



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico 2015-2016

Trabajo Fin de Grado

**Análisis de la cultura sobre seguridad del
paciente en el Complejo Asistencial Universitario
de Palencia**

(Estudio de investigación)

Alumno: M^a Belén Aguilar Gutiérrez

Tutora: D^a M^a José Aragón Cabeza

Junio, 2016

ÍNDICE

1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.....	3
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	10
4. RESULTADOS.....	14
5. DISCUSIÓN	25
6. BIBLIOGRAFÍA	28

1. RESUMEN

Introducción: La calidad y seguridad de la atención es hoy en día una prioridad a nivel mundial y en todos los niveles asistenciales. La cultura de seguridad de una organización se define como el patrón integrado de comportamiento que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de la atención sanitaria. Desde que comenzó la corriente de seguridad del paciente con la publicación “Errar es humano”, han sido numerosos los estudios dirigidos a detectar los efectos adversos en la asistencia y las estrategias diseñadas para mejorar la calidad y seguridad del paciente.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y cualitativo, realizado en el Complejo Asistencial Universitario de Palencia, cuyo objetivo es analizar la percepción que tiene el personal de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en sus respectivas unidades y a nivel general en el hospital, mediante el cuestionario elaborado por la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) y validado por el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia.

Resultados: La dimensión que más destaca como fortaleza del CAUPA es el trabajo en equipo y como debilidad la dotación de personal. Y el ítem/variable que más destaca como fortaleza es que “cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo” y como debilidad que “a veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora”.

Discusión: Se puede afirmar que hay una buena cultura de seguridad en el CAUPA, con unos muy buenos resultados de trabajo en equipo y comunicación y que existen pequeñas cuestiones que se pueden mejorar, como son la dotación de recursos humanos y el apoyo por parte de la Gerencia.

PALABRAS CLAVE: Seguridad del paciente. Cultura de Seguridad. Cuestionario AHRQ. Enfermería. CAUPA

2. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La calidad y seguridad de la atención es hoy en día una prioridad a nivel mundial y en todos los niveles asistenciales. Garantizar que la atención que se proporciona a los usuarios cumple con los estándares internacionales de calidad y los protege de riesgos inherentes al sistema de salud es un reto que requiere el compromiso de todos los involucrados en el área de la salud.¹

La cultura de seguridad de una organización se define como el patrón integrado de comportamiento individual y colectivo, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de la atención sanitaria.¹

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones sanitarias es uno de los requisitos esenciales para evitar efectos adversos y minimizar errores, detectando donde están los fallos para que no se vuelvan a producir.

Si tuviéramos que escoger un hito que permitiera situar el origen de la corriente conocida como seguridad del paciente, debería mencionarse la publicación del informe “Errar es humano” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos en 1999. Que situaba los errores médicos como la octava de las principales causas de mortalidad en los Estados Unidos, con una frecuencia de entre 44,000 y 98.000 muertes cada año como resultado de errores médicos.² Por lo tanto se propuso pasar del clásico modelo, de ocultamiento y castigo para quienes cometían errores, a otro modelo opuesto en el que se reconoce que en cada acción en el cuidado de un paciente los profesionales están expuestos a cometer algún error no intencional y evitable; y por lo tanto debemos detectar errores, aprender de ellos y colocar la seguridad de los pacientes como una de las prioridades de la asistencia sanitaria.

Siguiendo este cambio de modelo en seguridad del paciente, la Organización Mundial de la Salud lanzó en 2004 la “Alianza por la seguridad del paciente”, promoviendo acciones, herramientas y recomendaciones para mejorar la seguridad en todos los países del mundo. El Consejo de Europa en el año 2006 instaba a los países a desarrollar políticas, estrategias y programas para mejorar la seguridad del paciente en sus organizaciones sanitarias. En junio de

2009 el Consejo de la Unión Europea lanzó las “Recomendaciones del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria”.³

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), en consonancia con las recomendaciones internacionales, decidió en el año 2005 desarrollar una estrategia de seguridad del paciente para el Sistema Nacional de Salud (SNS) en colaboración con las Comunidades Autónomas, presente en el Plan de Calidad de 2006, que proponía mejorar la seguridad de los pacientes en los centros sanitarios del SNS. Esta estrategia, ha servido como marco de referencia para el despliegue de programas y acciones que se han ido desarrollando en España sobre seguridad del paciente.

Los objetivos de la estrategia han estado orientados básicamente a mejorar la cultura de la seguridad y la gestión del riesgo sanitario, la formación de los profesionales, la implementación de prácticas seguras, la implicación de los pacientes y ciudadanos y la participación internacional.³

Más tarde en el plan de Calidad de 2010 del Sistema Nacional de Salud, se volvió a establecer en la línea estratégica 8: “Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud” para ello se establecen los siguientes objetivos³:

- Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes, en cualquier nivel de atención sanitaria.
- Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de incidentes relacionados con la seguridad de pacientes.
- Implantar prácticas seguras en el SNS.
- Promover la investigación en seguridad de los pacientes.
- Fomentar la participación de los pacientes en la estrategia de seguridad de los pacientes.
- Reforzar la participación de España en todos los foros sobre seguridad de pacientes de las principales organizaciones internacionales.³

Tras pasar 10 años desde el impulso y desarrollo de la primera línea estratégica de seguridad del paciente del SNS desarrollada desde el año 2005 en colaboración con las comunidades autónomas (integrando aportaciones de los profesionales y los pacientes a través de sus organizaciones) se presenta una actualización para un nuevo quinquenio 2015-2020⁴, que permite tener una visión de lo realizado previamente y facilita un análisis, reflexión y la toma de decisiones en torno a la seguridad del paciente en este nuevo período.

La actualización de la nueva estrategia plantea las líneas ya establecidas en la estrategia 2010-2015, con las que sigue una línea continuista e incorpora las recomendaciones de organismos internacionales y los objetivos y recomendaciones a partir de las mejores evidencias disponibles junto con la información aportada por los coordinadores científicos, las comunidades autónomas, los profesionales sanitarios, los pacientes y otros expertos consultados, va a permitir medir de forma estandarizada el alcance de dicha estrategia.

Las líneas estratégicas⁴ que mantienen los principios básicos ya en desarrollo son las siguientes:

Línea 1: Cultura de Seguridad, factores humanos, organizativos

Hace referencia a la necesidad de mejorar la cultura de seguridad desarrollando acciones dirigidas a medir y mejorar el clima de seguridad, informando y formando a todos los profesionales del SNS en temas de seguridad, en cuidados efectivos, entrenando a los equipos de trabajo en gestión de riesgos, fomentando el liderazgo en seguridad, y dan importancia a la necesidad de comunicar y aprender de los incidentes, manteniendo informados a los profesionales de los datos de evaluación de sus centros sanitarios para ,de este modo, estimular su participación activa en las mejoras propuestas.

Línea 2: Prácticas clínicas seguras

Las prácticas seguras recomendadas en esta estrategia en cuanto a promoción de los siguientes aspectos son:

1. Uso seguro del medicamento

2. Prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria
3. Prácticas seguras en cirugía
4. Prácticas seguras en los cuidados de los pacientes
5. Identificación inequívoca del paciente
6. Comunicación entre profesionales
7. Diseño y desarrollo de estrategias para el abordaje de eventos adversos graves en los centros sanitarios
8. Uso seguro de las radiaciones ionizantes en los procedimientos clínicos

Línea 3: Gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes

1. Promover la creación de unidades de gestión de riesgos, en los centros asistenciales, que desarrollen estrategias para la adecuada gestión de riesgos relacionados con la atención sanitaria.
2. Promover la implantación y desarrollo de sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria para el aprendizaje.

Línea 4: La participación de los pacientes y ciudadanos por su seguridad

Esta participación se basa en los derechos que el individuo, como ciudadano, tiene para tomar parte en las decisiones que le afectan y en su libertad de elección dentro del sistema sanitario.

Esto requiere de un cambio cultural importante en la relación profesional-paciente, basado en la toma de decisiones compartidas.

Línea 5: Investigación en seguridad del paciente

1. Promover el desarrollo de estudios de investigación que permitan:
 - Cuantificar la magnitud y las características del riesgo clínico y sus tendencias.
 - Mejorar la comprensión de los factores que contribuyen a la aparición de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.
 - Evaluar el impacto económico de los eventos adversos sobre el sistema sanitario.

- Evaluar el impacto, la efectividad y la sostenibilidad de las prácticas, procedimientos y soluciones implementadas para mejorar la seguridad del paciente
- 2. Promover la identificación y difusión de soluciones coste-efectivas, factibles y sostenibles para lograr una atención más segura y evitar incidentes con daño para los pacientes.
- 3. Favorecer la difusión de los resultados de los estudios de investigación en seguridad del paciente.

Línea 6: Participación internacional

1. Fomentar la colaboración con el Programa de seguridad del paciente de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud
2. Promover la participación española en foros internacionales relacionados con la seguridad del paciente.

La magnitud e importancia de seguir estas líneas estratégicas y evitar efectos adversos recae en numerosos estudios epidemiológicos ^{5, 6, 7, 8} que evidencian que la situación del SNS puede mejorar. Los estudios más destacados son:

- **Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la Hospitalización (estudio ENEAS)**

Estudio retrospectivo de cohortes de una muestra de 24 hospitales españoles que mostró que la incidencia de pacientes con Eventos Adversos (EAs) relacionados directamente con la asistencia hospitalaria fue de un 8,4%, y demostró que en un 22,2% de esos pacientes con efectos adversos, el efecto adverso fue la causa de su reingreso hospitalario, con el coste que eso supone para el SNS.

Además, del total de eventos adversos, el 45% se consideraron leves, el 38,9% moderados y el 16% graves. Siendo casi la mitad de ellos evitables.⁵

- **Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria (estudio APEAS)**

Estudio observacional de tipo transversal realizado sobre 48 centros de atención primaria de 16 Comunidades Autónomas. La prevalencia de

eventos adversos observada fue de un 11,18% en las consultas de atención primaria. De los cuales el 54,7% fueron leves, el 38% moderados y el 7,3% graves. La mayoría de ellos se consideraron errores evitables.⁶

- **Eventos adversos en Residencias y Centros Sociosanitarios (estudio EARCAS)**

Es un estudio cualitativo sobre la seguridad del paciente en residencias de media y larga estancia, según los datos obtenidos se considera que los eventos adversos más comunes se producen por errores en medicación, por los cuidados y por las infecciones. Influyendo mucho la gravedad y vulnerabilidad de este tipo de pacientes en el desarrollo de los efectos adversos.⁷

- **Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico (estudio SYREC)**

Estudio de cohortes prospectivo de 79 UCIs españolas basado en la notificación de incidentes. Los resultados fueron que el riesgo de sufrir un evento adverso es del 40%. Siendo un 60% de ellos evitables.⁸

Siguiendo las líneas estratégicas del SNS, la gerencia regional de salud (GRS) de Castilla y León, ha establecido como uno de los objetivos dirigidos a la seguridad del paciente, incorporar a los procesos y sistemas las soluciones o lecciones aprendidas que prevengan los riesgos potenciales inherentes a la prestación de la asistencia sanitaria y del uso de los medicamentos, mediante la creación de una cultura de seguridad del paciente y el impulso de actuaciones específicas que garanticen que el servicio que se proporciona sea lo más seguro posible.⁹

Siguiendo estas recomendaciones, el CAUPA¹⁰ tiene establecido en su área de calidad unos objetivos orientados a la mejora continua de la atención sanitaria respecto a la seguridad del paciente, su desarrollo estará determinado por los siguientes proyectos:

- Gestión de riesgos a través del sistema de notificación de accidentes sin daño (SISNOT), abierto a todos los profesionales del sistema sanitario.

- Plan de vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la atención sanitaria.
- Extensión de los proyectos bacteriemia y neumonía zero.
- Higiene de manos.
- Reducción de la transmisión cruzada de microorganismos multirresistentes en los hospitales.
- Extensión de la utilización del checklist quirúrgico de la OMS.
- Prácticas seguras en el ámbito quirúrgico. Infección quirúrgica zero.
- Conciliación de la medicación al alta.
- Mejora de la adecuación de la prescripción en ancianos (STOPP-START)
- Mapas de riesgos.
- Mejora de la información al ciudadano.
- Difusión de buenas prácticas en seguridad.
- Monitorización de los indicadores de la estrategia de seguridad SNS.

Justificación del trabajo:

Es un tema de actualidad, interesante para evaluar la situación en la que se encuentra el CAUPA en cultura de seguridad del paciente para poder dirigir las estrategias de seguridad de manera más personalizada respecto a sus necesidades.

Objetivos:

General: Evaluar la cultura de seguridad en el CAUPA entre los profesionales de enfermería para plantear estrategias dirigidas a la mejora de la seguridad del paciente en dicho centro asistencial.

Específicos:

- Analizar los factores laborales que pueden influir en las prácticas seguras.
- Establecer algunas recomendaciones en algunos puntos en el clima de seguridad si fuera necesario tras obtener los resultados.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo, transversal y cualitativo, en el Complejo Asistencial Universitario de Palencia, cuyo objetivo es analizar la percepción que tiene el personal de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en sus respectivas unidades y a nivel general en el hospital, para ello se utiliza un cuestionario elaborado por la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) y validado por el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia.

Este trabajo se ha realizado en tres fases: recopilación de información, aplicación del cuestionario y análisis de los resultados.

a) Recopilación de información:

Las bases de datos utilizadas han sido Google académico, PubMed y Scielo, utilizando Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCs) y sus correspondientes términos en inglés (Medical Subject Headings) MeSH (Seguridad Paciente- Patient Safety, Cultura de seguridad del paciente - Patient Safety Culture,) y combinándolos con el operador booleano AND.

También Se utilizó la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), de donde se obtuvo la mayor parte de información del cuestionario validado aplicado en el estudio, los planes de calidad y estrategias del SNS. Además del portal de salud de la Conserjería de Sanidad de la Junta de Castilla y León

b) Aplicación del cuestionario al CAUPA

Para ello, fue necesario hacer una solicitud formal a través de la EUE en la que se explicaba el motivo del trabajo y se pedía la colaboración al hospital. (Anexo 1) Además de eso, se habló personalmente con la Dirección de Enfermería, para solicitar permiso y explicar el proyecto.

Para acotar la muestra, se decidió aplicar el cuestionario solo a 9 plantas de hospitalización, las unidades a las que se destinó el cuestionario fueron las siguientes: medicina interna, neumología y nefrología, neurología y cardiología, oncología y digestivo, traumatología, traumatología y cirugía, cirugía y urología.

I. Muestra de sujetos para el estudio:

Como anteriormente se ha comentado, para acotar el tamaño de la población a estudio que es de 456 enfermeras en todo el CAUPA, se decidió aplicar el cuestionario sólo a 9 unidades del hospital, incluyendo en el estudio solo al personal de enfermería (DUEs y Graduadas), por lo tanto, como hay aproximadamente 13 enfermeras de plantilla por unidad de hospitalización, el tamaño de la población a estudio se quedó en 117.

El tamaño de la muestra se calculó mediante el programa Ene 2.0, con el objetivo de obtener estimaciones con una precisión entre 0,05 y 0,01, una proporción esperada del 50% y un nivel de confianza de 0,95, se necesitaría una muestra entre 90 y 116 encuestas.

Finalmente, se repartieron un total de 116 encuestas, para obtener unos resultados más fiables. Y se recogieron un total de 69 cuestionarios, una participación mayor a la esperada (59,48%).

II. Distribución del cuestionario:

Los cuestionarios (Anexo 2) se entregaron de manera personal a cada supervisora en un sobre junto con una carta de presentación en la que se explican los objetivos y se invita a los profesionales a colaborar en el estudio.

Se dejó el sobre en un sitio localizado de la unidad para que las enfermeras lo cogieran y respondieran de manera anónima y se facilitó un buzón para que dejaran allí las encuestas favoreciendo la confidencialidad.

Los cuestionarios fueron repartidos durante el mes de abril, en un periodo de 15 días (Del 11 al 25 de abril), para aumentar la tasa de respuesta, se realizó un recordatorio en la mitad de periodo.

III. Ítems y dimensiones de la cultura de seguridad que mide el cuestionario (Anexo 3)

Sección A: Preguntas que corresponden a la cultura de seguridad.

1. Frecuencia de eventos notificados (Agrupa 3 ítems)
2. Percepción de seguridad (Agrupa 4 ítems)

Sección B: Preguntas que corresponden a la percepción de la cultura de seguridad respecto a su servicio o unidad.

3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad (Agrupa 4 ítems)
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua (Agrupa 3 ítems)
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (Agrupa 4 ítems)
6. Franqueza en la comunicación (Agrupa 3 ítems)
7. *Feed-back* y comunicación sobre errores (Agrupa 3 ítems)
8. Respuesta no punitiva a los errores (Agrupa 3 ítems)
9. Dotación de personal (Agrupa 4 ítems)
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (Agrupa 3 ítems)

Sección C: Preguntas que corresponden a la percepción de la cultura de seguridad respecto a todo el Hospital.

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

En total suman 42 preguntas, en el cuestionario original validado por el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia, se añade una sección complementaria al cuestionario del Hospital Survey on Patient Safety, que no fue usada.

c) Análisis de los resultados

La encuesta tiene preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. De forma general, las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías:

Positivo:	De acuerdo/Muy de acuerdo Siempre/ Casi siempre
Neutral:	Ni de acuerdo ni en desacuerdo/ a veces
Negativo:	En desacuerdo/Muy en desacuerdo Raramente/Nunca

Con los resultados, se describe la cultura de seguridad del paciente y se identifican sus fortalezas y debilidades.

4. RESULTADOS

La tasa de respuesta fue de un 59,48%, el cuestionario proporciona una calificación global sobre la cultura de seguridad percibida y un total de doce dimensiones sobre la misma, y además, el porcentaje de respuestas positivas o negativas a cada uno de los ítems, puede servir para identificar las fortalezas y las oportunidades de mejora en relación a este tema.

RESULTADOS POR ITEMS Y VARIABLES:

1. Frecuencia de eventos notificados:

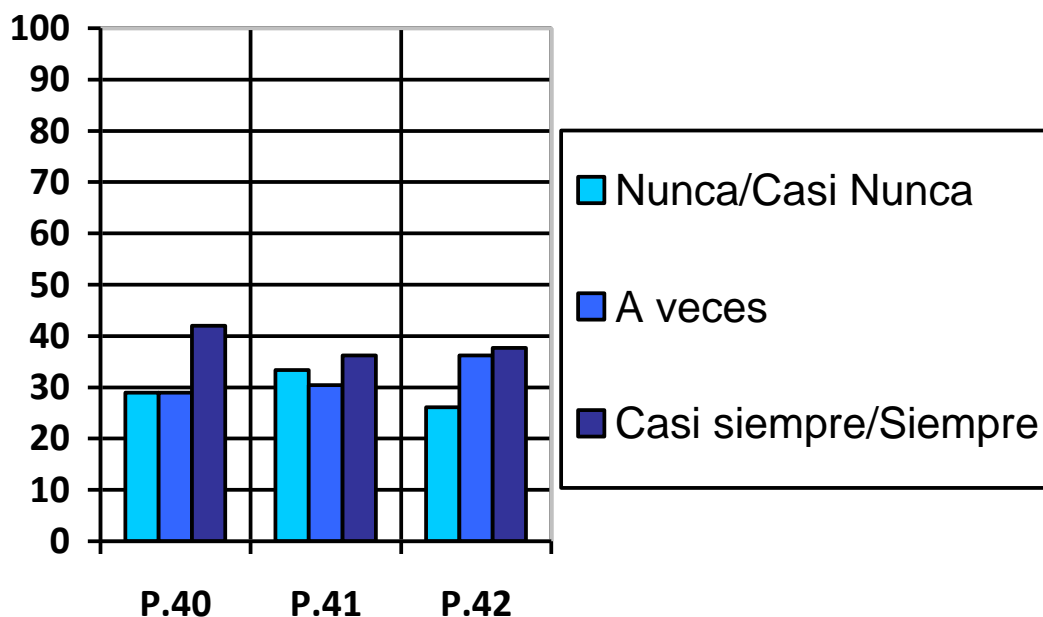


Figura 1: Dimensión 1: Frecuencia de eventos notificados; P.40 (Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente); P.41 (Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente); P.42 (Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente).

Sobre la frecuencia de eventos adversos notificados no se han obtenido altos porcentajes en ningún ítem, por lo tanto no se puede destacar ninguno.

2. Percepción de seguridad:

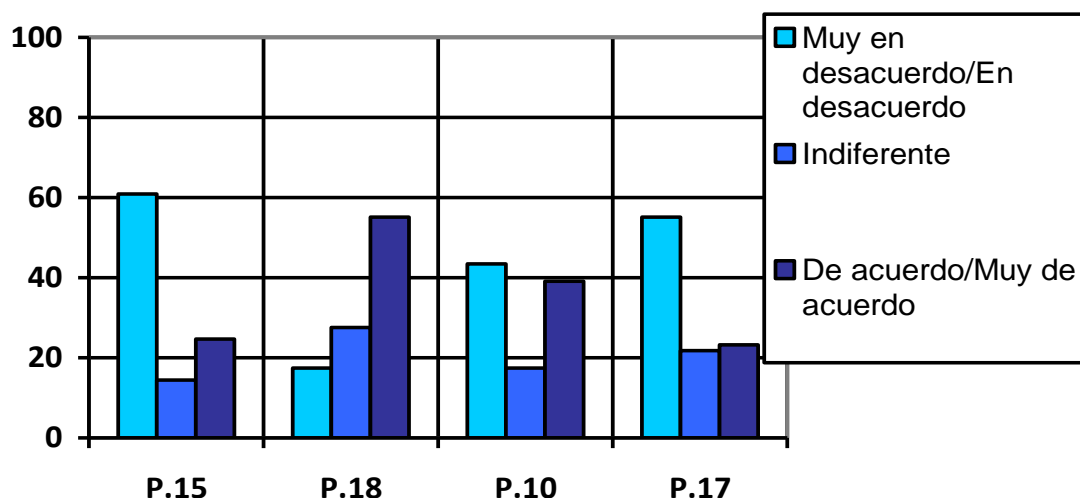


Figura 2: Dimensión 2: Percepción de seguridad. P.15(); P.18(Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia); P.10 (No se producen más fallos por casualidad); P.17 (En esta unidad hay problemas relacionados con la “Seguridad del paciente”).

En esta dimensión destaca que un 60% de los encuestados han respondido de manera negativa a pregunta 15, lo que quiere decir que no están de acuerdo con que en su puesto de trabajo se sacrifique la seguridad del paciente cuando aumenta el ritmo de trabajo.

3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad:

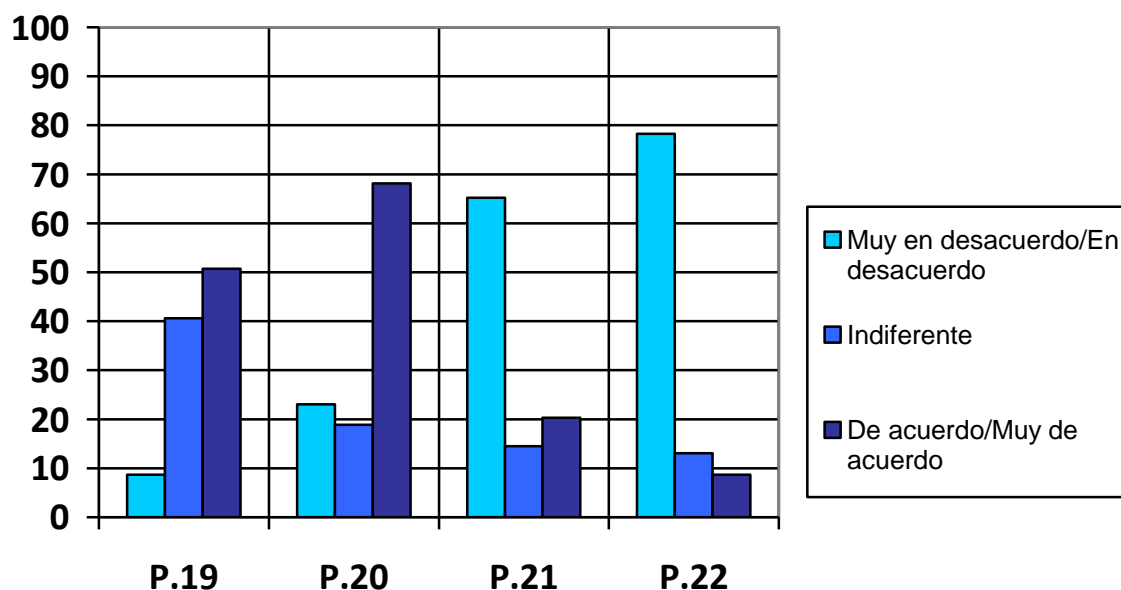


Figura 3: Dimensión 3: Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/servicio que

favorecen la seguridad. P.19 (Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente); P.20 (Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente); P.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); P.22 (Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente).

En la gráfica se observa que las enfermeras han tenido un elevado número de respuestas negativas a las preguntas 21 y 22, lo que quiere decir que no creen que su supervisora pretenda aumentar el ritmo de trabajo cuando aumenta la presión, poniendo en riesgo la seguridad del paciente. Ni tampoco con que pase por alto los errores que se puedan cometer.

Por otro lado, han respondido con un alto porcentaje de respuestas positivas, a la afirmación “Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente”.

4. Aprendizaje organizacional/mejora continua:

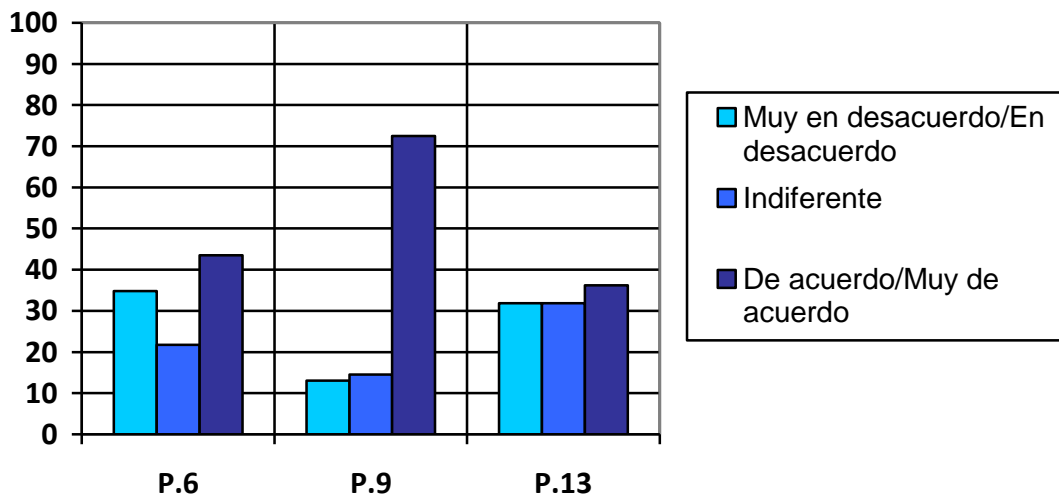


Figura 4: Dimensión 4: Aprendizaje organizacional/mejora continua. P.6 (Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente); P.9 (Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo); P.13 (Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad).

En cuanto al aprendizaje de los errores, se observa que un elevado número de enfermeras coinciden en que cuando se detecta algún fallo en la asistencia, se llevan a cabo medidas para evitar que ocurra de nuevo.

5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio :

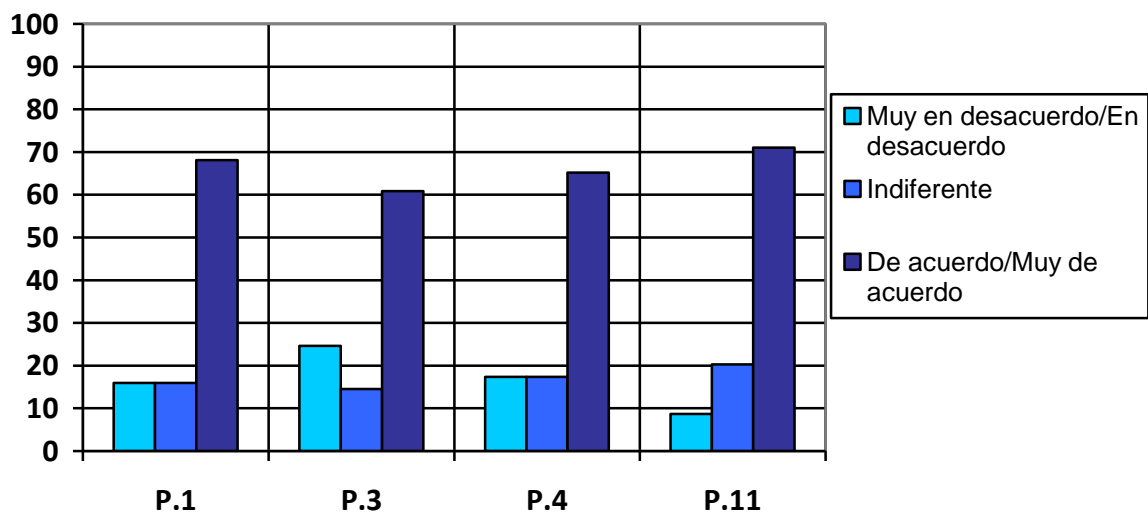


Figura 5: Dimensión 5: Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio. P.1 (El personal se apoya mutuamente); P.3 (Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo); P.4 (En esta unidad nos tratamos todos con respeto); P.11 (Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros).

En esta dimensión todas las enfermeras coinciden con respuestas positivas en todas las cuestiones, lo que indica que hay muy buen trabajo en equipo y el personal se apoya y se ayuda. Es una de las fortalezas en cuanto a seguridad del paciente en el CAUPA.

6. Franqueza en la comunicación:

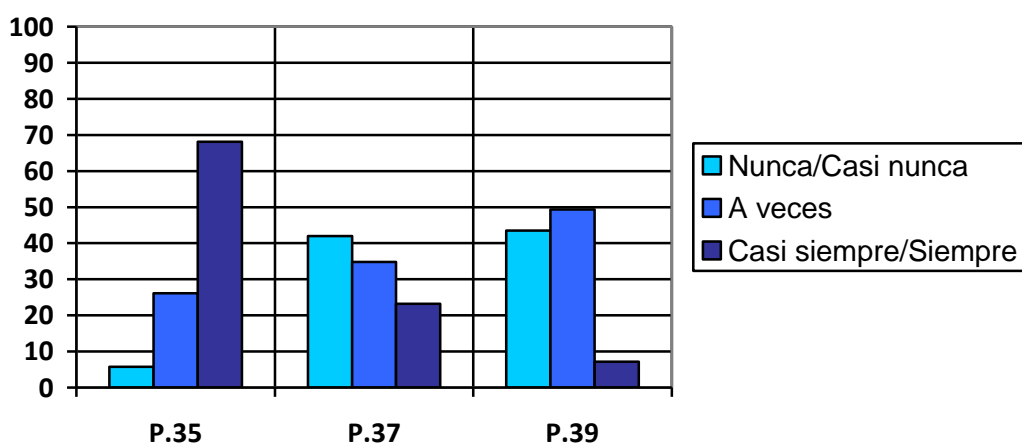


Figura 6: Dimensión 6: Franqueza en la comunicación. P.35 (Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad); P.37 (El

personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores); P.39 (El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta).

En la gráfica se observa que respecto a la comunicación, el personal ha respondido de manera destacable y positiva a la pregunta 35, lo que indica que cuando se observa que hay algo que puede dañar la atención que recibe el paciente, siempre es comunicado y hablado con total libertad.

7. *Feed-back* y comunicación sobre errores:

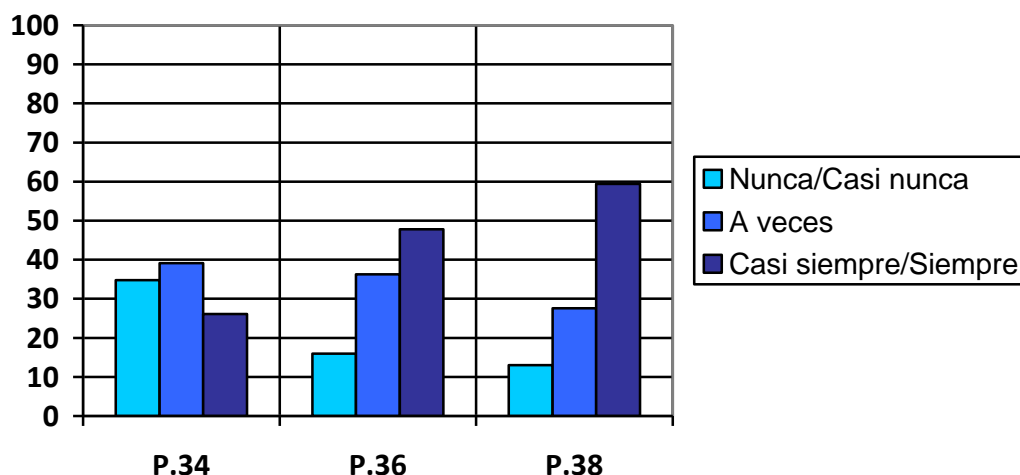


Figura 7: Dimensión 7: *Feed-back* y comunicación sobre errores. P.34 (Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo); P.36 (Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad); P.38 (En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir).

En cuanto al *Feed-back* y comunicación sobre los errores, las enfermeras destacan con un elevado número de respuestas positivas a la pregunta 38. Lo que nos indica que en las unidades siempre se discute de qué manera se puede evitar que un error no se pueda volver a producir.

8. Respuesta no punitiva a los errores:

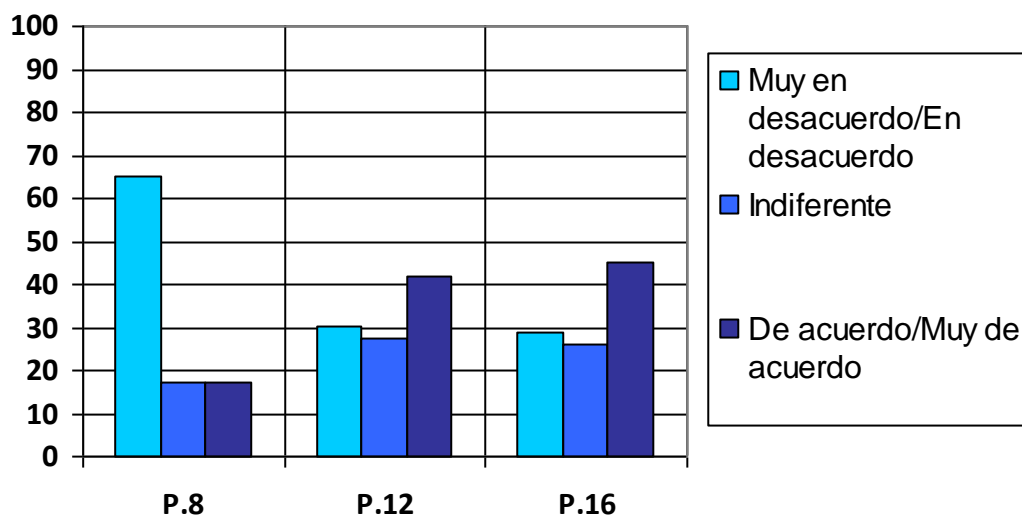


Figura 8: Dimensión 8: Respuesta no punitiva a los errores. P.8 (Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra); P.12 (Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”); P.16 (Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente).

En la dimensión “respuesta punitiva a los errores”, gran parte de las enfermeras parecen estar de acuerdo en que los errores no son utilizados nunca en contra de la persona que lo ha cometido, ni por parte de los compañeros ni por los superiores.

9. Dotación de personal:

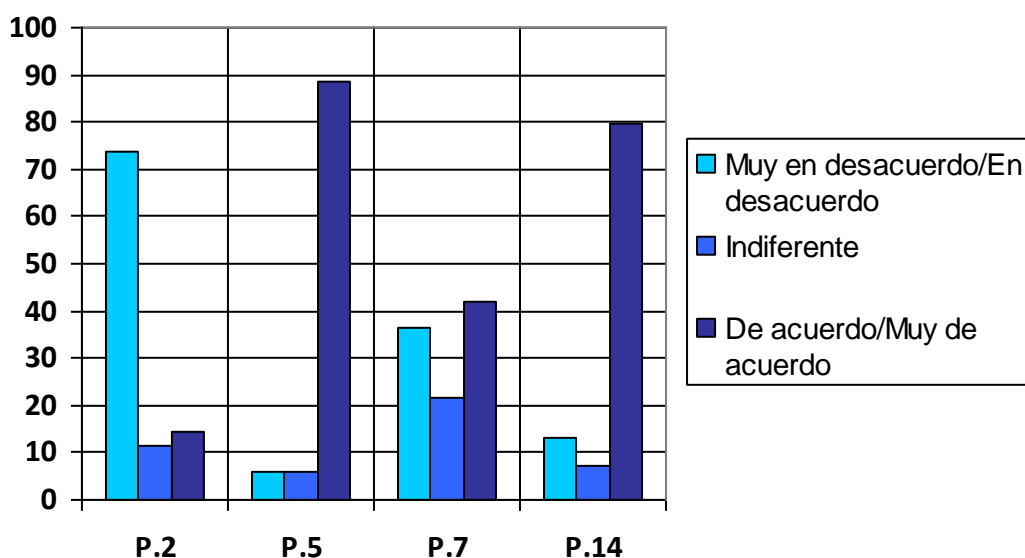


Figura 9: Dimensión 9: Dotación de personal. P.2 (Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo); P.5 (A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora); P.7 (En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal); P.14 (Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa).

En la gráfica de dotación de personal, se observa un gran índice de respuestas positivas a las cuestiones 5 y 14, lo que nos indica que las enfermeras están de acuerdo en que a veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora y en que se trabaja bajo presión para realizar muchas cosas demasiado deprisa.

Por otro lado, con un alto porcentaje de respuestas negativas a la pregunta 2, las encuestas demuestran que las enfermeras no están de acuerdo con que haya suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.

Por lo tanto, podemos considerar este ítem como una debilidad o oportunidad de mejora.

10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente:

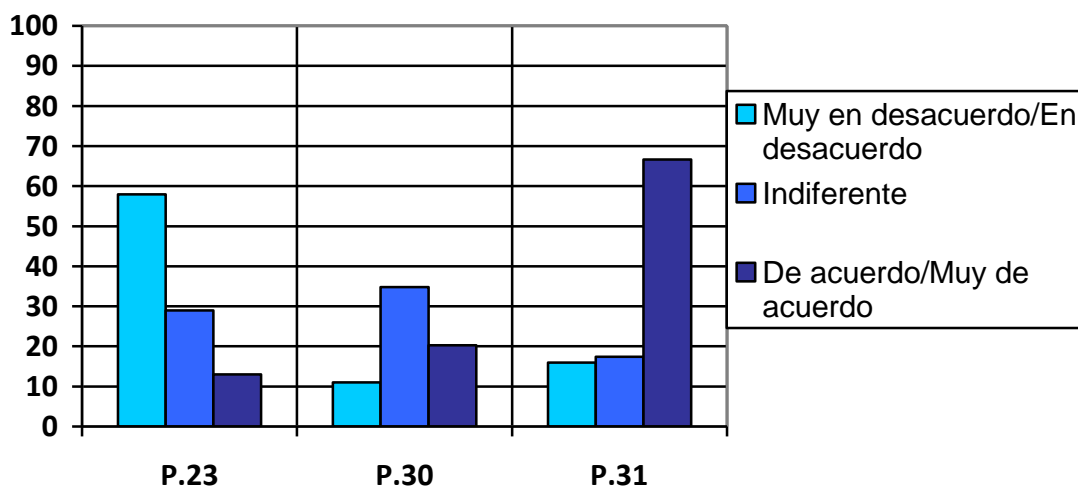


Figura 10: Dimensión 10: Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente. P.23 (La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente); P.30 (La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades); P.31 (La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente).

En lo que a la gerencia del hospital se refiere, las enfermeras parecen no estar de acuerdo en que éste organismo favorezca un buen clima laboral, y por otro

lado, los resultados dicen con casi un 70%, que las enfermeras opinan que la gerencia parece interesarse por la seguridad sólo cuando ya ha sucedido un efecto adverso.

11. Trabajo en equipo entre unidades:

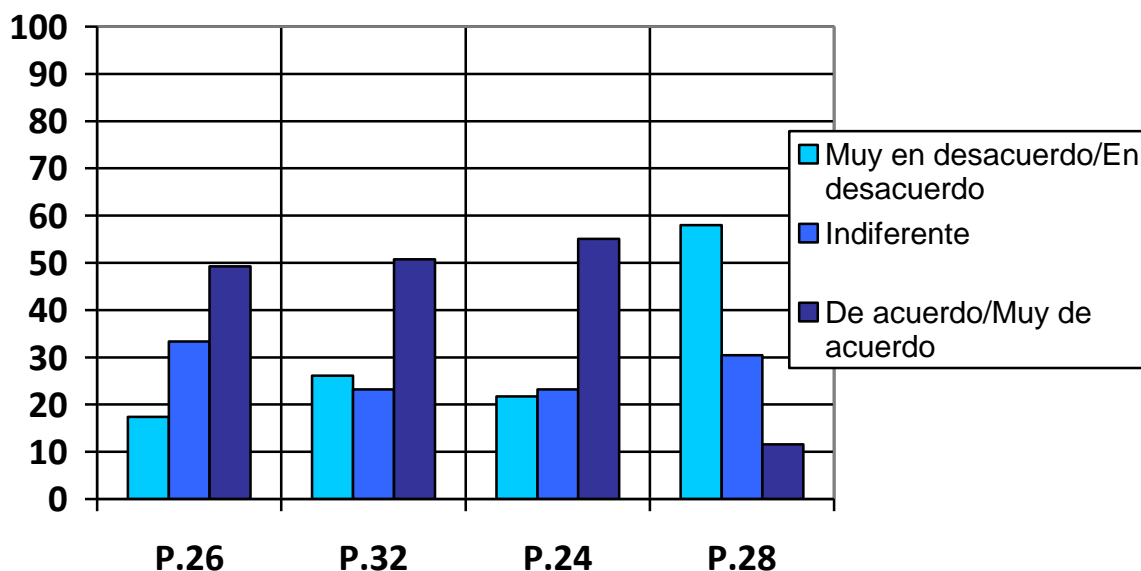


Figura 11: Dimensión 11: Trabajo en equipo entre unidades. P.26 (Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente); P.32 (Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible); P.24 (Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas); P.28 (Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades).

Esta gráfica nos indica respuestas contradictorias, por un lado las enfermeras opinan que hay una buena cooperación y coordinación entre unidades, pero por otro nos dicen que no se coordinan bien entre ellas. A pesar de esto parecen estar de acuerdo en que no es incómodo trabajar con personal de otras unidades.

12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades:

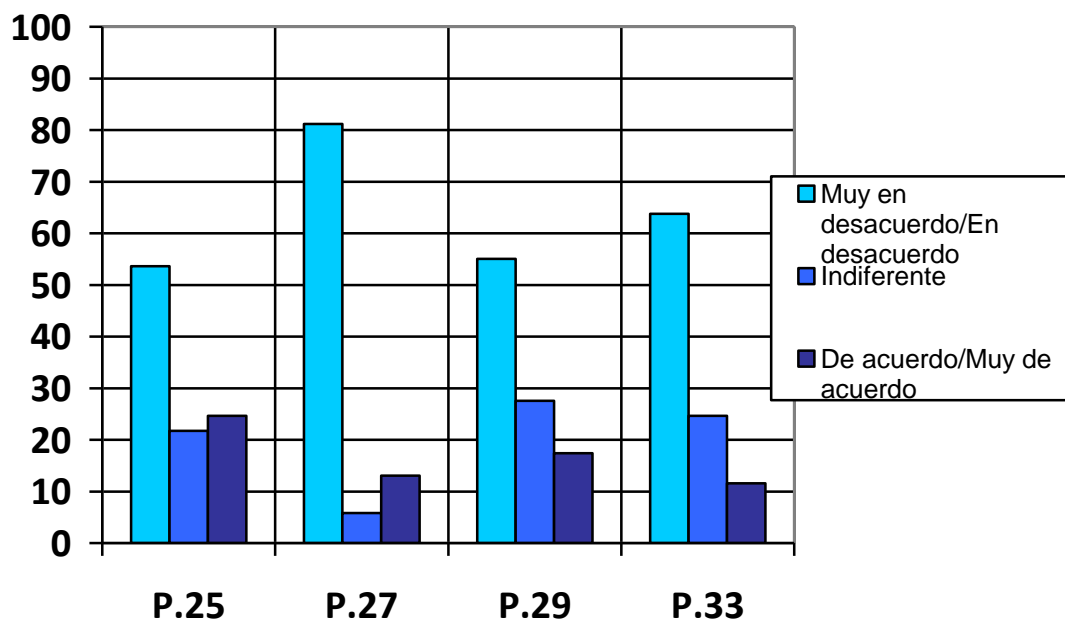


Figura 12: Dimensión 12: Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades. P.25 (La información de los paciente se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad /servicio a otra); P.27 (En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente); P.29 (El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático); P.33 (Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno).

En cuanto a los problemas en los cambios de turno, con un generalizado índice de respuestas negativas a las preguntas formuladas, se observa que no hay problemas con los cambios de turno, ni se pierde información, ni se pierden datos al pasar de una unidad a otra, ni surgen problemas de atención como consecuencia de los cambios de turno.

Sin tener en cuenta la división por dimensiones del cuestionario, las variables en las que las enfermeras coinciden con un mayor número de respuestas positivas son las siguientes:

Variables respuestas positivas (De acuerdo/Muy de acuerdo)	%
No se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora	88,4%
Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa	79,71%
Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo	72,46%
Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros	71,01%
El personal se apoya mutuamente	68,12%
Mi superior/Jefe tiene en cuenta, seriamente, la sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente	68,12%
Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad	68,1%
La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente	66,67%
En esta unidad nos tratamos todos con respeto	65,20%
Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo	60,87%

Por otro lado, las variables con mayor número de respuestas negativas fueron las siguientes:

Variables respuestas negativas (Muy en desacuerdo/En desacuerdo)	%
En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente	81,16%
Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente	78,26%
Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	73,92%
Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente	65,22%
Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra	65,22%
Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno	63,77%
Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente	60,87%
La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente	57,97%
Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades	57,62%
En esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del paciente"	- 55,07%

5. DISCUSIÓN

Tras analizar los resultados, se han visto resultados muy interesantes en la percepción que tienen las enfermeras sobre la cultura de seguridad del paciente en el CAUPA.

De manera positiva, cabe destacar como fortaleza la dimensión 5 “Trabajo en equipo”, con un elevado porcentaje de respuestas que nos indican que hay muy buen ambiente de trabajo entre compañeras, siendo esto muy positivo para la seguridad del paciente puesto que el compañerismo siempre se traduce en compenetración, buen hacer y por lo tanto una buena calidad asistencial.

Por otro lado, también se destaca como fortaleza, la dimensión 12, “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades”. La mayor parte de las enfermeras están en desacuerdo con que haya pérdida de información en los cambios de turno y transiciones entre unidades, lo que es indicativo de buena seguridad del paciente, puesto que mantener la historia clínica de los enfermos y su información en todos los turnos y en los traslados entre unidades es una demostración de que se llevan a cabo prácticas clínicas seguras de identificación del paciente, medicación, ect.

También se han obtenido buenos resultados en las expectativas que tienen las enfermeras de la supervisión de enfermería, la buena comunicación del equipo, el Feed-Back y aprendizaje de los errores, y la comprensión y apoyo del equipo ante un efecto adverso derivado de la asistencia sanitaria.

De manera negativa, se destaca como debilidad u oportunidad de mejora la dimensión 9 “Dotación de Personal”; la mayor parte de las enfermeras están de acuerdo en que el personal no es suficiente para afrontar la carga de trabajo, pudiendo afectar esto en la seguridad del paciente, puesto que se trabaja demasiado deprisa y a veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente, siendo ésta la causa más importante de que se puedan cometer errores.

También cabe destacar como oportunidad de mejora la dimensión 10 “Apoyo de la Gerencia del Hospital”, en la que las enfermeras coinciden en que la Gerencia no facilita un buen clima laboral y que solo se preocupan por la seguridad del paciente cuando ya se ha producido un efecto adverso. Como ya

hemos comentado anteriormente, la Gerencia del Hospital lleva a cabo numerosas estrategias de seguridad del paciente, una propuesta de este trabajo sería que se mantenga más informado al personal de las estrategias y proyectos de calidad llevados a cabo en el CAUPA.

Como limitación de este trabajo, principalmente está el tamaño de la muestra, está sesgado porque sólo han sido incluidas en el estudio aquellas enfermeras que trabajan en las 9 unidades de hospitalización (medicina interna, neumología y nefrología, neurología y cardiología, oncología y digestivo, traumatología, traumatología y cirugía, cirugía y urología), y no en todo el CAUPA, por lo que los resultados no son generalizables a todo el Complejo Hospitalario de Palencia.

Como respaldo de este trabajo, se han comparado los resultados obtenidos con otros estudios que han utilizado el mismo cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente; el estudio del SNS sobre el que está basado este “Análisis de cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español”¹¹ y “Cultura de seguridad del paciente en los Servicios de Urgencias del Sistema Nacional de Salud”¹².

En los tres estudios coincide que la dimensión que se puede considerar como fortalezas del sistema es el “Trabajo en equipo”, en el estudio del SNS y de los Servicios de emergencias esta dimensión está seguida por la dimensión 3 “Acciones de la dirección/supervisión de la Unidad o Servicio que promueven la seguridad” y en el presente estudio por la dimensión 12, con su respuesta no están de acuerdo con que haya problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades.

En cuanto a los ítems que se consideran como fortalezas en el SNS están “El personal se apoya mutuamente” y “Cuando se detecta un fallo en la atención al paciente, se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo” y en el estudio de los Sistemas de Emergencias son “El personal se apoya mutuamente” seguido de “En esta unidad nos tratamos todos con respeto”, en este estudio los ítems que indican una fortaleza del CAUPA son: “Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las

medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo” y “Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros”

En los tres estudios se considera como debilidad u oportunidad de mejora la dimensión “Dotación de personal” y “Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente”.

En cuanto a los ítems que se consideran debilidades u oportunidades de mejora los más identificados son “A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora” y “Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa” en todos los estudios comparados.

En conclusión, se puede afirmar que hay una buena cultura de seguridad en el CAUPA, con unos muy buenos resultados de trabajo en equipo y comunicación y que existen pequeñas cuestiones que se pueden mejorar, como son la dotación de recursos humanos y el apoyo por parte de la Gerencia.

Para ello se proponen las siguientes recomendaciones:

- ✓ Aprovechar la buena actitud de los profesionales de trabajo en equipo para crear un sistema de elevada calidad teniendo en cuenta que es una fortaleza que debe ser aprovechada por el CAUPA
- ✓ Dar mucha importancia a la Dotación de recursos humanos, valorando, no solo el número de profesionales, sino también la carga de trabajo, el ritmo de trabajo al que es sometido el trabajador, las horas trabajadas y las competencias.
- ✓ Que la Gerencia muestre una cara más proactiva hacia la seguridad del paciente, los trabajadores y el clima laboral.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Ginebra: OMS; 2009. [Accedido 16 Marzo de 2016] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academic Press; 2000. [Accedido 13 Marzo de 2016] Disponible en: <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Plan Calidad del Sistema Nacional de Salud 2010. Madrid: MSSSI; 2010. [Accedido el 5 de Abril 2016] Disponible en: <http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Estrategia seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020. Madrid: Consejo Interterritorial del SNS; 2015. [Accedido el 5 de Abril de 2016] Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
5. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización: ENEAS 2005. [Internet] Madrid: 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo [Accedido 13 Mayo de 2016] Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
6. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Estudio- APEAS. [internet] Madrid: Agencia de Calidad del Sistema

- Nacional de Salud; Informes, estudios e investigación 2008. [Accedido 15 Mayo de 2016] Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>
7. Eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios. [Internet]. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; Informes, estudios e investigación 2011. [Accedido el 15 de mayo de 2016] Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/earcas.pdf>
 8. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico 2007. Estudio SYREC. Informe Mayo 2009. [Internet] Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; Informes, estudios e investigación 2010. [Accedido 21 de mayo de 2016] Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/e-epidemiologicos/2008/>
 9. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Líneas estratégicas de la gerencia Regional de salud 2011-2015. Madrid: GRS; 2011. [Accedido el 21 de Mayo de 2016] Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/lineas-estrategicas-objetivos-gerencia-regional-salud-casti>
 10. Redondo MJ, Sánchez MP, Méndez J. Calidad en el Complejo Asistencial Universitario de Palencia. [Internet]. Palencia: Portal de Salud Castilla y León; 2013 [Accedido 1 de Junio de 2016] Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/CAPalencia/es/calidad>
 11. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. [Accedido 5 Abril 2016] Disponible en: http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf

12. Roqueta F, Tomás S, R.Chanovas M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del SNS Español.[Internet] Barcelona; 2011. Disponible en: http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/articulos/articulo_21.pdf



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

TRABAJO FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico: 2015-16

- ALUMNO: Belén Aguilar Gutiérrez D.N.I.: 71163329H
- TÍTULO: Análisis sobre cultura de seguridad del paciente en el Hospital Río Carrión
- JUSTIFICACIÓN: Las estrategias internacionales en seguridad del paciente se orientan principalmente en dos grandes áreas: el cambio cultural de los profesionales y la implementación de prácticas seguras. Por eso me parece interesante hacer un análisis sobre el clima de seguridad en el Hospital Río Carrión, para ver en qué situación respecto a la cultura de seguridad del paciente se encuentran y establecer estrategias de mejora si fuera necesario.
- OBJETIVOS:
 - Aplicar herramienta validada por el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia para evaluar el clima de seguridad en el Hospital Río Carrión.
 - Analizar las fortalezas y debilidades, evaluando la actitud de seguridad y el clima percibido en el personal de enfermería, con el fin de plantear estrategias dirigidas a la mejora de la seguridad del paciente en el Hospital Río Carrión
 - Analizar los factores laborales, como la carga de trabajo o la falta de personal, que pueden influir en las prácticas seguras.
- METODOLOGÍA:

Es un estudio descriptivo, tutorizado por D^a M^a José Aragón Cabeza, que pretende analizar la cultura de seguridad en el ámbito hospitalario mediante la encuesta validada por el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia.

La intención es pasar el cuestionario al personal de enfermería, exclusivamente por las unidades de hospitalización del Hospital Clínico Universitario Río Carrión (Medicina interna, Neumología, Neurología, Nefrología, Cardiología, Oncología, Traumatología, Cirugía y Urología) en un periodo de 15 días, durante el presente mes de abril.

El tamaño de la muestra será de 117 encuestas, teniendo en cuenta que hay aproximadamente 13 enfermeras de plantilla por unidad.

La encuesta valora 12 dimensiones de la cultura de seguridad, como son la percepción de seguridad por el personal, la frecuencia de errores notificados, el trabajo en equipo de la unidad, la comunicación sobre errores, la dotación de personal, el apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente, etc.

Palencia, 8 de abril de 2016

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Belén', with a stylized flourish extending from the end.

Fdo.: Belén Aguilar Gutiérrez

ANEXO 2

Sección A: Su servicio/Unidad

Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo

1. El personal se apoya mutuamente.

1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
---------------------------	-----------------------	------------------	--------------------	------------------------

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

1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
---------------------------	-----------------------	------------------	--------------------	------------------------

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

1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
---------------------------	-----------------------	------------------	--------------------	------------------------

4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.

1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
---------------------------	-----------------------	------------------	--------------------	------------------------

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

1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
---------------------------	-----------------------	------------------	--------------------	------------------------

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

1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
---------------------------	-----------------------	------------------	--------------------	------------------------

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

1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
---------------------------	-----------------------	------------------	--------------------	------------------------

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

1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	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.

1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
---------------------------	-----------------------	------------------	--------------------	------------------------

10. No se producen más fallos por casualidad.

1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
---------------------------	-----------------------	------------------	--------------------	------------------------

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

1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
---------------------------	-----------------------	------------------	--------------------	------------------------

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

1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
---------------------------	-----------------------	------------------	--------------------	------------------------

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

1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
---------------------------	-----------------------	------------------	--------------------	------------------------

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

1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
---------------------------	-----------------------	------------------	--------------------	------------------------

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

1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
---------------------------	-----------------------	------------------	--------------------	------------------------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- | | | | | |
|-------------------|---------------|-------------|------------|----------------|
| 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.

Sección B: Su Hospital

Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a su hospital.

- | | | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------|--------------------|------------------------|
| 1
Muy en
desacuerdo | 2
En
desacuerdo | 3
Indiferente | 4
De
acuerdo | 5
Muy de
acuerdo |
|---------------------------|-----------------------|------------------|--------------------|------------------------|
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.

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.
- | | | | | |
|------------|--------------------|--------------|----------------------|--------------|
| 1
NUNCA | 2
CASI
NUNCA | 3
A VECES | 4
CASI
SIEMPRE | 5
SIEMPRE |
|------------|--------------------|--------------|----------------------|--------------|
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.
- | | | | | |
|------------|--------------------|--------------|----------------------|--------------|
| 1
NUNCA | 2
CASI
NUNCA | 3
A VECES | 4
CASI
SIEMPRE | 5
SIEMPRE |
|------------|--------------------|--------------|----------------------|--------------|
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.
- | | | | | |
|------------|--------------------|--------------|----------------------|--------------|
| 1
NUNCA | 2
CASI
NUNCA | 3
A VECES | 4
CASI
SIEMPRE | 5
SIEMPRE |
|------------|--------------------|--------------|----------------------|--------------|
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.
- | | | | | |
|------------|--------------------|--------------|----------------------|--------------|
| 1
NUNCA | 2
CASI
NUNCA | 3
A VECES | 4
CASI
SIEMPRE | 5
SIEMPRE |
|------------|--------------------|--------------|----------------------|--------------|
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.
- | | | | | |
|------------|--------------------|--------------|----------------------|--------------|
| 1
NUNCA | 2
CASI
NUNCA | 3
A VECES | 4
CASI
SIEMPRE | 5
SIEMPRE |
|------------|--------------------|--------------|----------------------|--------------|
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.
- | | | | | |
|------------|--------------------|--------------|----------------------|--------------|
| 1
NUNCA | 2
CASI
NUNCA | 3
A VECES | 4
CASI
SIEMPRE | 5
SIEMPRE |
|------------|--------------------|--------------|----------------------|--------------|

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

1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
------------	--------------------	--------------	----------------------	--------------

ANEXO 3

A. RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD:	
13. Frecuencia de eventos notificados.	<ul style="list-style-type: none"> - Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (P 40). - Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (P. 41). - Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (P 42).
14. Percepción de seguridad:	<ul style="list-style-type: none"> - Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (P 15). - Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (P. 18). - No se producen más fallos por casualidad (P 10). - En esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del paciente" (P 17).
B. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDAD/SERVICIO.	
15. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad:	<ul style="list-style-type: none"> - Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente (P19). - Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (P. 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 (P 21).

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (P 22).</i>
16. Aprendizaje organizacional/mejora continua:	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (P 6).</i> - <i>Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (P 9).</i> - <i>Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (P. 13)</i>
17. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio :	<ul style="list-style-type: none"> - <i>El personal se apoya mutuamente (P.1)</i> - <i>Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (P. 3).</i> - <i>En esta unidad nos tratamos todos con respeto (P 4).</i> - <i>Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (P 11)</i>
18. Franqueza en la comunicación:	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (P 35).</i> - <i>El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (P 37).</i> - <i>El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta (P 39).</i>
19. <i>Feed-back</i> y comunicación sobre errores:	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (P 34).</i> - <i>Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad (P 36).</i> - <i>En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (P 38).</i>

20. Respuesta no punitiva a los errores:	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra (P 8).</i> - <i>Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable” (P 12).</i> - <i>Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (P 16).</i>
21. Dotación de personal:	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (P. 2).</i> - <i>A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (P.5).</i> - <i>En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal (P.7).</i> - <i>Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (P. 14).</i>
22. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente:	<ul style="list-style-type: none"> - <i>La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (P 23).</i> - <i>La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (P 30).</i> - <i>La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (P. 31)</i>
C. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL	
23. Trabajo en equipo entre unidades:	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente (P.26).</i> - <i>Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible (P.32).</i>

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas (P.24).</i> - <i>Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades (P 28).</i>
<p>24. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>La información de los paciente se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad /servicio a otra (P 25)</i> - <i>En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (P 27).</i> - <i>El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático (P 29).</i> - <i>Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (P 33).</i>