

EVOLUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN



Puertas García, José Manuel
Lorca Salas, Laura
Limónchi Pérez, María Mercedes

INTRODUCCIÓN

La cultura de seguridad del paciente se ve directamente relacionada con la calidad asistencial que los usuarios de las instituciones sanitarias públicas reciben a diario.

Este, entre otros, es motivo de la trascendencia que en los últimos tiempos tienen las estrategias relacionadas con la seguridad del paciente. Algunas de estas herramientas están aparentemente consolidadas, no obstante no dejan de surgir nuevas propuestas con el objetivo de incrementar la cultura de seguridad y consecuentemente evadir los posibles eventos adversos que pueden llegar a acontecerse y repercutir en la salud de los usuarios.

Establecer un cambio en la dinámica de trabajo de una unidad resulta una ardua tarea, más aún si en este cambio deben colaborar profesionales de distintas disciplinas. Según nos revela la bibliografía existente, además de cuestiones claramente pragmáticas como la carga de trabajo y la ratio de profesional-usuario, en la cultura de seguridad se ven directamente relacionadas variables que no precisan de una inversión económica pero que aparentemente tienen un calado más importante en los resultados obtenidos en materia de seguridad. Muestra de lo antes citado son, por ejemplo, entornos laborales favorables, que retengan y apoyen a los profesionales de enfermería, promoción de la cultura no punitiva del incidente de seguridad, el apoyo explícito de la gerencia a la seguridad del paciente y la coordinación entre las unidades clínicas. Todas ellas son claves para mejorar la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente.

Multitud de estudios incluyen en sus recomendaciones la necesidad de un cambio cultural entre los profesionales que facilite la promoción de una cultura proactiva para la seguridad del paciente.

En el Hospital de Alta Resolución se inició una nueva estrategia de seguridad, consistente en una *safety briefing*, a realizar al inicio del turno de mañana en la unidad de Hospitalización Médico-quirúrgica. En dicha reunión participan Facultativos, Enfermeros y Técnicos auxiliares en cuidados de enfermería que se encuentren en turno de mañana y vayan a atender a los pacientes institucionalizados en el servicio. Se tratan los aspectos más relevantes de cada uno de los pacientes. Se marca el objetivo de mejorar la seguridad mediante la puesta en común del plan de actuación con cada usuario así como los posibles riesgos, a fin de detectarlos y poder prevenirlos.

Paralelamente a las líneas estratégicas se desarrollan herramientas para medir cuál es la percepción que los profesionales sanitarios tienen sobre la cultura de seguridad en su servicio y hospital. En función de los resultados obtenidos mediante los instrumentos validados se pueden establecer las opciones de mejora, así como las fortalezas de la unidad y organismo en materia de seguridad. Además se puede llegar a determinar si los nuevos protocolos establecidos hacen o no mejorar la cultura de seguridad de la institución.

OBJETIVO

Describir la evolución que sobre la percepción de seguridad del paciente tienen los profesionales sanitarios de una Unidad de Hospitalización Médico-Quirúrgica, en el transcurso de su propia labor profesional. Establecer si una nueva herramienta de seguridad implantada ha modificadol a percepción de los profesionales.

MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo longitudinal. Como instrumento de medida se utiliza un cuestionario elaborado *ad hoc*, tomando como partida el cuestionario sobre seguridad de los pacientes versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety of the Agency for Health Care Research and Quality.

La herramienta desarrollada valora 17 ítems con una escala Likert que va de 1 a 5 (desde *muy en desacuerdo* a *muy de acuerdo* en algunas cuestiones y de *nunca* a *siempre* en otros ítems). Se miden las variables en dos momentos, ambas mediante el citado instrumento. En primer lugar se mide en enero del año 2014, antes de la puesta en marcha de la *safety briefing*. La segunda medición se desarrolla durante el primer mes de 2015, habiendo transcurrido varios meses de implementación de la estrategia de seguridad *safety briefing*.

Las encuestas son autoadministradas, se proporcionan en formato papel a la totalidad de los profesionales sanitarios que desarrollan su labor en la Unidad de Hospitalización Médico-Quirúrgica del centro, a fin de que la cumplimenten.

Los diferentes ítems del cuestionario se aglutinan en 6 dimensiones. Se han seleccionado aquellos ítems que son de relevancia en el tipo de atención sanitaria que se presta en un Hospital de Alta Resolución.

El análisis de los resultados se realiza en base a lo que se expone en el cuestionario original, a fin de detectar fortalezas y áreas de mejora. De este modo se aglutinan los 5 valores de la escala Likert en una recodificación de los mismos que se agrupan en negativo, neutral y positivo. Dicha recodificación tendrá en consideración si los ítems han sido formulados en positivo o en negativo. Aquellas dimensiones que se hayan valorado mediante cuestiones realizadas en negativo aparecen señaladas en las gráficas de resultados (*), en este caso un mayor de resultados dentro del rango negativo será positivo para la cultura de seguridad del centro. No así para aquellas preguntas formuladas en positivo, para las cuáles la aspiración será obtener un mayor número de respuestas positivas.

En la encuesta que se autoadministra en 2015 se incluye una nueva pregunta: *¿Considera usted que ha fracasado la implantación del safety briefing?*

RESULTADOS

Denominaremos muestra 1 a los resultados obtenidos en la primera recogida de datos (enero de 2014). La muestra 2 será la obtenida en enero de 2015.

En la muestra 1 se obtienen un total de 43 encuestas, que suponen el 65,2% de la plantilla de la unidad. La edad media de la muestra es de 37,47 años.

La muestra 2 se compone de un total de 40 encuestas, el 60,7 % de la plantilla. La edad media de este grupo es de 39,3 años.

La distribución con respecto a género y categoría profesional se representa en los siguientes gráficos. Las tablas que se muestran a continuación ilustran los porcentajes de respuesta para cada una de las dimensiones abordadas en el instrumento de medida.

CONCLUSIONES

En base al análisis de los resultados obtenidos, llegamos a la conclusión de que los profesionales de la unidad han detectado como fortaleza en la seguridad del paciente la dimensión del *aprendizaje organizacional y la mejora continua*, para la muestra de 2014, no así para la de 2015. Se podría definir como cuasi fortaleza la dimensión de los *Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades*, para la muestra 1, no obstante la valoración de esta dimensión empeora en la muestra 2.

Las áreas de mejora claramente definidas por la muestra son la dimensión de *respuesta no punitiva a los errores* y el *Feed-back y comunicación sobre los errores*. La valoración de esta última empeora con respecto a la muestra 1.

En general la valoración de las dimensiones evaluadas ha empeorado en el último año.

Los profesionales implicados en la implantación de la herramienta de seguridad, consideran, en su mayoría, que ésta ha fracasado.

Se establece como nueva línea de investigación conocer las causas por las que ha fracasado la estrategia de seguridad. Se podrá responder a esta pregunta mediante técnicas de investigación cualitativa, siendo la muestra los profesionales sanitarios implicados en esta labor.



Bibliografía

- Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
- Pozo Muñoz F, Padilla Marón V. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. RevCalidAsist. 2013; 28(6): 329-336.
- Escobar Aguilar G, Gómez García T, Ignacio García E, Rodríguez Escobar J, Moreno Casbas T, Fuentelsaz Gallego C et al. Entorno laboral y seguridad del paciente: comparación de datos entre estudios SENECA y RN4CAST. EnfermClin. 2013; 23(3): 103-113.