentes y eventos adversos relacionados con cuidados. Validación de un instrumento de medida y eficacia de la implantación de guías en la historia de salud electrónica. Biblioteca Lascasas, 2008; 4(5). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0379.php>
138. Griffiths J, Hutchings W. The wider implications of an audit. Of care plan documentation. J Clin Nurs. 1999;8:57-65.
139. Morris AH. Decision support and safety of clinical environments. Qual. Saf. Health Care. 2002;11:69-75.
140. Ceriani JM. La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". Arch argent pediatr 2009;107(5):385-386.
141. Gutierrez R. Fernández J. La Seguridad quirúrgica en el marco del Sistema Nacional de Salud de España. Revista CONAMED, vol.15, núm. 4;2010. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3393439>
142. Castillo J., Puerta J., Martínez R., Narbona B., Moleón M., Herrera A.. Proceso de soporte. Bloque Quirúrgico. Consejería de Salud. Sevilla; 2004;[acceso 18 septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/bloque_quirurgico_v2?perfil=org
143. Grupo de expertos. Bloque quirúrgico. Estándares y Recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social.Madrid;2009;[acceso 19 de septiembre de 2014]. Disponible en:<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BQ.pdf>
144. McLeod R, Fitzgerald W, Sarr M, for Members of the Evidence Based Reviews in Surgery Group. Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications. Can J Surg 2005; 48(5): 409-11.
145. WHO. WHO guidelines for hand hygiene in health care (advance draft) Geneve. World Health Organization: 2006. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/challenge/>
146. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Agencia de Calidad del SNS. Desarrollo de la Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente 2005-2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estrategia_sp_sns_2005_2011.pdf.
147. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Estrategia en Seguridad de Pacientes, Secretaría General de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2005.

148. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Estrategia en Seguridad de Pacientes, 9. La prevención de efectos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico, Consejo de Europa CSDP (2004), Estrasburgo, 2004.
149. Aspden P, Wolcott JA, Lyle Bootman J, Cronenwett LR, editors. Preventing medication errors. Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. Washington, DC: Institute of Medicine. National Academy Press; 2007
150. Expert Group on Safe Medication Practices. Creation of a better medication safety culture in Europe: Building up safe medication practices. Strasbourg: Council of Europe; 2006.
151. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. NCCMERP Taxonomy of medication errors, 1998. Disponible en:<http://www.nccmerp.org/aboutmederrors.htm>.
152. Josefczyk KG, Scheneider PJ, Pathar DS, Medication errors in a pharmacy-coordinated drug administration program. Am J Hosp Pharm 1986; 43: 2464-2467
153. Cohen MR, Smetzer JL, Tuohy NR, Kilo CM. High alert medications: safeguarding against errors. En: Cohen MR, editor. Medication Errors. 2nd ed. Washington (DC): American Pharmaceutical Association; 2007. p. 317-411
154. Agency for Healthcare Research and Quality. Guide to patient safety indicators. Version 3.0 (May 2006). Washington: AHRQ; 2003 [último acceso 22 Marzo 2015]. Disponible en: <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>
155. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. [monografía en Internet]. Rockville: AHRQ; 2004. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/professionals/qualitypatientsafety/patientsafetyculture/hospital/usersguide/hospcult.pdf> [acceso 2/07/2015]
156. Mc Dowell I. Cap. 2. The theoretical and technical foundations of health measurement. En: Mc Dowell I. Measuring health a guide to rating scales and questionnaires. 3rd ed. Oxford ; New York : Oxford University Press; 2006. p. 10-46.
157. Orkaizagirre A. La Cultura de Seguridad del Paciente de las Enfermeras Hospitalarias [tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Fisiatría y Enfermería; 2015.

11. ANEXOS

11. ANEXOS

CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES



Este documento debe citarse como: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

Su opinión es muy importante para todos

Esta es una adaptación fruto del convenio entre la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia.



Universidad de Murcia
Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad
Proyecto CUSEP

Agency for Healthcare Research and Quality –AHRQ- (versión original)

*Adaptación al español: Juan J. Gascón Cánovas, Pedro J. Saturno Hernández y
Grupo de Trabajo del Proyecto sobre Cultura de Seguridad del Paciente –
CUSEP- (Pedro Pérez Fernández, Inmaculada Vicente López, Arantza González
Vicente, José Martínez Mas y M^a del Mar Saura)*

Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y posibles incidentes. Contestarla, apenas, le llevará unos 15 minutos.

- ▶ Un incidente es cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas/procedimientos, produzca o no daño en el paciente.
- ▶ La seguridad del paciente son las actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria.

Este cuestionario es estrictamente confidencial; todos los datos se gestionarán respetando de manera rigurosa el secreto estadístico.

Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente

Sección A: Su Servicio/Unidad

Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo

1. El personal se apoya mutuamente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
10. No se producen más fallos por casualidad.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo

19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

Sección B: Su Hospital

Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a su hospital

23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad

Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad de trabajo

34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE

36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE

Sección D: Información complementaria

43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.

MINIMA SEGURIDAD 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 MÁXIMA SEGURIDAD

44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad? En el año ...

45. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital? En el año....

46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio? En el año....

47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital? horas/semanas

48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?incidentes

49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes? 1 SI 2 NO

50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta.

1 <input type="checkbox"/> Anestesiología/Reanimación	12 <input type="checkbox"/> Pediatría
2 <input type="checkbox"/> Cirugía	13 <input type="checkbox"/> Radiología
3 <input type="checkbox"/> Diversas Unidades	14 <input type="checkbox"/> Rehabilitación
4 <input type="checkbox"/> Farmacia	15 <input type="checkbox"/> Salud Mental/Psiquiatría
5 <input type="checkbox"/> Laboratorio	16 <input type="checkbox"/> Servicio de Urgencias
6 <input type="checkbox"/> Medicina Interna	17 <input type="checkbox"/> UCI (cualquier tipo)
7 <input type="checkbox"/> Obstetricia y Ginecología	18 <input type="checkbox"/> Neurología
8 <input type="checkbox"/> Admisión	19 <input type="checkbox"/> Traumatología
9 <input type="checkbox"/> Nefrología	20 <input type="checkbox"/> Hemodiálisis
10 <input type="checkbox"/> Urología	21 <input type="checkbox"/> Medicina nuclear
11 <input type="checkbox"/> Oncología	22 <input type="checkbox"/> Otro, por favor, especifique:.....

51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad . Marque una sola respuesta.

1 <input type="checkbox"/> Gerencia/Dirección	7 <input type="checkbox"/> Farmacéutico Residente
2 <input type="checkbox"/> Administración	8 <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta
3 <input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermería	9 <input type="checkbox"/> Médico
4 <input type="checkbox"/> Dietista	10 <input type="checkbox"/> Médico Residente
5 <input type="checkbox"/> Enfermero(a)	11 <input type="checkbox"/> Técnico (por ejemplo EKG, Laboratorio, Radiología)
6 <input type="checkbox"/> Farmacéutico/a	12 <input type="checkbox"/> Otro, por favor, especifique:.....

52. ¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?

Anexo: Información adicional sobre su Servicio/Unidad*

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.	1	2	3	4	5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc).	1	2	3	4	5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
55. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde.	1	2	3	4	5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.	1	2	3	4	5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.	1	2	3	4	5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
58. 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.	1	2	3	4	5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
59. Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado.	1	2	3	4	5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
60. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales).	1	2	3	4	5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar sólo si en su unidad se manejan tratamientos con quimioterapia).	1	2	3	4	5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

*Ítems no incluidos en el cuestionario original de la AHRQ y elaborados específicamente para medir algunos de los indicadores del estudio "Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente", disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>

Muchas gracias por su colaboración



ANEXO II:

Carta de la Investigadora a las/os participantes.

Mérida 1 de Septiembre de 2015

Estimada compañera/o:

Soy Isabel Vasco González, Enfermera del Hospital de Mérida y estoy llevando a cabo una investigación que cuenta con el permiso de la Dirección Gerente y la Dirección de Enfermería, para la realización de mi Tesis Doctoral de Enfermería en la Universidad de Extremadura en el Departamento de Enfermería.

Te ruego que me ayudes en mi investigación cumplimentando el Cuestionario: Version Española del Hospital Survey on Patient Safety Culture(Agency for Healthcare Research and Quality- AHRQ) .

Es un cuestionario autocontestable y tardaras alrededor de unos diez minutos. Consta de 61 preguntas relacionadas con la Seguridad del Paciente que debes responder en función de tus conocimientos y experiencia.

Los datos obtenidos de los cuestionarios serán tratados con todas las consideraciones éticas y de anonimato requeridos. La participación es totalmente voluntaria y el hecho de su cumplimentación supone el consentimiento implícito para que los datos sean analizados. Si en algún momento quiere retirarse del estudio puede hacerlo libremente sin necesidad de dar ninguna explicación, lo único que debe hacer es dar el código a la investigadora que aparece en esta carta. Código del cuestionario: XXX.

Una vez cumplimentado el cuestionario deberá entregárselo a la Supervisora del Servicio que los custodiará en una carpeta entregada por la investigadora para tal fin.

Ante cualquier duda puede ponerse en contacto con Isabel Vasco González (investigadora) a través de su correo personal ivasco58@hotmail.com o bien vía telefónica a través del teléfono 617163771.

De antemano te agradezco tu colaboración y recibe un cordial saludo de:

Fdo:

Isabel Vasco González.

