

IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

ESTUDIO DE LA CULTURA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN CENTRO PEDIÁTRICO

Autor principal	M ^a DEL CARMEN PEINADO BARRASO			
CoAutor 1	MARI AJ JOSE ESTEPA OSUNA			
CoAutor 2	ANA EVA GRANADOS MATUTE			
Área Temática	La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Neonatológica Pediátrica			
Palabras clave	CULTURA	SEGURIDAD	PACIENTE	CUIDADOS

» Resumen

Introducción: La seguridad del paciente, componente clave de la calidad asistencial. Una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente en profesionales sanitarios, señalada como la primera de las buenas prácticas. Nuestro objetivo: medir actitudes y comportamientos relacionados con seguridad del paciente, describir frecuencias e identificar fortalezas y oportunidades de mejora. **Metodología:** cuantitativa observacional descriptivo transversal basada en cuestionario validado autoadministrado de 62 preguntas, las primeras 42 agrupadas en 12 dimensiones. **Resultados y Discusión:** 167 encuestas distribuidas por Unidades, 64 en Pediatría General, 64 en Cuidados Críticos y Urgencias y 39 en Neonatología. 17.36% médicos (n=29), 43.71% enfermeras (n=73), 29,34% auxiliares de enfermería (n=49) y 9,58% residentes (n=16). Como fortalezas destacaron las dimensiones: Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio en apoyo de la seguridad y Trabajo en equipo en la unidad/servicio; los ítems Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo y Si los compañeros/superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra. Como oportunidad de mejora destacó la dimensión Dotación de personal; el ítem En los cambios de turno se pierde con frecuencia información

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

El espectacular desarrollo de la atención sanitaria en los últimos 20 años ha permitido restablecer la salud en situaciones impensables anteriormente, pero al mismo tiempo su gran complejidad tecnológica y la interacción entre diferentes actores suponen una situación de mayor riesgo para los pacientes (1). La seguridad del paciente es un componente clave de la calidad asistencial, que ha adquirido gran relevancia en los últimos años, tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados con los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente (2). Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones sanitarias se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos, y poder aprender de los errores de forma proactiva, para rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir (3). En este sentido, la consecución de una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente en los profesionales sanitarios, ha sido señalada como la primera de las buenas prácticas o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente (3). Se define cultura de seguridad de una organización como la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización. En España, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS) del año 2006 contempla el Fomento de la Excelencia Clínica y formula como una de las estrategias para lograrla: Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS. El primer objetivo de dicha estrategia es Promover una cultura de la seguridad en todos los niveles de la atención sanitaria (4). Desde la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, se presentó la Estrategia para la seguridad del paciente, trabajo que se enmarca y emana del II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Una nueva estrategia que propone un conjunto ordenado de acciones cuyo objetivo es aumentar la calidad de la asistencia sanitaria proporcionando atención y cuidados más seguros a los pacientes y disminuyendo la incidencia de efectos adversos atribuibles a los mismos (5). Como experiencia previa conocemos el estudio realizado en 2008 por el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia sobre un análisis de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud (3).

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Objetivos:

1. Medir las actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente.
2. Describir la frecuencia de actitudes y comportamientos favorables relacionados con la seguridad en los profesionales sanitarios.
3. Identificar las fortalezas y las debilidades u oportunidades de mejora.

Material y Método:

Estudio con metodología cuantitativa tipo observacional descriptivo transversal basado en un cuestionario validado auto administrado, adaptación validada al contexto español de la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Ítems y Dimensiones de la cultura de seguridad que mide el cuestionario

El cuestionario consta de 62 preguntas, las primeras 42 se agrupan en un total de 12 dimensiones:

- 1.Frecuencia de eventos notificados
- 2.Percepción de seguridad
- 3.Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la Seguridad
- 4.Aprendizaje organizacional/mejora continua
- 5.Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio
- 6.Franqueza en la comunicación
- 7.Feed-back y comunicación sobre errores
- 8.Respuesta no punitiva a los errores
- 9.Dotación de personal

10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente
11. Trabajo en equipo entre unidades/servicios
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades

El análisis de las respuestas tiene sentido tanto para cada ítem en particular como para cada dimensión en su conjunto.

Ámbito del estudio

UCG de Pediatría General, UCG de Cuidados Críticos y Urgencias y UCG de Neonatología, en el Hospital Infantil del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Población del estudio

Profesionales sanitarios (médicos, médicos residentes, enfermeras, auxiliares de enfermería), adscritos a cualquiera de las Unidades del ámbito de estudio.

Muestra de sujetos

Teniendo en cuenta una tasa de respuesta esperada superior al 70% se seleccionaron entorno a 69 sujetos en cada una de las unidades seleccionadas, mediante un muestreo aleatorio doblemente estratificado por área de actividad (Pediatría, Cuidados Críticos y Urgencias, Neonatología).

Distribución del cuestionario

El cuestionario se entregó de manera personal dado que se trata de un cuestionario auto administrado. En cada unidad clínica se identificó a un profesional que coordinó la distribución de las encuestas y su recogida de manera anónima y confidencial. La distribución se realizó de manera aleatoria a partir del listado de profesionales de cada una de las tres unidades de gestión incluidas en el estudio.

Análisis estadístico descriptivo

El cuestionario contiene preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. Las respuestas se valoraron de acuerdo con el siguiente esquema: muy en desacuerdo, en desacuerdo, indiferente, de acuerdo y muy de acuerdo; nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre. De forma general, las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías: negativas, neutras y positivas. Con esta codificación se calculan las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión.

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

> 0 = 75% de respuestas positivas ("de acuerdo/muy de acuerdo" o "casi siempre/siempre") a preguntas formuladas en positivo.

> 0 = 75% de respuestas negativas ("en desacuerdo/muy desacuerdo" o "nunca/raramente") a preguntas formuladas en negativo.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Resultados:

La tasa de respuesta global fue del 80,67%, con una tasa de respuesta del 92,75 para dos de las tres unidades objeto de estudio: UCG de Pediatría General y UCG de Cuidados Críticos y Urgencias; y una tasa de respuesta del 56,52% para la UCG de Neonatología.

Se estimaron un total de 167 encuestas distribuidas por unidades, 64 en UCG de Pediatría General, 64 en la UCG de Cuidados Críticos y Urgencias y 39 en la UCG de Neonatología. Según categorías profesionales 17,36% médicos (n=29), 43,71% enfermeras (n=73), 29,34% auxiliares de enfermería (n=49) y 9,58% médicos residentes (n=16).

Porcentajes de respuestas negativas, neutras y positivas para cada una de las dimensiones:

Dimensión 1: Frecuencia de eventos notificados, con un 15,57% \pm 2,51 de respuestas negativas, 35,13% \pm 2,91 de respuestas neutras y 49,30% \pm 3,17 de respuestas positivas.

Dimensión 2: Percepción de seguridad, con un 32,19% \pm 2,20 de respuestas negativas, 20,21% \pm 1,82 de respuestas neutras y 47,60% \pm 2,49 de respuestas positivas.

Dimensión 3: Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio en apoyo de la seguridad, con un 10,03% \pm 1,59 de respuestas negativas, 15,57% \pm 1,83 de respuestas neutras y 74,40% \pm 2,38 de respuestas positivas.

Dimensión 4: Aprendizaje organización/mejora continua, con un 21,16% \pm 2,18 de respuestas negativas, 17,37% \pm 1,80 de respuestas neutras y 61,48% \pm 2,62 de respuestas positivas.

Dimensión 5: Trabajo en equipo en la unidad/servicio, con un 6,74% \pm 1,41 de respuestas negativas, 10,33% \pm 1,41 de respuestas neutras y 82,93% \pm 2 de respuestas positivas.

Dimensión 6: Franqueza en la comunicación, con un 19,67% \pm 1,96 de respuestas negativas, 30,14% \pm 2,35 de respuestas neutras y 49,90% \pm 2,78 de respuestas positivas.

Dimensión 7: Feed-back y comunicación sobre errores, con un 19,56% \pm 2,23 de respuestas negativas, 33,73% \pm 2,35 de respuestas neutras y 46,71% \pm 2,87 de respuestas positivas.

Dimensión 8: Respuesta no punitiva a los errores, con un 21,96% \pm 1,91 de respuestas negativas, 19,56,14% \pm 1,92 de respuestas neutras y 58,48% \pm 2,49 de respuestas positivas.

Dimensión 9: Dotación de personal, con un 54,94% \pm 2,38 de respuestas negativas, 11,83% \pm 1,32 de respuestas neutras y 32,23% \pm 2,25 de respuestas positivas.

Dimensión 10: Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, con un 19,67% \pm 1,96 de respuestas negativas, 31,94% \pm 2,42 de respuestas neutras y 28,14% \pm 2,78 de respuestas positivas.

Dimensión 11: Trabajo en equipo entre unidades/servicios, con un 27,54% \pm 2,25 de respuestas negativas, 26,20% \pm 2,06 de respuestas neutras y 46,26% \pm 2,42 de respuestas positivas.

Dimensión 12: Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades, con un 24,85% \pm 2,32 de respuestas negativas, 17,51% \pm 1,71 de respuestas neutras y 57,63% \pm 2,76 de respuestas positivas.

Como fortalezas destacaron:

Dimensión 3, Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio en apoyo de la seguridad, con un 74,40% \pm 2,38 de respuestas positivas.

Dimensión 5, Trabajo en equipo en la unidad/servicio, con un 82,93% \pm 2 de respuestas positivas.

En la dimensión 4, Aprendizaje organización/mejora continua, destaca con un 82,40% de respuesta positiva a la pregunta "Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo".

En la dimensión 8, Respuesta no punitiva a los errores, destaca con un 75,40% de respuesta negativa a la pregunta "Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra".

Como oportunidad de mejora destacaron:

Dimensión 9, Dotación de personal, con un 54,94% \pm 2,38 de respuesta negativa. Destaca con un 53,30% de respuesta negativa a la pregunta "Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo" y con un 65,50% de respuesta positiva a la pregunta "Cuando se comete un error, el

expediente".

En la dimensión 12, Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades, destaca con un 66,50% de respuestas positivas a la pregunta "En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente".

Información complementaria:

Sólo el 11,4% del total de profesionales ha notificado incidentes de seguridad en el año anterior.

» **Barreras detectadas durante el desarrollo.**

Una limitación encontrada ha sido la no aceptación de algunos profesionales a su participación en el estudio.

» **Oportunidad de participación del paciente y familia.**

Este estudio va dirigido al análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los profesionales. Si bien la participación de pacientes y familiares aportaría una visión enriquecedora, no descartando la inclusión de pacientes y familiares en posteriores estudios.

» **Propuestas de líneas de investigación.**

Queda por determinar en estudios posteriores la efectividad de las medidas de mejora introducidas en las unidades que posibiliten evidenciar la instauración de una cultura de seguridad orientada a la disminución de la ocurrencia de eventos adversos en el centro.

» **Bibliografía.**

1. Aranaz JM. La asistencia sanitaria como factor de riesgo. Gac Sanit. 2006;20 Supl 1:41-7.
2. E Terol. Resultados de la estrategia en seguridad del paciente del SNS, Med Clin Monogr (Barc). 2008;131(Supl 3):4-11.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del SNS. Madrid 2008.
4. Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de Calidad para el SNS.
5. Estrategia para la Seguridad del Paciente. Consejería de Salud 2006.