

# **TRABAJO FIN DE MÁSTER**

**Título: Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en un servicio de urgencias hospitalario de tercer nivel.**

**Alumno: Jarabo L, Yolanda Irina**

**Tutor: Uris Selles, Joaquín**

**Máster Universitario en Gestión Sanitaria**

**Curso: 2017-2018**

La cultura de seguridad del paciente representa un concepto que se desarrolla a lo largo de los últimos 20 años. El informe publicado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos "Institute of Medicine. To err is human (errar es humano): building a safer health system. Washington D.C: National Academic Press; 1999" <sup>1</sup> desenmascaró la magnitud de los eventos adversos ocasionados por problemas relacionados con la falta de seguridad en dichas instituciones.

Estudios posteriores identificaron el mismo problema en distintas partes del mundo. Ante los resultados mostrados instituciones y organismos internacionales han considerado la seguridad del paciente como un problema grave y de gran impacto.<sup>2</sup>

A partir de 2001 la seguridad del paciente es considerada por el Instituto de Medicina de Estados Unidos una de las seis dimensiones claves de *calidad* de los servicios de salud. <sup>3</sup>

La definición ofrecida por la Organización Mundial de la Salud en 2009 que considera la *seguridad del paciente* como "ausencia de daño, real o potencial, relacionado con los servicios de salud" <sup>4</sup>

La *cultura de seguridad* del paciente por tanto se define como "aquellos valores y comportamientos del individuo y del colectivo que determinan el compromiso de un sistema de seguridad". La medición de la cultura de seguridad permite cuantificar debilidades y fortalezas con el fin de favorecer intervenciones de mejora sobre los incidentes de seguridad.

Se han utilizado distintos instrumentos con diferentes parámetros lo que ha llevado a resultados poco comparables por ello en 2004 la Agencia para la Investigación de la Salud y Calidad (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ ) diseñó y validó un cuestionario que puede ser utilizado para la medición de la cultura de seguridad del paciente.<sup>5</sup>

En 2008 se inicia un proyecto de colaboración entre el Ministerio de Salud y Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Agencia de Calidad y la Universidad pública de Murcia con el objetivo de adaptar la encuesta original al contexto sanitario y cultural español.

Los servicios de urgencias representan la segunda actividad en volumen global dentro del Sistema Nacional de Salud. Su actividad no es programable, la complejidad diversa, la toma de decisiones es rápida y no siempre con información sobre los antecedentes de los pacientes, diferentes tipos de procedimientos, empleo de medicaciones todo ello caldo de cultivo para la aparición de sucesos adversos.

El estudio EVADUR de 2010 es el principal estudio en el conocimiento de la seguridad del paciente en urgencias. Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo y multicéntrico en 21 hospitales y 3854 pacientes que detecta al menos un 12% de los pacientes atendidos sufren algún tipo de incidente.<sup>6</sup>

El estudio que presento tiene como objetivo describir la percepción de la cultura de seguridad en un Servicio de Urgencias hospitalario de tercer nivel (regional) y conocer la influencia de características socio demográfico.

El estudio se realizó en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) con una población de referencia de 550.000 habitantes y con una dotación de 863 camas.

La población de estudio fueron los profesionales del Servicio de Urgencias General (médicos adjuntos y residentes, enfermería y auxiliares). Para la recogida de datos se utilizó la adaptación española por parte del Ministerio de Salud de la "Hospital Survey on Patient Safety Culture". El cuestionario se entregó de forma personal.

La población de estudio se conforma por 30 médicos, 65 enfermeros y 50 auxiliares un total de 145 individuos. Se excluyen

Con un margen de error del 10% y un nivel de confianza 95% el tamaño de la muestra debe ser al menos de 59 encuestas respondidas. Se entregan en mano 150 encuestas de las que son devueltas en mano 63 respondidas.

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

N = tamaño de la población Z = nivel de confianza, P = probabilidad de éxito, o proporción esperada Q = probabilidad de fracaso D = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción).

Tasa de respuesta 42%.

El cuestionario está constituido por 42 preguntas de tipo Likert (respuestas puntúan del 1 al 5) agrupadas en 12 dimensiones. Incluye dos variables más sobre cultura de seguridad con calificación de 0 a 10 y la declaración de algún incidente en el último año. Por interés del estudio se modificó la posibilidad de

respuesta del paciente. (P15) en dos preguntas de información adicional: área de trabajo y puesto de trabajo. (Anexo1)

Las 12 dimensiones de la cultura de seguridad e ítems que incluyen:

#### **A.- Resultados de la cultura de seguridad.**

##### *1. Percepción general de la seguridad.*

No se producen más fallos por casualidad. (P10)

Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad

En esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente”. (P17)

Nuestros procedimientos y medios de trabajos son buenos para evitar errores en la asistencia. (P18)

##### *2. Frecuencia de notificación de eventos.*

Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente. (P40)

Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente. (P41)

Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente. (P42)

#### **B.-Dimensiones de la cultura de seguridad por unidad/servicio.**

##### *3. Expectativas/acciones para promover la seguridad por parte de supervisión.*

Mi supervisor/a expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente. (P19)

Mi supervisor/a tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorarla seguridad del paciente. (P20)

Cuando aumenta la presión del trabajo, mi supervisor/a pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente. (P 21)

Mi supervisor/a pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente. (P22)

##### *4. Aprendizaje organizativo y mejora continúa.*

Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente. (P6)

Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo. (P9)

Los cambios que hacemos que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad. (P13)

#### *5. Trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios.*

El personal se apoya mutuamente. (P1)

Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo. (P3)

En esta unidad nos tratamos todos con respeto. (P4)

Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros. (P11)

#### *6. Comunicación abierta.*

Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad. (P35)

El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores. (P 37)

El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta. (P39)

#### *7. Feedback y comunicación sobre el error.*

Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo. (P34)

Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad. (P36)

En mi servicio/unidad discutimos de qué manera puede evitarse que un error vuelva a ocurrir. (P38)

#### *8. Respuesta no punitiva al error.*

Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra. (P8)

Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa buscan un "culpable". (P12)

Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente. (P16)

#### *9. Dotación de personal.*

Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo. (P2)

A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora. (P5)

En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal. (P7)

Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa. (P14)

#### *10. Soporte desde dirección para la seguridad del paciente.*

La gerencia o dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente. (P23)

La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades. (P30)

La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente. (P31)

### **C. Dimensiones de la cultura de la seguridad en todo el hospital.**

#### *11. Trabajo en equipo multidisciplinario.*

Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas. (P24)

Hay buena cooperación entre las unidades/servicios que tiene que trabajar conjuntamente. (P26)

Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades. (P28)

Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes. (P32)

#### *12. Continuidad (transferencias y traspasos).*

La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra. (P25)

En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente. (P27)

El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático. (P29)

Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno. (P13)

El cuestionario incluye preguntas con fórmula positiva u otras negativas encuadrándose en la siguiente tabla clasificadora:

NEGATIVO		NEUTRAL	POSITIVO	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Raramente		Casi siempre	Siempre

Respuesta positiva:

Preguntas en afirmativo: respuestas 4 y 5

Preguntas en negativo: respuestas 1 y 2

Respuesta negativa:

Preguntas en afirmativo: respuestas 1 y 2.

Preguntas en negativo: respuesta 4 y 5.

Según los criterios de clasificación propuestos por la AHRQ las fortalezas y debilidades resultadas de cada una de las dimensiones de la escala se calculan aplicando la siguiente fórmula:

$\sum$  n° de respuestas positivas en los ítems de una dimensión /

N° de respuestas totales en los ítems de una dimensión

Para establecer una dimensión o ítem como **fortaleza** se emplea como criterio  $\geq 75\%$  de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo o  $\geq 75\%$  de respuestas negativas a preguntas relacionadas en negativo. Para clasificar un ítem o una dimensión como **oportunidad de mejora** se utiliza como referente:  $\geq 50\%$  de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo o  $\geq 50\%$  de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo.<sup>5</sup>

La muestra final del estudio se ha constituido con 63 profesionales de los cuales el 30,2% son hombres y el 69,8% mujeres, en los que el 38,1% tiene una edad comprendida entre los 41 y 50 años, el 96,8% trabaja en urgencias y el 37,1% son médicos. Tasa de repuesta del 42%

Para el análisis estadístico descriptivo de la muestra se han empleado los métodos descriptivos básicos, de modo que, para las variables cualitativas, se ha obtenido el número de casos presentes en cada categoría y el porcentaje correspondiente; y para las variables cuantitativas, los valores mínimos, máximo, media y desviación típica.

La fiabilidad de las escalas se determinó mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Para la comparación de medias entre dos grupos se empleó el test *t*-Student y para la comparación entre más de dos grupos la prueba ANOVA, una vez comprobados los supuestos de normalidad con el test de Shapiro-Wilks y de homogeneidad de varianzas con el test de Levene.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 23.0 para Windows. Las diferencias consideradas estadísticamente significativas son aquellas cuya  $p < 0.05$ .

En la figura 1 se muestra la distribución de los profesionales según la edad, lugar de trabajo y profesional.

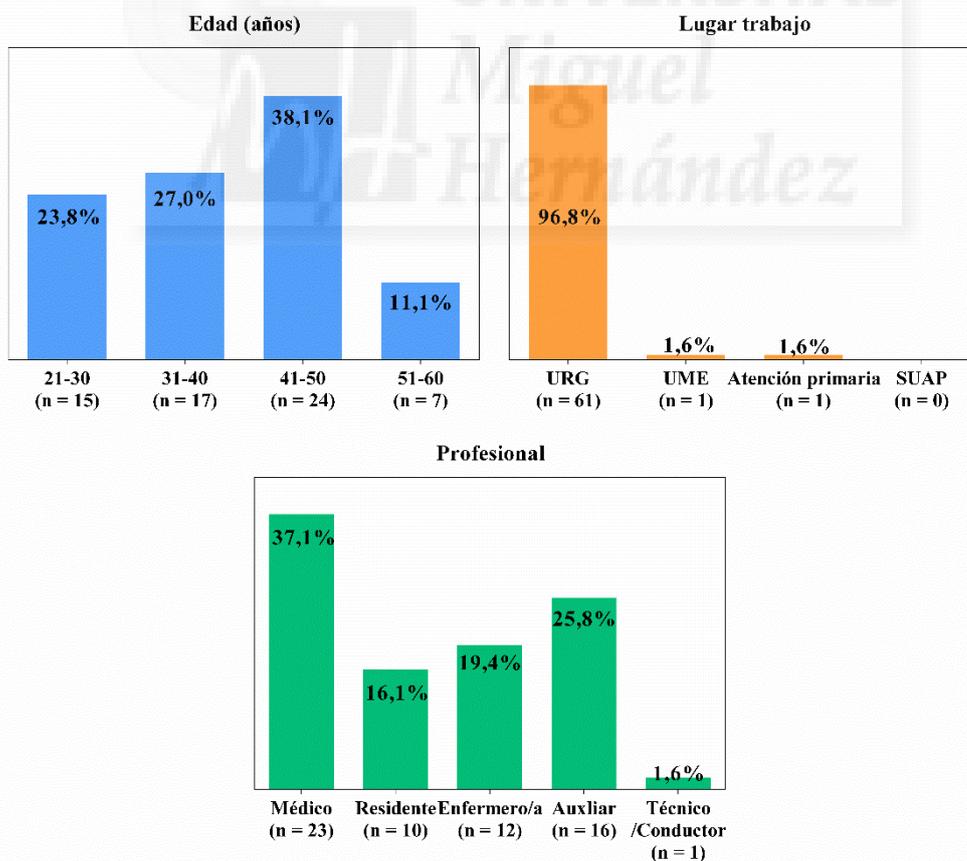


Figura 1. Distribuciones profesionales según edad, lugar trabajo y tipo de profesional.

En la Tabla 1, se muestran las medias y desviaciones típicas de los ítems que componen cada una de las dimensiones de la escala.

La media de los ítems es cercana a 3. Cabe destacar en la dimensión “Dotación de personal” la pregunta P2 “hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo” con una media de 1.8 (en desacuerdo) y desviación estándar = 1,04. En el extremo contrario la media más elevada se encuentra dimensión “Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente” el ítem P14 “trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa” media de 4.11 (de acuerdo) y desviación estándar= 0.8.

Tabla 1. Descriptivos ítems de la escala

	<b>Media</b>	<b>DT</b>
<b>1. Frecuencia de eventos notificados.</b>		
P40	3,19	0,92
P41	2,9	0,96
P42	3,06	1,01
<b>2. Percepción de seguridad</b>		
P10	3,37	1,13
P15	2,38	1,07
P17	3,2	1
P18	2,95	1,01
<b>3. Expectativas/acciones de la dirección/ supervisión que favorecen la seguridad</b>		
P19	3,19	1,13
P21	2,52	1,07
P22	2,21	1
<b>4. Aprendizaje organizacional/mejora continua</b>		
P6	2,79	0,97
P9	3,47	1,22
P13	3	0,92
<b>5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio</b>		
p1	3,37	1,13
P3	3,07	1,05
P4	3,48	0,87
P11	3,5	0,88
<b>6. Franqueza en la comunicación</b>		
P35	3,16	1,08
P37	2,76	1
P39	2,84	0,87
<b>7. Feed-back y comunicación sobre errores</b>		
P34	2,84	0,92
P36	2,82	0,97
P38	3,27	0,87
<b>8. Respuesta no punitiva a los errores</b>		
P8	2,4	1,09
P12	2,87	1,14
P16	3,13	1,05

<b>9. Dotación de personal</b>		
P2	1,88	1,04
P5	3,68	1,26
P7	2,82	0,98
<b>10. Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente</b>		
P14	4,11	0,86
P23	2,44	1,09
P30	2,59	1,06
P31	3,57	1,04
<b>11. Trabajo en equipo entre unidades</b>		
P24	3,32	1,13
P26	3,17	1,02
P28	2,32	0,82
P32	3,27	0,98
<b>12. Problemas en cambios de turno y transiciones</b>		
P25	3,2	1,07
P27	2,97	1,17
P29	2,67	0,91
P33	2,76	0,98

Una vez realizado el análisis por ítem de cada una de las dimensiones, en la Tabla 2 se muestra el análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas en las dimensiones, que permitirá tener una visión global de la situación de los profesionales con relación a la cultura de seguridad que mide el cuestionario.

Con respecto a la fiabilidad, el coeficiente alfa de Cronbach mostró unos valores superiores a 0,60 lo que indican una buena fiabilidad.

Tabla 2. Descriptivo y fiabilidad de las dimensiones.

<b>Dimensión</b>	<b>Mín. - Máx.</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
1. Frecuencia de eventos notificados	1 - 5	3,06 (0,86)	0,694
2. Percepción de seguridad	1 - 4,25	2,7 (0,73)	0,806
3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad	1,33 - 5	3,49 (0,8)	0,817
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	1 - 5	3,11 (0,79)	0,693
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	1,5 - 4,25	3,38 (0,72)	0,692
6. Franqueza en la comunicación	1 - 4,67	3,03 (0,75)	0,806

7. Feed-back y comunicación sobre errores	1 - 4	2,97 (0,7)	0,715
8. Respuesta no punitiva a los errores	1 - 5	3,2 (0,86)	0,706
9. Dotación de personal	1,25 - 3,75	2,3 (0,6)	0,79
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	1 - 4,33	2,49 (0,85)	0,777
11. Trabajo en equipo entre unidades	1,5 - 4,5	3,09 (0,74)	0,761
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	1,5 - 4,25	3,21 (0,69)	0,709

En la Tabla 3 se muestra el descriptivo de la puntuación en las dimensiones de la escala según la edad, así como los resultados de las pruebas ANOVA realizadas para comparar la puntuación de las dimensiones entre los grupos de edad. En las dimensiones 2 y 7, la puntuación de los profesionales de 21-30 años fue significativamente superior con respecto a los profesionales con edades a partir de los 31 años. En las dimensiones 5, 8 y 9, la puntuación de las personas entre los 41-50 años fue significativamente inferior al resto de grupos de edad. En el resto de las dimensiones no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad.

Tabla 3. Descriptivo y comparativo de las dimensiones de la escala según grupos de edad.

Dimensión	Edad, <i>media (DT)</i>				ANOVA	
	21-30	31-40	41-50	51-60	<i>F(g.l.)</i>	<i>P-valor</i>
1. Frecuencia de eventos notificados	3,43 (0,79)	3,08 (0,8)	2,91 (0,88)	2,67 (0,97)	<i>F</i> (3,56) = 1,55	0,211
2. Percepción de seguridad	3,12 (0,45) <b>a</b>	2,69 (0,69) <b>b</b>	2,39 (0,84) <b>b</b>	2,83 (0,38) <b>b</b>	<i>F</i> (3,57) = 3,47	<b>0,022</b>
3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad	3,76 (0,76)	3,53 (0,57)	3,41 (0,95)	3,14 (0,84)	<i>F</i> (3,56) = 1,07	0,368
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	3,51 (0,35)	3,02 (0,71)	2,91 (1,01)	3,13 (0,69)	<i>F</i> (3,55) = 1,91	0,14
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	3,8 (0,46) <b>a</b>	3,42 (0,72) <b>a</b>	2,97 (0,72) <b>b</b>	3,42 (0,79) <b>a</b>	<i>F</i> (3,51) = 4,25	<b>0,009</b>

6. Franqueza en la comunicación	3,22 (0,63)	3,04 (0,79)	2,89 (0,77)	3 (0,88)	$F(3,57)$ = 0,56	0,641
7. Feed-back y comunicación sobre errores	3,47 (0,48) <b>a</b>	2,76 (0,74) <b>b</b>	2,78 (0,59) <b>b</b>	3,05 (0,91) <b>b</b>	$F(3,58)$ = 4,11	<b>0,01</b>
8. Respuesta no punitiva a los errores	3,62 (0,62) <b>a</b>	3,43 (0,87) <b>a</b>	2,78 (0,86) <b>b</b>	3,19 (0,77) <b>a</b>	$F(3,59)$ = 4,1	<b>0,011</b>
9. Dotación de personal	2,38 (0,57) <b>a</b>	2,54 (0,7) <b>a</b>	1,99 (0,42) <b>b</b>	2,4 (0,58) <b>a</b>	$F(3,51)$ = 3,00	<b>0,039</b>
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	2,78 (0,64)	2,2 (0,72)	2,51 (1,03)	2,48 (0,79)	$F(3,59)$ = 1,27	0,292
11. Trabajo en equipo entre unidades	3,3 (0,73)	2,98 (0,87)	3 (0,71)	3,17 (0,52)	$F(3,53)$ = 0,62	0,608
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	3,42 (0,56)	3,22 (0,72)	2,97 (0,73)	3,5 (0,56)	$F(3,57)$ = 1,86	0,147

g.l.: grados de libertad. a-b: comparaciones dos a dos de Tukey. Diferentes letras entre dos grupos indican diferencias estadísticamente significativas a nivel  $p < 0,05$ .

Con respecto al sexo, en la Tabla 4 se muestra la media y desviación típica de la puntuación en las dimensiones en hombres y mujeres, así como el resultado de las pruebas *t*-Student realizadas para comparar las puntuaciones entre hombres y mujeres. En la frecuencia de eventos notificados, la puntuación de los hombres (3,45) fue significativamente superior a la de las mujeres (2,9). De la misma forma, en la dimensión de trabajo en equipo, la puntuación de los hombres (3,75) fue significativamente superior a la de las mujeres (3,21). En el resto de las dimensiones no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

Tabla 4. Descriptivo y comparativo de las dimensiones de la escala según sexo.

Dimensión	Sexo, media (DT)		Prueba <i>t</i> -Student	
	Hombre	Mujer	t(g.l.)	<i>p</i> -valor
1. Frecuencia de eventos notificados	3,45 (0,86)	2,9 (0,81)	t(58) = 2,33	0,023

2. Percepción de seguridad	2,93 (0,73)	2,59 (0,71)	t(59) = 1,74	0,086
3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad	3,67 (0,7)	3,42 (0,84)	t(58) = 1,09	0,278
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	3,39 (0,72)	2,98 (0,8)	t(57) = 1,86	0,068
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	3,75 (0,41)	3,21 (0,77)	t(53) = 2,7	0,009
6. Franqueza en la comunicación	3,17 (0,72)	2,97 (0,76)	t(59) = 0,94	0,351
7. Feed-back y comunicación sobre errores	3,19 (0,51)	2,88 (0,76)	t(60) = 1,66	0,102
8. Respuesta no punitiva a los errores	3,35 (0,82)	3,14 (0,88)	t(61) = 0,91	0,368
9. Dotación de personal	2,49 (0,6)	2,22 (0,59)	t(53) = 1,58	0,12
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	2,77 (0,85)	2,36 (0,83)	t(61) = 1,78	0,08
11. Trabajo en equipo entre unidades	3,08 (0,77)	3,1 (0,74)	t(55) = - 0,09	0,926
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	3,37 (0,61)	3,14 (0,72)	t(59) = 1,22	0,228

g.l.: grados de libertad.

En la Tabla 5 se muestra el descriptivo de la puntuación en las dimensiones de la escala según el profesional, así como los resultados de las pruebas ANOVA realizadas para comparar la puntuación de las dimensiones entre los profesionales. En las dimensiones 5 (Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio) y 7 (Feed-back y comunicación sobre errores), la puntuación de médicos y residentes fue significativamente superior con respecto a enfermeros/as y con respecto a auxiliares. En el resto de las dimensiones no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales.

Tabla 5. Descriptivo y comparativo de las dimensiones de la escala según profesional.

	Profesional, <i>media (DT)</i>				ANOVA	
	Médico	Residente	Enfermero/a	Auxiliar	F(g.l.)	p-valor
1. Frecuencia de eventos notificados	2,92 (0,95)	3,48 (0,65)	3,15 (0,83)	2,94 (0,51)	F(3,54) = 1,27	0,293
2. Percepción de seguridad	2,65 (0,74)	2,9 (0,54)	2,58 (0,81)	2,64 (0,79)	F(3,55) = 0,39	0,763
3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad	3,62 (0,63)	3,77 (0,85)	3,47 (0,97)	3,36 (0,7)	F(3,54) = 0,69	0,563
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	2,99 (0,84)	3,57 (0,22)	3,15 (0,83)	2,86 (0,78)	F(3,54) = 1,94	0,134
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	3,73 (0,48) <b>a</b>	3,8 (0,47) <b>a</b>	3,03 (0,89) <b>b</b>	2,61 (0,44) <b>b</b>	F(3,50) = 12,83	<b>&lt;0,001</b>
6. Franqueza en la comunicación	3,17 (0,8)	3,27 (0,44)	2,94 (1,02)	2,87 (0,48)	F(3,55) = 0,86	0,468
7. Feed-back y comunicación sobre errores	3,2 (0,62) <b>a</b>	3,4 (0,44) <b>a</b>	2,58 (0,84) <b>b</b>	2,73 (0,51) <b>b</b>	F(3,56) = 4,94	<b>0,004</b>
8. Respuesta no punitiva a los errores	3,45 (0,83)	3,43 (0,61)	3,19 (1,05)	2,9 (0,69)	F(3,57) = 1,66	0,186
9. Dotación de personal	2,3 (0,61)	2,2 (0,45)	2,66 (0,58)	2,03 (0,66)	F(3,49) = 2,18	0,102
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	2,46 (0,94)	2,57 (0,74)	2,31 (0,77)	2,58 (0,94)	F(3,57) = 0,27	0,849
11. Trabajo en equipo entre unidades	2,94 (0,89)	3,15 (0,57)	3,2 (0,64)	3,19 (0,69)	F(3,51) = 0,45	0,718
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	3,14 (0,79)	3,6 (0,38)	2,94 (0,72)	3,18 (0,58)	F(3,55) = 1,83	0,153

g.l.: grados de libertad. a-b: comparaciones dos a dos de Tukey. Diferentes letras entre dos grupos indican diferencias estadísticamente significativas a nivel  $p < 0,05$ .

Siguiendo los criterios de la AHQR (tabla 6 ) no aparece globalmente como fortaleza ninguna dimensión, si bien destaca por el porcentaje global de respuestas positivas “Trabajo en equipo en la unidad/servicio” con un 62,15% y la “Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente” con un 46,03%. Cabe también destacar sin llegar al 50% de respuestas en negativo que se clasifica como oportunidad de mejora las dimensiones “Respuesta no punitiva a los errores” con un 46,06% y “Dotación de personal” con un 46%.

Tabla. 6. Resultados de la cultura de seguridad según dimensiones porcentaje de respuestas:

DIMENSIONES	Respuestas positivas (%)	Respuestas negativas (%)	Respuestas neutras (%)
Frecuencia de eventos notificados.	32,14	42,46	25,39
Percepción de seguridad.	30,32	22,34	47,34
Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad.	36,90	45,24	17,86
Aprendizaje organizacional/mejora continua.	39,68	27,51	32,80
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio.	<b>62,15</b>	21,11	18,73
Franqueza en la comunicación.	24,87	32,27	42,86
Feed-back y comunicación sobre errores.	28,04	36,51	35,45
Respuesta no punitiva a los errores.	32,27	<b>46,03</b>	21,69
Dotación de personal.	38,8	<b>46</b>	16,2
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.	<b>46,03</b>	27,51	26,45
Trabajo en equipo entre unidades.	38,09	38,09	23,81

Problemas en cambios de turno y transición entre servicios/unidades	38,49	34,13	27,38
---	-------	-------	-------

### *Conclusiones.*

La primera estrategia para mejorar la seguridad del paciente en las instituciones sanitarias es crear y mantener una cultura de seguridad. Medición de la cultura de seguridad, feedback de resultados y diseño de intervenciones de acuerdo con sus resultados ha sido señalada como la primera recomendación para fomentar la seguridad de los hospitales en el documento del National Quality Forum de Estados Unidos en 2003.

Este trabajo aporta información sobre la cultura de seguridad de los profesionales de mi servicio.

A la vista de los resultados obtenidos se concluye que se debe aprovechar la buena percepción del trabajo en equipo en la unidad/servicio y el apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente. Y realizar un trabajo proactivo hacia la dotación de personal y fomentar la respuesta no punitiva a los errores.

De los 63 profesionales que contestaron al cuestionario el 69.8% son mujeres, el 96.8% trabaja en urgencias y el 38.1% tiene entre 41 a 50 años.

Tasa de respuesta de 42%. Los profesionales que no respondieron a la encuesta adujeron falta de tiempo para su realización en la jornada laboral. Excepto dos casos en los que se rechazó la realización de la encuesta por sentir las preguntas comprometidas y dudar sobre su uso.

Comparando las dimensiones según grupos de edad en todas las dimensiones la media mayor se encuentra en el intervalo de 21 a 30 años.

Comparando las dimensiones de la escala según sexo llama la atención una media mayor en todas ellas en hombres a pesar de una mayoría de cuestionarios contestados por mujeres.

Comparando las dimensiones de la escala según profesional en todas ellas la media mayor recae sobre la categoría de *residente*, que a su vez se encuentran en el intervalo de edad de 21 a 30 años.

En el análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas en las dimensiones la media de menor valor se adscribe a la dimensión *Datación de personal* con valor de 2.3 y alfa de Cronbach 0.79.

Siguiendo los criterios de AHQR no aparece globalmente como fortaleza ninguna dimensión.

Se considera una limitación del estudio el haber tenido sólo en cuenta sólo los profesionales asistenciales. Ya que en el proceso de atención en urgencias se involucran profesionales asistenciales y no asistenciales.



## **BIBLIOGRAFIA.**

- 1.-Institute of Medicine.To err is human: building a safer health system.Washington DC: National Academic Press; 1999.
- 2.-Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, AmarillaA, Restrepo FR, Urroz O, et al.Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the "Iberoamerican study of adverse events" (IBEAS). BMJ Qual Saf 2011; 20:1043-51.
- 3.-Institute of Medicine.Crossing the quality chasm.A new health system for the 21 century.Washington DC: National Academy Press; 2001.
- 4.- World Health Organization.The conceptual framework for the International Classification for Patient SAFETY. Geneva: World Health Organization; 2009. (WHO technical Report).
- 5.-SorraJS, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. AHRQ Publication N 04-0041. (Accedido 17 Enero 2008).Rockville: Agency for Health care Research and Quality;2004.Disponible en:<http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/usergd.htm>
- 6.-Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T y Grupo de Trabajo EVADUR-SEMES.EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles.Emergencias.2010; 22:415-28.
- 7.-Ramón Mir-Abellán, Anna Falcó-Pegueroles, María Luisa de la Puente-Martorell .Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. Gaceta Sanitaria, 2017; 31(2):145-149.Publicado por Elsevier España, S.L.U.
- 8.-Santiago Tomás, Manel Chánovas, Fermín Roqueta, Tomás Toranzo. Coordinadores Programa Semes-SeguridadPaciente, España. Servicio de Urgencias, Hospital Municipal de Badalona, Barcelona, España. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del Programa Semes-Seguridad Paciente. Emergencias 2012; 24:225-233.
- 9.-Zenewton André da Silva Gama, Adriana Catarina de Souza Oliveira, Pedro Jesús Saturno Hernández. Departamento de Saúde Coletiva, Universidad Federal do Rio, Grande do Norte, Natal, Brasil. Cad.Saúde Publica, Rio de Janeiro, 29(2):283-293, fev, 2013.
- 10.-Fermí Roqueta Egea, Santiago Tomás Vecina, Manel R.Chanovas Borrás. Servicio de Emergencias Fundación Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa,

España. Cultura de Seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud Español. *Emergencias* 2011; 23:356-364.

11.-M.Skodová, M.J Velasco Rodríguez, M.A Fernández Sierra. Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España. Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel. *Revista de Calidad Asistencial*.2011; 26(1):323-38.

12.-Germán Fajardo-Dolci, Javier Rodríguez-Suárez, Heberto Arboleya-Casanova, Cintia Rojano-Fernández, Francisco Hernández-Tórres, Javier Santacruz-Varela. Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México, D.F. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cirugía y Cirujanos* 2010; 78:527-532.

13.- P.J. Saturno, Z.A. Da Silva Gama, S.L. de Oliveira-Sousa, Y.A. Fonseca, A.C. De Souza-Oliveira. Grupo Proyecto isep (Indicadores de Seguridad del Paciente). Unida Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. *Medicina Clínica Monográfica (Barc)*.2008; 131 (Supl 3):18-25



# ANEXO 1.

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"/>				
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	<input type="checkbox"/>				
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo	<input type="checkbox"/>				
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto	<input type="checkbox"/>				
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la unidad laboral es agotadora	<input type="checkbox"/>				
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	<input type="checkbox"/>				
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal	<input type="checkbox"/>				
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	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"/>				
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	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"/>				
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
10. No se producen más fallos por casualidad	<input type="checkbox"/>				
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros	<input type="checkbox"/>				
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un culpable	<input type="checkbox"/>				
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad	<input type="checkbox"/>				
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa	<input type="checkbox"/>				
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente	<input type="checkbox"/>				
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo

16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	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 estos 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. Resulta incómoda tener que trabajar con personal de otras unidades/servicios.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
29. Existe cantidad de información entre los diferentes servicios es bastante problemática.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
30. La gerencia/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 solo 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 diferentes servicios trabajan de forma coordinada entre sí para evitar los errores de seguridad asociados a los pacientes.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
33. Se pierden historias 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 de qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	<input type="checkbox"/> NUNCA	<input type="checkbox"/> CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> A VECES	<input type="checkbox"/> CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> SIEMPRE
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	<input type="checkbox"/> NUNCA	<input type="checkbox"/> CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> A VECES	<input type="checkbox"/> CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> SIEMPRE
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	<input type="checkbox"/> NUNCA	<input type="checkbox"/> CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> A VECES	<input type="checkbox"/> CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> SIEMPRE
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	<input type="checkbox"/> NUNCA	<input type="checkbox"/> CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> A VECES	<input type="checkbox"/> CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> SIEMPRE
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	<input type="checkbox"/> NUNCA	<input type="checkbox"/> CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> A VECES	<input type="checkbox"/> CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> SIEMPRE
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	<input type="checkbox"/> NUNCA	<input type="checkbox"/> CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> A VECES	<input type="checkbox"/> CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> SIEMPRE
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	<input type="checkbox"/> NUNCA	<input type="checkbox"/> CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> A VECES	<input type="checkbox"/> CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> SIEMPRE
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a afectar al paciente.	<input type="checkbox"/> NUNCA	<input type="checkbox"/> CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> A VECES	<input type="checkbox"/> CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> SIEMPRE
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias a pesar de aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	<input type="checkbox"/> NUNCA	<input type="checkbox"/> CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> A VECES	<input type="checkbox"/> CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> SIEMPRE

**Sección D: Información complementaria**

43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10
 NUNCA SEGURIDAD GRADO DE 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?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

50. Indique a qué franja de edad pertenece.

<input type="checkbox"/> 21-30 años	<input type="checkbox"/> 31-40 años
<input type="checkbox"/> 41-50 años	<input type="checkbox"/> 51-60 años
<input type="checkbox"/> >60 años	

51. Indique su sexo

<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
---------------------------------	--------------------------------

52. Indique cuál es su lugar de trabajo

<input type="checkbox"/> Urgencias hospitalarias	<input type="checkbox"/> UME
<input type="checkbox"/> SUAP	<input type="checkbox"/> Atención primaria

53. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad. Marque una sola respuesta.	
1 <input type="checkbox"/> Médico	3 <input type="checkbox"/> Médico Residente
2 <input type="checkbox"/> Enfermero/a	4 <input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermería
5 <input type="checkbox"/> Técnico-Conductor	

54. ¿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<sup>a</sup>

55. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que les recibe recibe en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.	1	2	3	4	5
	NUNCA	RARA VEZ	A VECE	UNA VEZ	SIEMPRE
56. 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	RARA VEZ	A VECE	UNA VEZ	SIEMPRE
57. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.	1	2	3	4	5
	NUNCA	RARA VEZ	A VECE	UNA VEZ	SIEMPRE
58. 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	RARA VEZ	A VECE	UNA VEZ	SIEMPRE
59. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicado de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.	1	2	3	4	5
	NUNCA	RARA VEZ	A VECE	UNA VEZ	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	RARA VEZ	A VECE	UNA VEZ	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	RARA VEZ	A VECE	UNA VEZ	SIEMPRE

a: información adicional de la versión española

*Muchas gracias por su colaboración*