

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LA CULTURA DE SEGURIDAD EN UN ENTORNO DE CUIDADOS CRÍTICOS

Autor principal:

JUAN JOSÉ
RODRÍGUEZ
MONDÉJAR

Segundo co-autor:

LUCIA
NAVARRO SANZ
NAVARRO SANZ

Tercer co-autor:

CRISTINA
ALONSO
VILLA

Área temática:

Calidad y Prácticas Seguras en el área de Enfermería en Urgencias y Cuidados Críticos

Palabra clave 1:

Gestión de seguridad

Palabra clave 2:

Seguridad de paciente

Palabra clave 3:

Enfermería de cuidados críticos

Palabra clave 4:

Personal de enfermería en hospital

Resumen:

Objetivo: Medir la cultura de seguridad de los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de nuestro centro.

Métodos y materiales:

Estudio descriptivo, prospectivo y transversal en una UCI polivalente en un Hospital Nivel II, en el último trimestre del 2015.

Se ha implementado un cuestionario sobre seguridad del paciente a los profesionales del servicio, versión española del Hospital Survey on Patient Safety del Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Consta de 61 ítems distribuidos en 12 dimensiones: frecuencia de eventos notificados, aprendizaje organizacional/mejora continua, etc.

Programa IBM SPSS Statistics v20, estadística descriptiva con cálculo de medias y desviación estándar para variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes para las cualitativas.

Resultados:

La muestra obtenida ha sido de 19 profesionales de enfermería (índice de respuesta 86,3%). Mujer 75%. Edad media 43 años (32-60). Experiencia media profesional 19,63 DE8,3(4-38), en

el centro sanitario 10,79 DE 7,85(0,5-30), y en la UCI 10,63 años DE8,1(0,5-30).

El turno más común es el de 12 horas. Calificación del clima de seguridad (1-10): 7,96 DE1,26 (6-10). Incidentes notificados por escrito en el último año media de 1,36 DE6,2(0-10).

Conclusiones:

Se puede considerar que el nivel de cultura de seguridad de nuestra unidad tiene un amplio margen de mejora.

Se plantea potenciar la difusión y la participación a partir de iniciativas concretas de la práctica clínica diaria.

Antecedentes/Objetivos:

El impacto de los resultados obtenidos en el informe To Err is Human (“Errar es humano”), publicado en el año 1999, puso en alerta a los responsables de las instituciones sanitarias en relación a la magnitud de los incidentes y eventos adversos, generados por problemas relacionados con la falta de seguridad en dichas organizaciones. Este informe y otros trabajos profundizaron sobre la importancia de los eventos adversos derivados de una asistencia insegura, ha ido fomentando la realización de estudios que identificaron el mismo problema en distintas partes del mundo.

El alcanzar una cultura sobre seguridad adecuada se menciona como la primera de las “30 prácticas seguras” por el National Quality Forum de Estados Unidos, que además establece su medición como una recomendación capital.

La cultura de seguridad del paciente está relacionada con las creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica para garantizar que no experimentará daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud. Este estudio describe la percepción de dicha cultura referida por el personal de enfermería.

Objetivo: Medir la cultura de seguridad de los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de nuestro centro.

Descripción del problema - Material y método:

Métodos y materiales:

Estudio descriptivo, prospectivo y transversal en una UCI polivalente de 12 camas en un Hospital General Universitario de Nivel II de Murcia, en el último trimestre del 2015.

Se ha implementado un cuestionario sobre seguridad del paciente a los profesionales del servicio, versión española del Hospital Survey on Patient Safety del Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Consta de 61 ítems distribuidos en 12 dimensiones: frecuencia de eventos notificados, aprendizaje organizacional/mejora continua, etc.

Su realización fue voluntaria y se explicó el objetivo del estudio a los distintos profesionales.

Se ha utilizado el programa IBM SPSS Statistics v20, estadística descriptiva con cálculo de medias y desviación estándar para variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes para las cualitativas.

Es estudio cumple los requisitos éticos y de protección de datos según la normativa vigente.

Resultados y discusión:

La muestra obtenida ha sido de 19 profesionales de enfermería (índice de respuesta 86,3%). Mujer 75%. Edad media 43 años (32-60). Experiencia media profesional 19,63 DE8,3(4-38), en el centro sanitario 10,79 DE 7,85(0,5-30), y en la UCI 10,63 años DE8,1(0,5-30).

Jornada laboral media semanal de 38,3 horas, turno más común es el de 12 horas. Calificación del clima de seguridad (1-10): 7,96 DE1,26 (6-10). Incidentes notificados por escrito en el último año media de 1,36 DE6,2(0-10).

A algunas de las preguntas se obtienen los siguientes resultados:

- El personal se apoya mutuamente, 14 (74%) contesta positivamente.
- Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo 10 (52,6%).
- Cuando hay mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo 12 (57%).
- En esta unidad nos tratamos todos con respeto 10 (52,6%).
- Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente 88%.
- A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora 5 (26,3%).
- Si los compañeros o los superiores se enteran que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra 3 (15,3%).
- Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo 14 (73,7%).
- Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable" 6(31,6%).
- Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad 15 (78,9%).

Discusión:

Se observa interés por el tema y conocimiento de ciertos aspectos de interés relacionados con la seguridad de la organización y del paciente. En el servicio se detecta colaboración entre profesionales e interés en problemas concretos de seguridad del paciente, sin embargo se echa de menos más concienciación en la declaración voluntaria de incidentes y efectos adversos, que aunque en este estudio no aparecen si se conoce que han ido disminuyendo en número y en profesionales intervinientes. Ya algunos profesionales encuestados indican que puede haber afectado el tratamiento e investigación posterior de las declaraciones, que aunque se intenta y preconiza que son anónimos es muy difícil si se quiere indagar en todas las causas, situaciones, entorno, factores influyentes, etc., que no haya que identificar y hablar con las personas afectadas, lo cual no siempre se interpreta bien, aunque no haya ninguna intencionalidad de buscar responsables.

Como limitaciones de nuestro estudio se pueden relacionar, la necesidad de participación del 100% de los profesionales y de los que vienen provisionalmente que no tienen el mismo bagaje en la formación sobre seguridad del paciente y el conocimiento de procedimientos del servicio, lo que crea "baches de seguridad". Así mismo la falta de recursos para una vez detectados los puntos débiles poder cambiarlos en positivo en poco tiempo, ya que no es posible.

Conclusiones:

Se puede considerar que el nivel de cultura de seguridad de nuestra unidad tiene un amplio margen de mejora.

Se plantea potenciar la difusión y la participación a partir de iniciativas concretas de la práctica clínica diaria.

Aportación del trabajo a la seguridad del paciente:

La aplicación para la práctica clínica y para la seguridad del paciente es clara, ya que el contar con una buena cultura de seguridad en la organización es la primera piedra para desarrollar una atención sanitaria de calidad y segura, ya que es algo intrínseco que se implementará en todas las actividades y acciones que lleven a cabo en la unidad bien de atención directa o de

organización del servicio.

Propuestas de líneas futuras de investigación:

Las nuevas líneas de investigación que podemos aportar se dirigen hacia la realización de un estudio cualitativo donde se indaguen las motivaciones individuales y del grupo de profesionales en relación al tema tratado, y sobre todo a la no declaración instrumental y como algo cotidiano en los mismos, en resumen los porqués.

Bibliografía:

- Gama ZA, Oliveira AC, Saturno PJ. Cultura de Seguridad del Paciente y factores asociados. *Cad. Saúde Pública*, 2013, 29(2):283-293.
- Gómez Ramírez OJ, Soto Gámez A, Arenas Gutiérrez A, Garzón Salamanca J, González Vega A, Mateus Galeano E. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Av. enferm.* 2011, XXIX (2): 363-374. <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a15.pdf>
- Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Desafiante cultura de seguridad del paciente: resultados de la encuesta. *Int J Qual Health Care Internacional Assur.* 2007; 20 (7): 620-632.
- Roqueta Egea F, Tomás Vecina S, Chanovas Borrás MR. 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. Disponible en: http://rbce.org.br/wp-content/uploads/2014/10/27_Roqueta_Egea_F_Cultura_...
- Saturno P.J., Da Silva Gama Z.A., de Oliveira-Sousa SL, Fonseca YADe Souza-Oliveira AC, y Grupo Proyecto ISEP. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Med Clin Monogr (Barc)*. 2008; 131(Supl 3):18-25. http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=1313...
-