

UNIVERSITAT
JAUME•I

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL CONTEXTO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE SAGUNTO

Memoria presentada para optar al título de Graduada en Enfermería de la Universidad Jaume I presentada por **Miriam Bacas Casas** en el curso académico **2017-2018**.

Castellón de la Plana, 15 de Mayo de 2018

Solicitud del alumno/a para el depósito y defensa del TFG.

Yo, **Miriam Bacas Casas** con NIF **20900599-Q** alumna de cuarto curso del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I, expongo que durante el curso académico **2017-2018**.

- He superado al menos 168 créditos ECTS de la titulación.
- Cuento con la evaluación favorable del proceso de elaboración de mi TFG.

Por estos motivos, solicito poder depositar y defender mi TFG titulado “**Seguridad del paciente en el contexto de urgencias del Hospital de Sagunto**”, defendido en lengua castellana en el período de **31 de mayo, 2018**.

Firmado: Miriam Bacas Casas
Castellón de la Plana, 15 de Mayo de 2018

Agradecimientos.

Para la realización de este trabajo he contado con mucho apoyo y quiero agradecer a cada una de las personas la ayuda que me han prestado.

Principalmente, expresar mi más profundo agradecimiento a mi tutor de este trabajo, cuyas aportaciones, consejos y su apoyo constante han contribuido a la elaboración de este trabajo. Además, agradecer la paciencia, tiempo y dedicación que me ha ofrecido a lo largo de la realización del TFG.

Mi agradecimiento también a mi madre, hermanos y amigos por compartir conmigo momentos de alegría cuando las cosas iban bien y animarme en los momentos de desánimo. A mis compañeras de clase por haber compartido tantas experiencias conmigo, por haberme ayudado en mis momentos mas complicados de la carrera y por permanecer juntas ante cualquier adversidad.

Por último agradecer a mis mascotas los momentos de desconexión y el cariño que me han dado en los momentos mas estresantes del trabajo.

APÉNDICE DE ABREVIATURAS

OMS	Organización Mundial de la Salud
SUH	Servicios de Urgencias Hospitalarias
AMA	Asociación Médica Americana
OPS	Organización Panamericana de la Salud
EA	Evento adverso
SAMU	Servicio de Atención Médica Urgente
CCEE	Consultas externas
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UHD	Unidad Hospitalización a Domicilio
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
P	Pregunta

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS.....	7
ÍNDICE DE FIGURAS.....	7
1. RESUMEN.....	8
1.1. ABSTRACT.....	8
2. INTRODUCCIÓN.....	8
2.1. ASPECTOS GENERALES.....	9
2.2. LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	11
2.3. LOS EFECTOS ADVERSOS.....	14
2.4. SERVICIO URGENCIAS DEL HOSPITAL DE SAGUNTO.....	15
3. JUSTIFICACIÓN.....	18
4. OBJETIVOS.....	19
OBJETIVOS GENERALES.....	19
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
5. METODOLOGÍA.....	20
5.1 BASES DE DATOS.....	20
5.2 DESCRIPTORES.....	20
5.3 LÍMITES DE BÚSQUEDA.....	21
5.4 DISEÑO.....	22
5.5 ÁMBITO DE ESTUDIO.....	23
5.6. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	23
<i>CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....</i>	<i>23</i>
<i>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....</i>	<i>24</i>
5.7. POBLACIÓN A ESTUDIO Y MUESTRA.....	24
5.7.1. <i>Descripción de la muestra.....</i>	<i>24</i>
5.7.2. <i>Método de muestreo.....</i>	<i>24</i>
5.7.3. <i>Cálculo del tamaño de la muestra.....</i>	<i>24</i>
5.8. VARIABLES.....	25
5.9. CRONOGRAMA DEL PROYECTO.....	25
5.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	26
5.10.1. <i>Modelo de Consentimiento Informado.....</i>	<i>26</i>
5.10.2. <i>Métodos utilizados para minimizar los posibles riesgos principales.....</i>	<i>26</i>
5.10.3. <i>Ley de protección de datos.....</i>	<i>26</i>
5.10.4. <i>Beneficios potenciales.....</i>	<i>26</i>
5.11. MEDICIONES.....	27
6. RESULTADOS.....	31

6.1. DATOS SOCIO-PROFESIONALES.....	31
6.2. CALIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	33
7. DISCUSIÓN.....	51
8. CONCLUSIONES.....	55
9. BIBLIOGRAFÍA.....	57
10. ANEXOS.....	60
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO (ELABORACIÓN PROPIA)	60
ANEXO 2. COMPROMISO INVESTIGADOR PRINCIPAL (ELABORACIÓN PROPIA)	61
ANEXO 3. CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS (ELABORACIÓN PROPIA).....	62
ANEXO 4. CUESTIONARIO SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.	67

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. LENGUAJE NATURAL Y CONTROLADO DE LAS PALABRAS CLAVE (ELABORACIÓN PROPIA).....	20
TABLA 2. RESULTADO DE LAS BÚSQUEDAS REALIZADAS EN BASES DE DATOS (ELABORACIÓN PROPIA)	22
TABLA 3. CUESTIONARIO AGRUPADO POR DIMENSIONES (ELABORACIÓN PROPIA).....	29
TABLA 4. ALFA DE CRONHACH (ELABORACIÓN PROPIA).....	30
TABLA 5. AÑOS DE PROFESIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE SAGUNTO.....	31
TABLA 6. AÑOS TRABAJADOS EN EL HOSPITAL DE SAGUNTO.....	32
TABLA 7. AÑOS TRABAJADOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.....	32
TABLA 8. TOTAL DE LA DIMENSIÓN “FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS” (ELABORACIÓN PROPIA).....	36
TABLA 9. TOTAL DE LA DIMENSIÓN “PERCEPCIÓN GLOBAL DE LA SEGURIDAD” (ELABORACIÓN PROPIA).....	37
TABLA 10. TOTAL DE LA DIMENSIÓN“EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA DIRECCIÓN/ SUPERVISIÓN DE LA UNIDAD/SERVICIO QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD.”(ELABORACIÓN PROPIA)	40
TABLA 11. TOTAL DE LA DIMENSIÓN “APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL/MEJORA CONTINUA” (ELABORACIÓN PROPIA) ...	41
TABLA 12. TOTAL DE LA DIMENSIÓN “ TRABAJO EN EQUIPO” (ELABORACIÓN PROPIA)	41
TABLA 13. TOTAL DE LA DIMENSIÓN “FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN” (ELABORACIÓN PROPIA).....	43
TABLA 14. TOTAL DE LA DIMENSIÓN “FEED-BACK Y COMUNICACIÓN DE ERRORES” (ELABORACIÓN PROPIA)	43
TABLA 15. TOTAL DE LA DIMENSIÓN “RESPUESTA NO PUNITIVA A ERRORES” (ELABORACIÓN PROPIA)	44
TABLA 16. TOTAL DE LA DIMENSIÓN “DOTACIÓN DEL PERSONAL” (ELABORACIÓN PROPIA)	46
TABLA 17. TOTAL DE LA DIMENSIÓN “APOYO DE LA GERENCIA DEL HOSPITAL” (ELABORACIÓN PROPIA)	47
TABLA 18. TOTAL DE LA DIMENSIÓN “TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES/SERVICIOS” (ELABORACIÓN PROPIA)	49
TABLA 19. TOTAL DE LA DIMENSIÓN “PROBLEMAS EN CAMBIOS DE TURNO Y TRANSICIONES ENTRE UNIDADES/SERVICIOS” (ELABORACIÓN PROPIA)	50

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. CRONOGRAMA DE TFG (ELABORACIÓN PROPIA).....	25
FIGURA 2. HORAS TRABAJADAS EN EL HOSPITAL.....	33
FIGURA 3. GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.....	33
FIGURA 4. CORRECCIÓN DE ERRORES ANTES DE AFECTAR AL PACIENTE.....	34
FIGURA 5. NOTIFICACIÓN DE ERRORES QUE PREVISIBLEMENTE NO DAÑARAN AL PACIENTE.....	35
FIGURA 6. NOTIFICACIÓN DE ERRORES QUE NO HAN TENIDO CONSECUENCIAS.....	35
FIGURA 7. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD EN LA UNIDAD.....	37
FIGURA 8. SATISFACCIÓN SUPERVISORA.....	38
FIGURA 9. SUGERENCIAS DEL PERSONAL.....	39
FIGURA 10. SUPERVISIÓN Y PROBLEMAS DE SEGURIDAD.....	39
FIGURA 11. LIBERTAD PARA CUESTIONAR LAS DECISIONES DE LOS SUPERIORES.....	42
FIGURA 12. PERSONAL PARA AFRONTAR LA CARGA DE TRABAJO.....	45
FIGURA 13. JORNADA LABORAL AGOTADORA.....	45
FIGURA 14. GERENCIA DEL HOSPITAL.....	47
FIGURA 15. COORDINACIONES ENTRE LAS DIFERENTES UNIDADES.....	48
FIGURA 16. COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS PARA UNA MEJOR ATENCIÓN.....	49
FIGURA 17. PÉRDIDA DE INFORMACIÓN ENTRE UNIDADES/SERVICIOS.....	50

1. RESUMEN

Introducción: El Servicio de Urgencias es un servicio abierto y cambiante que actúa rápidamente para cubrir la urgencia que se define como la aparición de un problema de etiología diversa y gravedad variable y que necesita una atención inmediata. **Objetivo:** Evaluar la cultura de seguridad del paciente en el Servicio de Urgencias del Hospital de Sagunto. **Material y método:** Se trata de un estudio epidemiológico de carácter observacional, de tipo descriptivo y transversal. Se utilizó el cuestionario sobre cultura de seguridad en el ámbito hospitalario de la AHRQ adaptado a nuestro idioma y contexto. Por las características del servicio fueron utilizadas 52 preguntas agrupadas en un total de 12 dimensiones. **Resultados:** Nuestro estudio parte de una población total (N=29) de enfermeros pertenecientes al servicio. El tamaño de la muestra, tras cumplir criterios de inclusión fue de 22 enfermeros (n=22). Del total, se obtuvieron 21 respuestas con una tasa de cumplimiento del 95,45%. De esta, el 95,23% fueron mujeres y el 4,76% hombres. **Conclusiones:** La importancia de la cultura del paciente mediante la utilización de guías y protocolos normalizados. La importancia desde la gerencia de políticas de gestión eficiente y racional de recursos humanos ajustando ratios de personal a la población demandante. Y por último, promover a que se hable libremente de los errores que ocurren sin temor a las consecuencias fomentando una buena comunicación entre los profesionales del mismo y otros servicios.

Palabras clave: Seguridad del paciente, Urgencias, Enfermería, Cuidados de Enfermería, Eventos adversos y daño del paciente.

1.1. ABSTRACT

Introduction: The emergency service is an open and changing service that acts quickly to cover the urgency that is defined as the appearance of a problem of diverse etiology and variable severity that needs immediate attention. **Objective:** To evaluate the safety culture of the patient in the emergency service of the Sagunto Hospital. **Material and method:** This is an epidemiological study of an observational nature, of a descriptive and transversal nature. The questionnaire on safety culture in the hospital setting of the AHRQ was adapted to our language and context. For the characteristics of the service, 52 questions grouped into a total of 12 dimensions were used. **Results:** Our study starts from a total population (N = 29) of nurses belonging to the service. The sample size, after meeting inclusion criteria, was 22 nurses (n = 22). Of the total, 21 responses were obtained with a compliance rate of 95.45%. Of this, 95.23% were women and 4.76% were men. **Conclusions:** The importance of patient culture through the use of guidelines and standardized protocols. The importance from the management of policies of efficient and rational management of human resources adjusting personnel ratios to the demanding population. And finally, to encourage people to speak freely about the errors that occur without fear of consequences, fostering good communication between professionals of the same and other services.

Keywords: Patient safety, Emergencies, Nursing, Nursing Care, Adverse events and Patient Harm.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. ASPECTOS GENERALES.

El Servicio de Urgencias es un servicio abierto, cambiante y especializado según el nivel y tipo de hospital y además también es uno de los servicios que con mas rapidez reacciona a las adaptaciones que exige la actualidad sanitaria.¹ Su principal cometido es la recepción, activación del recurso asistencial apropiado, estabilización, diagnóstico, tratamiento, resolución y transferencia de sus pacientes a la instancia sanitaria más idónea. Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) ofrecen a sus usuarios una evaluación diagnóstica rápida, con el soporte radiológico o analítico si es preciso, un tratamiento eficaz y un destino final apropiado.²

El aumento de población durante los últimos años y el aumento de la esperanza de vida conlleva una mayor demanda de atención desde el punto de vista sanitario y que, por tanto, ha hecho plantearse sistemas alternativos de atención en las urgencias intrahospitalarias. Por consiguiente, la mayor demanda asistencial esta relacionada con las enfermedades crónicas y sus respectivas reagudizaciones.²

Paralelamente, la sociedad ha cambiado su forma de requerir los servicios y se ha vuelto altamente demandante de una prestación rápida. Los pacientes se suelen enfrentar a grandes colas y largos periodos de espera, causándoles tanto a ellos como a los familiares preocupación, irritabilidad y cansancio. Muchos de ellos acuden con enfermedades sin gravedad inmediata y podrían ser atendidos en el ambulatorio u otros servicios, mientras que aquellos que necesitan una atención urgente acaban esperando comprometiendo a los profesionales a asistir al paciente grave. Una vez admitidos, la seguridad del paciente pasa a ser responsabilidad de la institución, que debe promover el seguimiento de entrada y salida de las personas y donde se iniciaran los cuidados pertinentes según la patología que presenten al ingreso.³

La omisión de estos cuidados pone en riesgo la integridad física de la persona generando una imagen institucional negativa, desconfianza y elevando los costes de la asistencia. Esto lleva consigo errores exponiendo al paciente a posibles efectos adversos.

Una vez tenemos claro el funcionamiento de urgencias y todo lo relacionado a este servicio, pasamos a definir el concepto de urgencia como tal:

Se define urgencia según la Asociación Médica Americana (AMA), suscrita por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo de Europa, como la aparición de un problema de etiología

diversa y gravedad variable que genera la vivencia de necesidad inmediata de atención en el propio paciente, en su familia o quien quiera que asuma la responsabilidad. La urgencia se puede agrupar en dos tipos: subjetiva (aquella que siente la persona sin necesidad de peligro para la vida o salud) y objetiva (aquella que compromete la vida o salud de la persona y es apreciada por un profesional sanitario).

La Urgencia se diferencia de la Emergencia en que la última compromete las funciones vitales del paciente (respiratorias, circulatorias o cerebrales) pudiendo provocar el fallecimiento de la persona en un periodo corto de tiempo.⁴

Dentro del equipo de sanitarios que realizan funciones dentro de un hospital se encuentran los profesionales de Enfermería que constituyen el grupo mayoritario y desarrollan varias funciones dentro de su ámbito como son las funciones asistenciales, administrativas, docentes y de investigación, por lo que continuamente tienen la necesidad de tomar decisiones que de una manera u otra influye en la calidad de atención de los pacientes y la seguridad con el fin de minimizar los errores que comprometen la seguridad del paciente.⁵ Para la profesión enfermera, el compromiso con el cuidado para mantener o recuperar la salud, prevenir enfermedades y rehabilitar a personas con secuelas, hace que tenga que desarrollar actitudes y valores. La enfermería es una profesión con raíces humanistas, preocupada por las personas que confían en su cuidado, en especial aquellas personas que se encuentran en una situación de enfermedad o sufrimiento y a su vez, se considera también un grupo de riesgo, por ser profesionales que trabajan enfrentándose diariamente a situaciones difíciles presentándose en muchas ocasiones la sensación de no poder hacer nada al respecto, sobretodo cuando las situaciones a enfrentarse son de urgencia, donde dichas actuaciones necesitan una gran capacidad de adaptación pudiendo deteriorar la integridad física y psicológica de los profesionales.^{5,6}

Las enfermeras de urgencias, específicamente, son responsables de la evaluación inicial y continua de los pacientes en todas las fases de la atención siendo la evaluación del paciente fundamental para la planificación y la prestación de la atención de enfermería.⁷ La importancia de observar y evaluar a los pacientes fue inicialmente reconocida por Florence Nightingale, quien escribió que las enfermeras que no "tienen el hábito de la observación" deben "abandonar el ser de una enfermera" y retomó los valores del juramento hipocrático, inaugurando uno de los principales procesos del cuidado que es no dañar la salud del paciente. Destaca también que la enfermera debe abstenerse de causar daño al paciente, tiene que reconocer las causas y efectos del entorno que pueden afectar a la recuperación. La preocupación por la higiene, limpieza, ventilación y organización del hospital constituyen un factor importante para la reducción del riesgo de producir daño y promover la seguridad del paciente.^{5,7}

2.2. LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Una cultura positiva sobre la seguridad del paciente en las instituciones sanitarias es un requisito indispensable para prevenir y minimizar incidentes relacionados con la seguridad del paciente y poder aprender de los errores para reducir la probabilidad de que se vuelvan a producir.

Para mejorar la cultura de seguridad se debe continuar desarrollando acciones dirigidas a medir y mejorar el clima de seguridad, informar y formar a todos los profesionales del SNS en temas de seguridad, fomentar la formación en cuidados efectivos, entrenar a los equipos de trabajo en gestión de riesgos, fomentar el liderazgo en seguridad, comunicar y aprender de los incidentes y mantener informados a los profesionales de los datos de evaluación de sus centros sanitarios estimulando su participación activa en las mejoras propuestas.⁸

Aunque la seguridad del paciente inicialmente puede ser visto como algo sencillo, no lo es. No solo se trata de saber su significado, sino de tener consciencia sobre la importancia de este tema, ya que constituye un elemento clave de la calidad asistencial que en los últimos años ha alcanzado gran relevancia, considerándose actualmente, un derecho de los pacientes.^{9,10} Además, afecta tanto a los países desarrollados como a los países en vía de desarrollo y se considera fundamental para que los hospitales cumplan su papel social, ofreciendo una asistencia sanitaria de calidad minimizando por riesgos.^{11,12}

La OMS, debido a que la seguridad del paciente constituye un problema de Salud Pública y constituye riesgos en todos los niveles de atención, decidió formar una alianza con otros líderes mundiales de salud con el fin de disminuir el número de enfermedades, lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención en salud, donde se hace especial hincapié en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria ya que aportan y ofrecen instrumentos que permiten adoptar medidas encaminadas a conseguir una atención más segura.

También se considera el principio fundamental de atención sanitaria y un componente clave de gestión de calidad y se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías proporcionados por las organizaciones sanitarias basadas en evidencia científica que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar consecuencias.^{11,13}

La seguridad humana contiene 3 dimensiones en la vida:

1. El desarrollo humano para permitir la autonomía del paciente y que tome sus decisiones libremente.
2. La garantía de los gobiernos a cumplir los derechos humanos.
3. Creación de seguridad para vivir sin la frustración que origina el desarrollo pleno de los derechos humanos.⁵

Esta puede verse comprometida por diferentes motivos :

✚ **La carga de trabajo de los profesionales:** se produce al realizar una labor asistencial sobrecargada, es decir, que no se guarda la proporción del número de pacientes que se atiende con el número necesario de enfermeros para su turno, por lo que familiares y pacientes sufren la consecuencia de ello. Varios estudios de investigación demuestran que niveles óptimos de personal evitan la sobrecarga laboral, enfermedades psicosomáticas, negligencias y repercusiones innecesarias en dichas profesiones y mejoran directamente la seguridad del paciente y la calidad de sus cuidados.¹¹

✚ **El estrés:** Este forma parte de nuestra vida cotidiana y afecta tanto a nuestra salud y bienestar como a la satisfacción laboral. Según la OMS, se define como el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para una acción y, uno de los condicionantes del mismo, es el medio de trabajo. Cuando se instaura de manera crónica y permanente, los sujetos suelen experimentar situaciones agotadoras y actitudes negativas hacia las personas con las que trabajan, conociéndose como Síndrome de Burnout. Este síndrome fue descrito por primera vez en 1974 por Freudenberger HJ, psiquiatra norteamericano que considera que “el Burnout se trata de un estado de fatiga o bien una frustración que surge de la dedicación a una causa, forma de vida o relación en la que no produce el esperado esfuerzo”.⁶

✚ **Error en la medicación:** Se refiere a cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente. Estos incidentes suelen aparecer debido a los productos, procedimientos o los sistemas e incluyen los fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización de los medicamentos. El enfermero/a es el encargado de preparar, administrar y registrar el medicamento y por lo tanto es la última barrera de seguridad en el proceso de la terapia de medicamentos donde éste puede detectar errores cometidos y no detectados anteriormente por otros profesionales en el inicio del sistema, por ello

es indiscutible la toma de conciencia del personal sanitario tanto para evitar como para asumir los errores que generen. En los últimos años se han producido errores de medicación, siendo los más frecuentes: omisión de medicamentos necesarios, diferencias en dosis o pautas, prescripción de medicamentos equivocados o duplicados, administración de dosis externas en los traslados, retrasos en la administración de medicamentos no disponibles y error en la manipulación de bombas de infusión continua, entre otros. Las causas de estos errores son principalmente muchos pacientes ingresados, falta de medicación en la unidad, fallos de comunicación en la información sobre los medicamentos, e inexistencia de procedimientos establecidos en los puntos de transición que aseguren una adecuada continuidad de los tratamientos farmacológicos.⁵

Los errores pueden clasificarse en 2 tipos:

- Errores de omisión intencional. Involucran la falla de propósito al administrar un medicamento prescrito a un paciente que no debe recibirlo.
- Errores de omisión no intencional. Es cuando un paciente, accidentalmente, recibe una medicación prescrita de forma incorrecta.¹³

✚ **Saturación en los Servicios de Urgencias:** La desproporción entre la demanda y los recursos disponibles, el grado de complejidad del paciente y la descompensación entre los ingresos y las altas, han sido señalados como facilitadores de la saturación en urgencias. Por otro lado, el número de pacientes que acuden a este servicio aumenta considerablemente año tras año y dificulta la atención rápida y eficaz que se les exige. Esto es debido a la elevada utilización del Servicio de Urgencias para situaciones no urgentes, según estudios hasta el 70%, que pueden condicionar demoras en la asistencia de pacientes graves, así como generar consecuencias negativas al hospital. También, otros de los factores que conllevan a la saturación del servicio, son la derivación de ancianos pluripatológicos y factores estacionales. Debido a que no todos los pacientes que acuden a este servicio necesitan la misma atención sanitaria y que todos no pueden obtenerla de manera inmediata, aparecieron los sistemas de triaje, donde inicialmente fueron elaborados por cirujanos basando su asistencia en la actividad quirúrgica que necesitaban sus pacientes y, donde actualmente se lleva a cabo por el personal de Enfermería. Los sistemas de triaje comienzan a centrar atención en las catástrofes de la 2ª Guerra Mundial y se mantiene hasta en la actualidad con diversas modificaciones. El triaje es el primer punto de contacto entre profesional-paciente y se trata de combinar el problema principal que tiene el paciente, el aspecto general y los signos vitales, lo que permite una evaluación rápida de la gravedad del mismo con el fin de priorizar la atención sanitaria. Antiguamente, las primeras versiones de triaje se agrupaban en: emergente, urgente y no urgente, pero esto ha cambiado debido a que los estudios

demuestran que los sistemas con cinco niveles de clasificación son mas eficaces, válidos y factibles como son: Sistema Manchester, Canadian Triage, The Australasian Triage Scale y Emergency Severity Index. ¹⁴⁻¹⁶

Por tanto, la seguridad del paciente es una de las dimensiones claves de la calidad asistencial y el derecho de los pacientes reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Comité de Sanidad del Consejo de Europa que junto con diversos organismos sitúan la seguridad del paciente en el centro de todas sus políticas sanitarias, invitándoles a proponer planes y actividades de mejora así como aprobar medidas legislativas para que en cada institución, con la participación de los profesionales, se puedan reducir los eventos adversos. Cuando esto no se lleva a cabo de la manera adecuada, suceden los efectos adversos que sin duda son uno de los principales problemas para la seguridad del paciente debido a los grandes costes humanos y materiales que representan.¹⁷

2.3. LOS EFECTOS ADVERSOS

El problema de los eventos adversos no es nuevo, desde tiempos inmemoriales existe una preocupación por los efectos negativos que puede ocasionar la atención sanitaria. Sin embargo, desde la aparición en 1999 del informe del Institute of Medicine “To err is human”, el tema de la seguridad de los pacientes ha captado a nivel internacional la atención del público, de los proveedores de atención sanitaria y de los responsables políticos de forma muy acentuada. ⁸

La gran mayoría de los eventos adversos se producen en los hospitales, ya que la población está sometida a un mayor riesgo asociado a la atención hospitalaria. Pero ello no excluye que se puedan producir en otros ámbitos de la atención sanitaria como atención primaria, socio-sanitaria, oficinas de farmacia y en el propio domicilio del paciente. También, la complejidad de la práctica clínica, el aumento de la asistencia sanitaria, la rotatividad y dinámica de la atención, y el aumento de la edad media de los pacientes, entre otros, incrementa la probabilidad de errores médicos que pueden dañar la salud de las personas. ^{5,12,18} Donde todo daño no intencional que ocurre como consecuencia de la atención médica se denomina evento adverso y se define como cualquier acontecimiento producido durante el proceso asistencial que suponga consecuencias negativas para el paciente y con resultados que se expresan en forma de fallecimiento, lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o incremento del consumo de recursos asistenciales.¹⁰

Cada error, cada efecto adverso debería considerarse como una fuente de aprendizaje para los profesionales de salud y una oportunidad para mejorar.

Los efectos adversos pueden dividirse en :

- No evitables (reacciones adversas a medicamentos): Son los efectos adversos conocidos de la medicación y que no se pueden prevenir aunque se tomen las medidas adecuadas para evitarlos.
- Evitables (errores de medicación): Son aquellos incidentes evitables que pueden causar daño o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos. Según estudios, el 60% de los incidentes se consideran evitables. ¹²

2.4. SERVICIO URGENCIAS DEL HOSPITAL DE SAGUNTO.

Para concretar, el estudio esta dirigido al Servicio de Urgencias del Hospital de Sagunto, el cual dispone unos objetivos generales que se deben cumplir para lograr una atención de calidad. Estos objetivos son los siguientes:

- Trabajo en equipo siempre en interés del paciente con un trato cordial y resolutivo.
- Mejoras en el triaje de los pacientes
- Mejora en la satisfacción de los usuarios por la asistencia prestada como por ejemplo la disminución de los tiempos de espera, mejora en la transmisión de información a pacientes y acompañantes, disminución de la tasa de retorno, etc.
- Mejora en la calidad de atención prestada. (Código Ictus, Infarto y Sepsis)
- Mejora en los criterios de derivación e ingreso.

Una vez el paciente entra por la puerta de Urgencias sigue un circuito, el cual dependerá de la situación en la que se encuentre y el motivo por el que acude. El primer paso para comenzar el proceso asistencial es “admisión” donde los pacientes o familiares proporcionan sus datos personales con los que los profesionales sanitarios podrán identificar a cada persona y tener un registro de todos ellos. Una vez registrados, pasan a triaje o a box de críticos en caso de gravedad o SAMU. En triaje es atendido/a por una enfermera/o donde clasifican el problema que presenta con el fin de priorizar aquellas patologías que necesiten una atención mas urgente. En caso de gravedad (Sepsis, ictus, infarto o cualquier otra patología que necesite atención urgente) pasan directamente como “Código Naranja” al Box 6 donde tiene un médico asignado que le atenderá dentro del tiempo oportuno. En caso de no ser así, pasan a los Boxes 1-5 con la prioridad que el enfermero/a de triaje haya considerado oportuno. En caso de ser una enfermedad común pasaran a la “consulta A” donde allí les atenderá un médico con el fin de no colapsar el servicio. Si el paciente presenta algún problema osteomuscular se derivará a la consulta de Trauma y si presenta algún objeto extraño en ojo o oído o precisa sutura será derivado a Sala de curas.

Una vez el paciente es atendido será derivado a Observación en caso que lo precise, sala de medicación rápida (encamados o sillas) aquellos que necesiten algún tipo tratamiento o control, sala de espera o alta. Por otro lado, en el caso de pediatría, todos los menores de 15 años, independientemente de cual sea su patología, serán derivados al pediatra.

El destino final del paciente pueden ser varios: alta (domicilio o CCEE), quirófano, ingreso (Hospitalización, UCI, UHD), traslado a otro centro o exitus.

En este servicio existen memorias de gestión, en las que se han llevado a cabo encuestas de opinión a pacientes y profesionales sanitarios para comprobar su grado de satisfacción. Determinar la satisfacción del usuario es una tarea compleja teniendo en cuenta que depende de múltiples variables, tales como la resolución de problemas, el resultado del cuidado según sus expectativas, el trato personal que recibe, y del grado de oportunidad y amabilidad con el cual es atendido.¹⁹

Según los datos obtenidos de la memoria de gestión del 2013-2016 del Hospital de Sagunto sobre la encuesta de opinión del paciente en el servicio, observamos que en 2016 existe un incremento progresivo de atención por patologías graves y leves respecto a 2013 y que además más del 80% de los pacientes refieren no haber acudido al servicio 48h antes por la misma patología.

Respecto a la rapidez de la atención, más del 40% valoraron positivamente el tiempo comprendido desde que entran por las puertas de urgencias hasta el triaje, mientras que el tiempo de atención médico fue clasificado de forma diferente: en 2013 más del 20% reflejó que fue demasiado el tiempo que esperaron, casi el 50% como justo y más del 20% reflejaron que el tiempo fue menos de lo que esperaban; mientras que en 2016 varió un poco positivamente: alrededor del 20% votaron que fue demasiado, alrededor 60% que fue justo y alrededor del 20% que fue menos de lo que esperaba.

Mientras el paciente permaneció en urgencias destacó, en ambos años, que se sintió escuchado, que sus dudas fueron aclaradas de manera correcta y que la información que recibía por parte de los profesionales era adecuada. Respecto a la satisfacción global del paciente en la memoria de gestión de los años 2013-2016 se observa que en 2013 ésta fue considerada como satisfactoria alrededor del 70% de los encuestados (de muy satisfactoria 20% a 50% satisfecha), y en 2016 se observa un aumento de la satisfacción. Por último, más de un 80% recomendarían este hospital a un familiar.²⁰

La memoria de gestión del 2015 del Servicio de Urgencias recoge la encuesta realizada sobre los profesionales sanitarios. Inicialmente se encuentra una calificación de 0-10 sobre el grado de seguridad del paciente en el servicio donde más del 5% han votado 4, un 10% han votado 5, un 20%

han votado 6, un 30% han votado 7, otro 20% ha votado 8, alrededor del 10% ha votado que la seguridad del paciente es de 9 y alrededor del 5% que es de 10.

En cuanto a la percepción de seguridad que tienen los profesionales sanitarios el 45% del total lo ven como algo positivo, el 25% como algo neutral y el resto como negativo, pero alrededor del 60% de los profesionales han votado de forma positiva la mejoría continua. Otros de los aspectos valorados en la encuesta es el trabajo de equipo, donde un 60% ha valorado esto positivamente. Respecto a la comunicación de los errores también ha sido valorado de forma positiva (alrededor del 45%), mientras que la dotación del personal ha sido valorada negativamente, siendo su votación más del 60%.²¹

Finalmente, según indica la última memoria del año 2017 del Hospital de Sagunto, se atendieron dentro del servicio a 74192 pacientes. Esta cifra supone un aumento del 4% respecto a 2016 y mantiene una tendencia creciente de los últimos años. La media diaria de pacientes atendidos se sitúa en 203 siendo 167 adultos y 36 pediátricos, y se observa que las urgencias pediátricas han permanecido estables en los últimos años, mientras que existe un claro aumento de las urgencias de adultos, hasta superar los niveles de epidemia Gripe A de 2008-2009. Aunque se muestran unas cifras mensuales de 200 urgencias diarias también destaca un aumento de ellas en las vacaciones de Semana Santa y verano (Julio y Agosto). Los lunes también es considerado como uno de los días de más afluencia por lo que es necesario la presencia de refuerzos tanto médicos como enfermeros. Por otro lado se observa que existe un aumento del número de pacientes atendidos en cada tramo horario siendo un 43% en horario de mañana (88 pacientes), 41% de tarde (82 pacientes) y 16% en horario nocturno (33 pacientes).

La mayoría de población que acude al Servicio de Urgencias son mayores de 65 años y esto ha ido aumentando a lo largo de los años llegando a valores del 27,85% en el año 2017. Si atendemos al nivel de cronicidad de los pacientes atendidos en el último año, aproximadamente 1/3 son pacientes crónicos de alta o moderada complejidad o pacientes paliativos. El tiempo medio hasta la clasificación de triaje se encuentra estabilizado en 8,84 minutos a pesar del incremento de urgencias de pacientes más ancianos y complejos.

En cuanto a la procedencia, el 90,21% de los pacientes atendidos corresponden a personas domiciliadas en el Departamento 4 de Sagunto. Por último, es destacable el análisis de pacientes hiperfrecuentadores de urgencias, ya que 709 pacientes fueron visitados en 2017 en nuestro servicio en más de 5 ocasiones, siendo necesario realizar una gestión más adecuada de estos casos de forma coordinada con Atención Primaria.²²

3. JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente se ha convertido en un problema a nivel mundial debido a que en los últimos años han aumentado los eventos adversos por parte del personal de salud y han adquirido gran relevancia para los pacientes y familiares que desean sentirse seguros de los cuidados sanitarios que reciben y, también para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, eficaz y eficiente.

El derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española, impone a los poderes públicos el deber de organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Estas medidas incluyen acciones dirigidas a preservar la salud pública de la población y evitar los riesgos asociados a la propia asistencia sanitaria minimizando riesgos y eventos adversos (EA) y promocionando la Seguridad del Paciente (SP). En este sentido, los primeros estudios con repercusión sobre la seguridad del paciente los ofrece el Instituto Americano de Medicina con la publicación del informe “To Err is Human: Building a Safer Health System” en el año 1999.

Con este trabajo se investigará el conocimiento que tienen los profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias Hospital de Sagunto sobre la cultura del paciente y la preocupación que existe en relación a ese tema.

4. OBJETIVOS

Establecemos como objetivos generales y específicos de nuestro estudio los que detallamos a continuación:

OBJETIVOS GENERALES

- Evaluar la cultura de seguridad del paciente en el Servicio de Urgencias del Hospital de Sagunto.
- Identificar sucesos adversos del Servicio de Urgencias, incluyendo incidentes que no ocasionan daño como eventos adversos que ocasionan daño para el paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar que factores contribuyen a la aparición de EA y/o incidentes relacionados con la calidad asistencial.
- Implementar en los equipos de urgencias programas encaminados a mejorar la seguridad del paciente.
- Implementar los sistemas de registro y notificación de incidentes y/o eventos adversos entre el personal del servicio.
- Mejorar la Cultura de la Seguridad del Paciente a partir del análisis y discusión de los datos obtenidos.

5. METODOLOGÍA

5.1 BASES DE DATOS

Nuestra estrategia de búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo en diferentes bases de datos, tanto nacionales como internacionales por su relevancia en Ciencias de la Salud. Entre ellas se encuentran: PubMed (MedLine), CINAHL, INE, MEEDES, LILACS, HEALTHCARE, SCIELO y Google Scholar.

5.2 DESCRIPTORES.

Para la selección de los descriptores, y con el ánimo de utilizar un lenguaje estructurado, se realizaron las comprobaciones de los términos en el tesoro “Descriptores en Ciencias de las Salud (DeCS)”, así también se consultó el “Medical Subject Headings (MeSH)” para publicaciones en lengua inglesa.

Para la búsqueda se seleccionaron los descriptores que se detallan en tabla adjunta, enlazados con el operador booleano “AND” y “OR”, utilizando el número singular y desestimando la utilización de truncamientos.

LENGUAJE NATURAL	LENGUAJE CONTROLADO		
	DECS Español	DECS Inglés	MESH
Descriptores			
Seguridad del paciente	Seguridad del paciente	Paciente safety	Paciente Safety
Urgencias	Urgencias	Emergencias	Emergency medical Services
Enfermería	Enfermería	Nursing	Nursing
Cuidados de enfermería	Cuidados de enfermería	Nursing Care	Nursing Care
Efectos adversos	Efectos adversos	Adverse effects	Adverse effects
Daño del paciente	Daño del paciente	Patient Harm	Patient Harm

Tabla 1. Lenguaje natural y controlado de las palabras clave (Elaboración propia).

5.3 LÍMITES DE BÚSQUEDA.

En nuestra búsqueda fue criterio de selección la lectura de las palabras claves en los apartados Título y Resumen.

Como filtros aplicables a nuestra búsqueda:

1. Nuestro horizonte temporal incluía los últimos 5 años (entre 2013-2018 inclusive.)
2. Tipos de estudios: artículos originales, revisiones sistemáticas, estudios comparativos y EC incluidos los experimentales.
3. Idioma: Seleccionamos los documentos publicados en inglés y español.

Las búsquedas llevadas a cabo han sido las siguientes:

	BUSQUEDAS	RESULTADOS
PUBMED	(patient safety[MeSH Terms]) AND Emergency Medical Services[MeSH Terms] Filters: published in the last 5 years	446
	((((patient safety[MeSH Terms]) AND Emergency Medical Services[MeSH Terms] AND "last 5 years"[PDat])) AND nursing[MeSH Terms])	37
	((patient safety[MeSH Terms]) AND emergency medical services[MeSH Terms]) AND nursing care[MeSH Terms] Filters: published in the last 5 years	33
	((((patient safety[MeSH Terms]) AND emergency medical services[MeSH Terms]) AND adverse effects[MeSH Terms]) AND nursing care[MeSH Terms])	0
	0	
HEALTHCARE	[All: patient safety] AND [All: emergency medical services] AND [All: nursing care] AND [All: adverse effects] AND [Publication Date: (01/01/2013 TO 01/31/2018)]	1532

SCIELO	(seguridad del paciente) AND (urgencias) AND year_cluster:("2014" OR "2017" OR "2015" OR "2016")	10
	(seguridad del paciente) AND (urgencias) AND (incidencias)	0
	(seguridad del paciente) AND (urgencias) AND (cuidados de enfermería)	2
	(seguridad del paciente) AND (urgencias) AND (nursing care)	4
	((nursing care) AND (patient safety)) AND (emergency)	16
MEEDS	(("seguridad del paciente"[todos]) AND "urgencias"[todos]) AND "cuidados de enfermería"[todos])	0
	("seguridad del paciente "[todos]) AND "urgencias"[todos])	56
CINAHL	(seguridad del paciente) (urgencias) + año (2013-2018)	1504
LILACS	(patient safety)) AND (tw:(emergency medical service)) AND (tw:(nursing care)) + Filtros (año 2013- 2017) (ingles, Español) (texto completo)	118
	(tw:(patient safety)) AND (tw:(emergency medical service)) AND (tw:(nursing care)) AND (tw:(patient harm))	9
	(tw:(patient safety)) AND (tw:(emergency medical service)) AND (tw:(nursing care)) + Filtros (2014-2017)+ Inglés + Texto completo + Enfermería.	37

Tabla 2. Resultado de las búsquedas realizadas en bases de datos (Elaboración propia)








5.4. DISEÑO

El tipo de estudio será epidemiológico de carácter observacional (no existe intervención por parte del investigador), de tipo descriptivo debido a la recogida de datos y de corte transversal porque se realiza en un momento concreto a lo largo del tiempo.

Se desarrollará mediante una recogida de datos a través de una encuesta estructurada y validada dirigida al personal de enfermería con la finalidad de evaluar el conocimiento que tiene sobre la seguridad del paciente en el Servicio de Urgencias del Hospital de Sagunto.

5.5. ÁMBITO DE ESTUDIO

Nuestro estudio se desarrolla en el Servicio de Urgencias del Hospital de Sagunto estructurado según se detalla a continuación:

-  La sala de espera general y la sala de espera pediátrica.
-  Triage (Consulta de clasificación según protocolo interno).
-  Boxes del 1-5, Box 6 (destinado a los pacientes con código Naranja), Box de Críticos, Box de Trauma y Box de Pediatría.
-  2 salas de curas.
-  Consulta A (Pacientes con patologías comunes y sencillas destinado a evitar colapsos en los boxes)
-  Observación
-  Sala de medicación rápida (sillones y camas)

5.6. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ser enfermero/a
- Trabajar en el Servicio de Urgencias del Hospital de Sagunto.
- Tener firmado el consentimiento informado.
- Certificado negativo de delitos de naturaleza sexual.
- Carencia de patología física o psíquica que altere la comprensión y objetivo del estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- El resto de personal sanitario del Servicio de Urgencias del Hospital de Sagunto.
- Tener algún delito de naturaleza sexual.
- No haber firmado el consentimiento informado.
- Cualquier alteración física o psíquica que altere la comprensión y objetivos.

5.7. POBLACIÓN A ESTUDIO Y MUESTRA

5.7.1. Descripción de la muestra

La población a estudio corresponde, según el Real Decreto 967/2014, de 21 de noviembre, que establece correspondencias al nivel MECES de credenciales de homologación, con aquellos profesionales en posesión del título de Grado en Enfermería en la plantilla del Servicio de Urgencias del Hospital de Sagunto incluidos en cualquiera de las categorías establecidas, estatutario fijo discontinuo, contratado interino o eventual a jornada completa o tiempo parcial.

5.7.2. Método de muestreo

El tipo de muestreo es probabilístico ya que todas las unidades que componen la población tendrán la misma probabilidad de ser elegidas y aleatorio ya que la selección de los sujetos se asignó aleatoriamente entre los profesionales que acudieron al servicio los días del estudio de campo y/o participaron a través de la plataforma “Google Forms” los días asignados.

5.7.3. Cálculo del tamaño de la muestra

Para el cálculo de la muestra hemos utilizado el programa online de “Cálculo del tamaño muestral Granmo” versión 7.12.

Realizados los cálculos, para una población N de 29 profesionales en plantilla de enfermería de urgencias y en sus diferentes turnos de servicio. Podemos concluir que con una muestra aleatoria de **22** individuos es suficiente para estimar, con una confianza (IC) del 95% y una precisión de +/- 5 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional que previsiblemente será de alrededor del 5%. En porcentaje de reposiciones necesaria se ha previsto que será del 15%.

5.8. VARIABLES

En nuestro estudio se combinan variables tanto cuantitativas como cualitativas, ponderando las segundas sobre las primeras. Nuestro espectro clasificará el conjunto de los elementos de nuestra muestra en categorías dicotómicas u ordinales que nos permitirán establecer una modalidad de variables en escala.

- ✚ **Variables de identificación:** Mediante código alfanumérico.
- ✚ **Variables cuantitativas continuas:** Edad expresada en años. Para facilitar el estudio estadístico recodificamos en variables categóricas.
- ✚ **Variables numéricas:** Debemos comprobar que todas las observaciones se encuentran en el rango esperable (años en el que empezó a desempeñar /trabajar en el servicio).
- ✚ **Variables sociodemográficas:** Cualitativa dicotómicas (Categoría profesional, Servicio/ Unidad y Sexo) y cualitativa politómicas (Experiencia laboral).

5.9. CRONOGRAMA DEL PROYECTO

El cronograma se inicia en enero de 2018 en el que se realiza la búsqueda bibliográfica. Durante este mes se obtienen los artículos con los que se llevará a cabo este estudio y en el que se realiza las diferentes partes. Una vez se ha finalizado esto, en febrero, se pasa un cuestionario a nuestra población de estudio para el conocimiento sobre la seguridad del paciente en urgencias del Hospital de Sagunto. Este estudio finaliza el 31 de Mayo de 2018 cuando es defendido ante un tribunal.

AÑO DE ACTIVIDAD	2017	2018				
MES DE ACTIVIDAD	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Elección tutor						
Revisión bibliográfica						
Elección instrumentos						
Redacción marco teórico						
Diseño de bases de datos/Encuesta						
Recogida de datos						
Análisis de datos						
Resultados						
Discusión y Conclusiones						
Defensa/Publicación						

Figura 1. Cronograma de TFG (Elaboración propia)

5.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

A lo largo de la realización de este estudio podemos asegurar que, ante todo, se respetan los principios éticos garantizando la protección de los participantes. Se pasa un cuestionario totalmente validado y confidencial, donde el personal de enfermería previamente, por escrito, firma el consentimiento informado para llevarlo a cabo.

5.10.1. Modelo de Consentimiento Informado.

Se prestará por escrito a todo el personal de enfermería que voluntariamente decida participar en el estudio previa información y comprensión de las características y objetivos del estudio como viene previsto en el art 8.2 de la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente. (ver Anexo 1)

5.10.2. Métodos utilizados para minimizar los posibles riesgos principales.

Se respetarán los principios éticos del informe Belmont de 1978 y la Declaración de Helsinki de 1964 a instancias de la Asociación Médica Mundial actualizada en 2008 sobre principios éticos que rigen la investigación en humanos. Se tendrá presente el Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina del Consejo de Europa. (ver Anexo 2)

5.10.3. Ley de Protección de Datos.

Se garantizará la protección, el anonimato y la privacidad de los datos obtenidos durante el estudio de campo y posterior análisis de ellos, como así viene regulado en la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. De igual manera se facilitará al personal de enfermería la Hoja de Información, indicándole su participación voluntaria una descripción general del proyecto y los beneficios de su participación.

5.10.4. Beneficios potenciales.

Consideramos que su participación en este estudio no entraña ningún riesgo añadido a su salud. Es posible que no obtenga ningún beneficio por su participación, pero podrá conocer mejor que aspectos de su atención directa pueden entrañar riesgos para su salud así como factores contribuyentes de su aparición y como prevenirlos.

5.11. MEDICIONES

Disponemos de una herramienta autoadministrada válida y fiable, que adapta al contexto español la encuesta original de Estados Unidos: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Esta herramienta permite medir la cultura de las organizaciones, identificar los aspectos de flaqueza con la finalidad de mejorarlos y poder monitorizar su evolución.

Este cuestionario sobre la cultura de seguridad esta compuesto por preguntas agrupadas en un total de 12 dimensiones El análisis de las respuestas tiene sentido tanto para cada ítem en particular como para cada dimensión en conjunto.

A. RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD	
1. 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).
2. 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.	
3. 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 (P. 19).• 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).• Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (P. 22).

<p>4. Aprendizaje organizacional / mejora continua.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (P. 6). • 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). • Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (P. 13)
<p>5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El personal se apoya mutuamente (P. 1) • Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (P. 3). • En esta unidad nos tratamos todos con respeto (P. 4) • Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (P. 11)
<p>6. Franqueza en la comunicación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (P. 35). • El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (P. 37). • El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta (P. 39).
<p>7. Feed-back y comunicación sobre errores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (P. 34) • Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad (P. 36). • En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (P. 38).
<p>8. Respuesta no punitiva a los errores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra (P. 8). • Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable” (P. 12). • Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (P. 16).
<p>9. Dotación de personal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (P. 2) • A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (P. 5) • En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado sustitutos o personal temporal (P. 7). • Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (P. 14).
<p>10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (P. 23). • La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (P. 30). • 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).

C. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL	
11. Trabajo en equipo entre unidades.	<ul style="list-style-type: none"> • Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente (P. 26). • Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible (P. 32). • Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas (P. 24). • Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/Unidades (P. 28).
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades.	<ul style="list-style-type: none"> • La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando ésta se transfiere desde una unidad /servicio a otra (P. 25). • En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (P. 27). • El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático (P. 29). • Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (P. 33).

Tabla 3. Cuestionario agrupado por dimensiones (Elaboración propia).

5.10. CONSISTENCIA INTERNA DE LAS DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO.

Es un índice usado para medir la confiabilidad del tipo consistencia interna de una escala, es decir, para evaluar la magnitud en que los ítems de un instrumento están correlacionados.

Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación.

Como criterio general, George y Mallery (2003, pág. 231) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa > 9 es excelente
- Coeficiente alfa > 8 es bueno
- Coeficiente alfa > 7 es aceptable
- Coeficiente alfa > 6 es cuestionable
- Coeficiente alfa >5 es pobre
- Coeficiente alfa < 5 es inaceptable

DIMENSIÓN	ALFA DE CRONBACH
Notificación de eventos relacionados con la seguridad.	0.88
Percepción global de seguridad.	0.65
Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad.	0.84
Aprendizaje organizacional/mejora continúa.	0.68
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio.	0.82
Franqueza en la comunicación.	0.66
Feed-back y comunicación sobre errores.	0.73
Respuesta no punitiva a los errores.	0.65
Dotación del personal.	0.64
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.	0.81
Trabajo en equipo entre unidades.	0.73
Problemas en cambios de turno y transiciones entre Servicios/Unidades.	0.74

Tabla 4. Alfa de Cronhbach (Elaboración propia.)

6. RESULTADOS

En nuestro estudio se parte de una población total de 29 enfermeros que corresponden a la plantilla del servicio (N= 29). La población final a estudio y, que cumplían los criterios de inclusión, fue de 22 enfermeros (n=22). Del total se obtuvieron 21 respuestas con una tasa de cumplimentación del 95,45%. De ésta, el 95,23% fueron mujeres y sólo el 4,76 % de los sujetos fueron hombres siendo la edad media de 40 años (dt: 25,45), una mediana de 40 y una moda de 43 años.

Los resultados se han analizado siguiendo la metodología propuesta por la AHRQ. Se han estudiado 21 encuestas cuyas respuestas han sido agrupadas en tres categorías dentro de cada dimensión: categorías de respuestas negativas, categoría de respuestas neutrales y categoría de respuestas positivas. Además se han calculado los porcentajes de cada uno de los ítems y el total de cada dimensión. Esto se representará en las siguientes gráficas.

6.1. DATOS SOCIO-PROFESIONALES.

En cuanto a los datos socio-profesionales destacan las preguntas 50 y 51 donde se cuestiona el servicio en el que trabajan y posición laboral, en la que todos han reflejado que son enfermeros/as del Servicio de Urgencias (un criterio de inclusión). A la pregunta de si mantienen un contacto directo con los pacientes, el total de los encuestados han reflejado que sí.

Los años que llevan en la profesión se encuentran en un rango de 4 a 37, encontrándose un 28,6 % entre 21-25 años. Se puede observar un gradiente descendente del porcentaje a medida que aumentan los años, siendo el grupo más minoritario los que tienen mas antigüedad en el servicio.

AÑOS EN LA PROFESION	%
0-5 años	9,5 %
6-10 años	4,8 %
11-15 años	23,8 %
16-20 años	14,3 %
21-25 años	28,6 %
26-30 años	9,5 %
31-35 años	4,8 %
36- 40 años	4,8 %

Tabla 5. Años de profesión del personal de enfermería del Hospital de Sagunto.(Elaboración propia)

Respecto a la antigüedad media profesional de los encuestados en el hospital, se establece en un 28,5% para una cohorte de población de 6-10 años.

AÑOS EN ESTE HOSPITAL	%
0-5 años	23,8 %
6-10 años	28,5 %
11-15 años	23,8 %
16-20 años	9,5 %
21-25 años	4,8 %
26-30 años	4,8 %
31-35 años	4,8 %
36- 40 años	0 %

Tabla 6. Años trabajados en el Hospital de Sagunto. (Elaboración propia)

Por último, respecto a los años de permanencia en el Servicio de Urgencias según detallamos en tabla adjunta (Tabla 7), el 38% del profesionales encuestados llevan trabajando entre 6 y 10 años, lo que nos garantiza un buen conocimiento y funcionamiento del servicio. Destacar que el 4,8% de los encuestados tiene una antigüedad superior establecida entre 26-30 años.

AÑOS EN EL SERVICIO	%
0-5 años	28,6 %
6-10 años	38 %
11-15 años	28,6 %
16-20 años	0 %
21-25 años	0 %
26-30 años	4,8 %
31-35 años	0 %
36- 40 años	0 %

Tabla 7. Años trabajados en el Servicio de Urgencias. (Elaboración propia)

Respecto a las horas trabajadas el 47,6% del personal trabaja 35h semanales y un 38,1%, 40 horas.

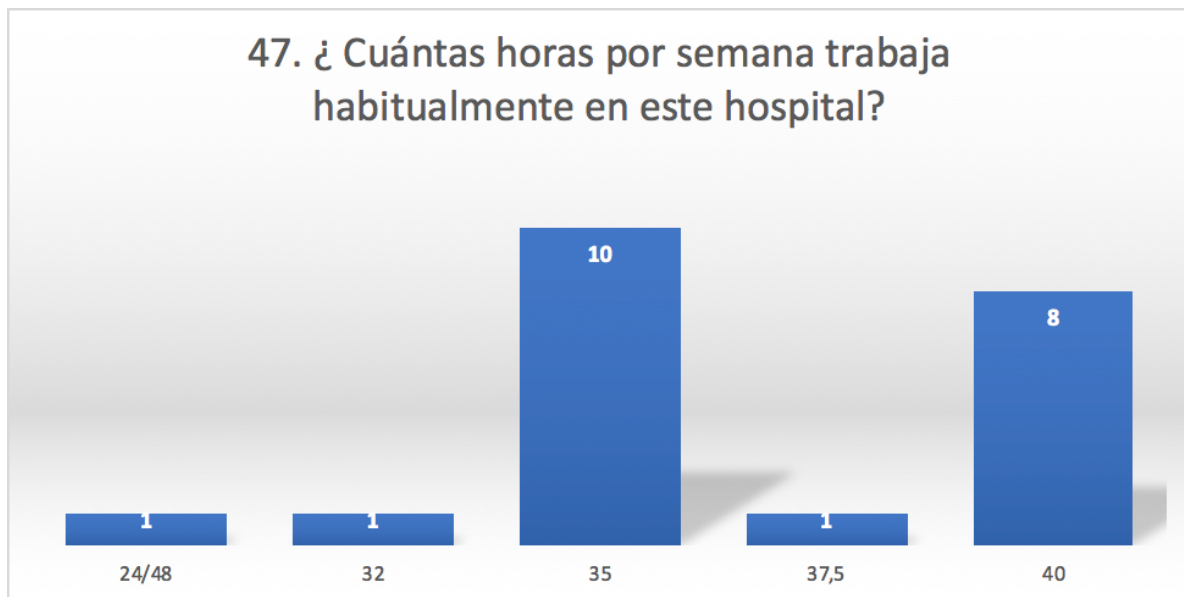


Figura 2. Horas trabajadas en el hospital.(Elaboración propia)

6.2. CALIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La seguridad del paciente es el tema principal de nuestro estudio de investigación. En respuesta a la pregunta 43 “Califique de 0 a 10 el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad” según los resultados obtenidos podemos afirmar que el grado de seguridad del paciente es alto (16 de los encuestados califican entre 7 y 8 el grado de seguridad).

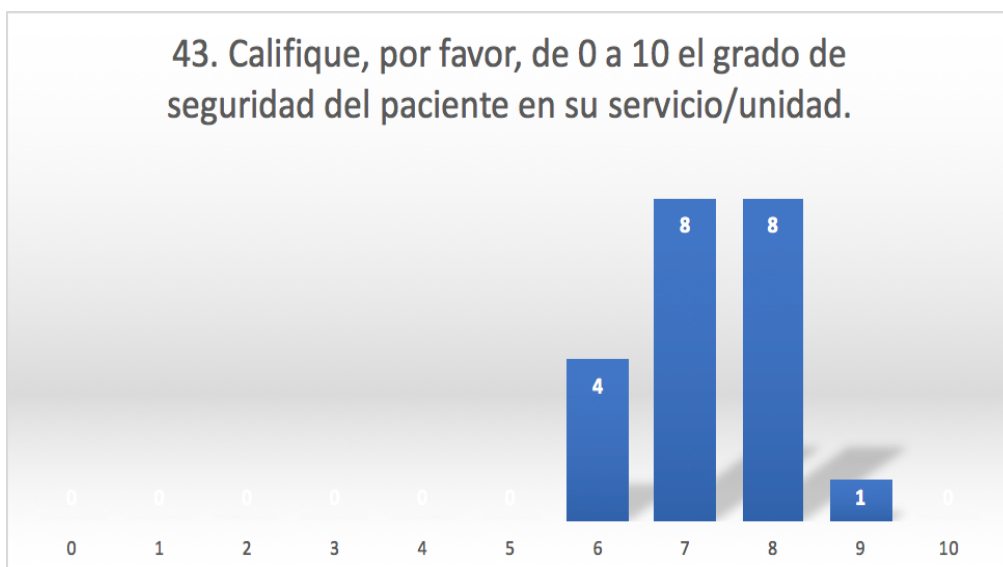


Figura 3. Grado de seguridad del paciente (Elaboración propia)

Otra forma de comprobar la seguridad del paciente es a través de los eventos adversos notificados en el último año, donde un 76,2% refiere no haber notificado ningún evento, seguido de un 14,3% que han notificado 2 errores y solo un 4,8% reflejan 10 eventos en el último año.

A continuación y para dar mayor visibilidad y transparencia a los resultados de la encuesta, estos los agrupamos en 12 dimensiones.

I. Dimensión “ Frecuencia de eventos adversos notificados” (Preguntas 40, 41 y 42)

En relación a los eventos adversos, a la pregunta 40 “ Errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente” podemos observar que el 57% de los encuestados notifica “casi siempre” que los errores son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente, el 24 % refiere realizarlo “a veces”, el 14 % siempre y solo un 5 % refiere no notificarlo casi nunca.

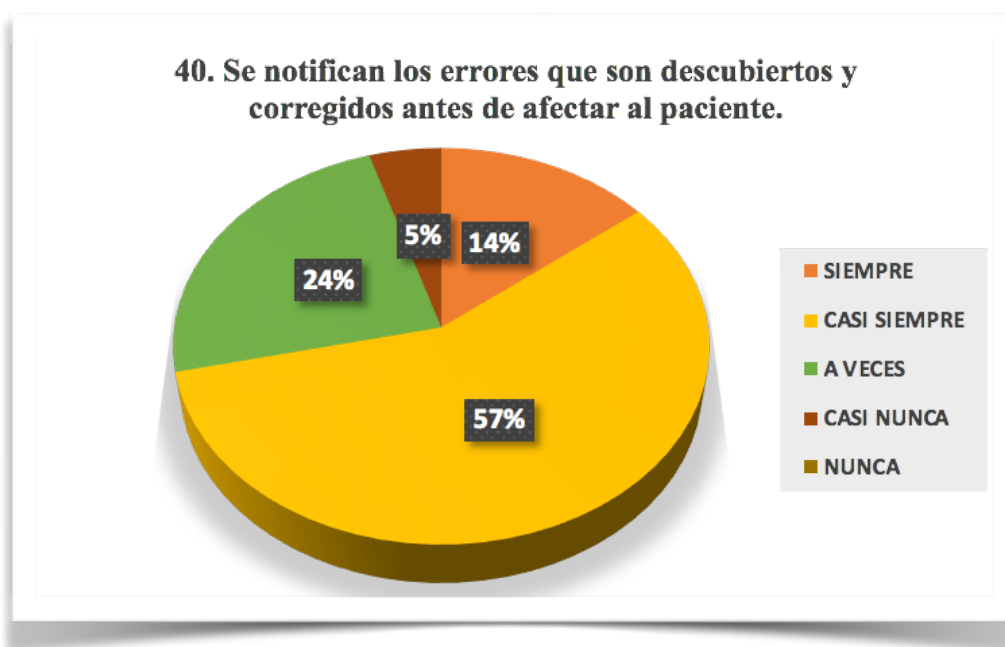


Figura 4. Corrección de errores antes de afectar al paciente. (Elaboración propia)

A continuación, la pregunta 41 “Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente” podemos observar que el 52% refleja que “casi siempre” los notifican, el 29% lo realizan “a veces” , el 14% siempre y solo el 5% refiere no notificarlo casi nunca.

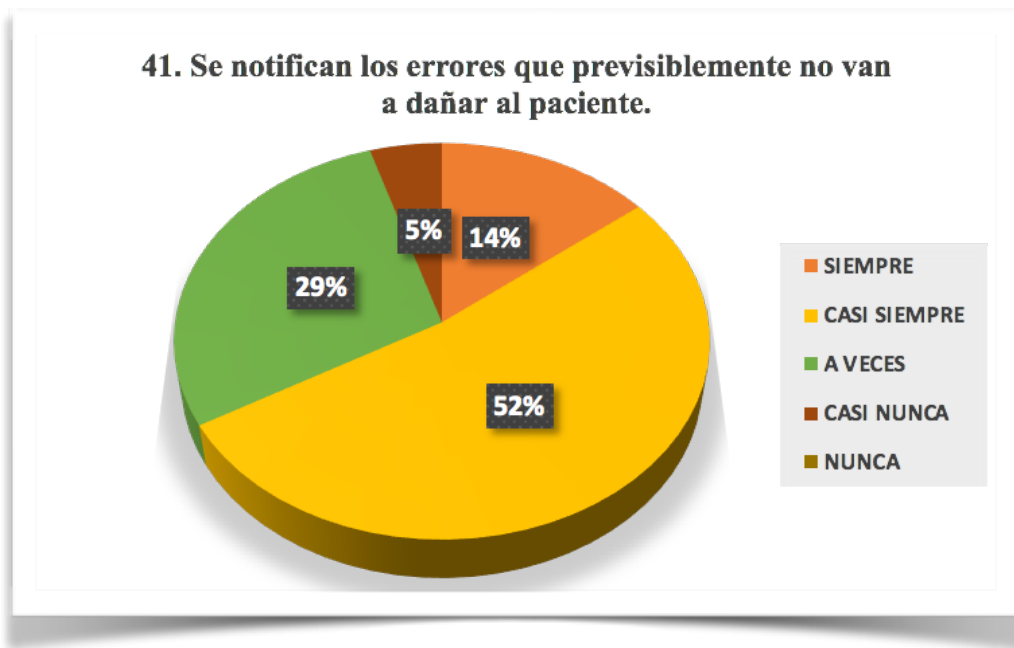


Figura 5. Notificación de errores que previsiblemente no dañaran al paciente. (Elaboración propia)

Para la última pregunta de esta dimensión “Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente” obtenemos que el 52% afirman que lo realizan, frente a un 38% que “a veces”.

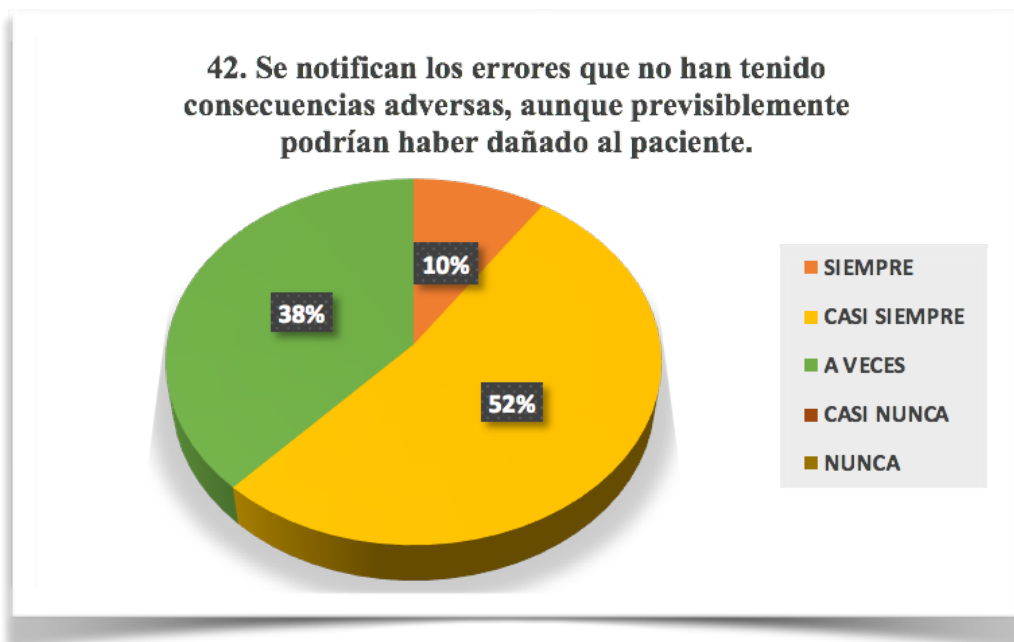


Figura 6. Notificación de errores que no han tenido consecuencias. (Elaboración propia)

Por último, los resultados obtenidos de los ítems son agrupados en 3 categorías según el tipo de respuesta: positivas (muy de acuerdo y de acuerdo), neutras (indiferentes) y negativas (muy desacuerdo y desacuerdo). En la dimensión I, una frecuencia de 14 profesionales que corresponde al 66% han valorado positivamente esta dimensión, el 30,333% (6 profesionales) de forma neutral y solo el 3,333% (1 profesional) de forma negativa.

TOTAL DE LA DIMENSIÓN:

TOTAL DE LA DIMENSIÓN	RESPUESTAS POSITIVAS	%	66,333 %
		Frecuencia	14
	RESPUESTAS NEUTRAS	%	30,333 %
		Frecuencia	6
	RESPUESTAS NEGATIVAS	%	3,333 %
		Frecuencia	1

Tabla 8. Total de la dimensión “Frecuencia de eventos adversos notificados” (Elaboración propia)

II. Dimensión “Percepción global de seguridad” (Preguntas 10, 15, 17 y 18)

En esta dimensión, encontramos 4 ítems, dos positivos (preguntas 15 y 18) y dos negativos (preguntas 10 y 17).

En relación a la percepción global de la seguridad, a la pregunta 10 “ No se producen más fallos por casualidad ” podemos observar que el 52 % notifican estar “en desacuerdo”, el 24% muestra estar de acuerdo y el resto se han mostrado “ indiferentes”. El siguiente ítem negativo, la pregunta 17 “En esta unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente” reflejan indiferencia el 42,9% de los encuestados y el 38,1% mostraron estar en “desacuerdo.”

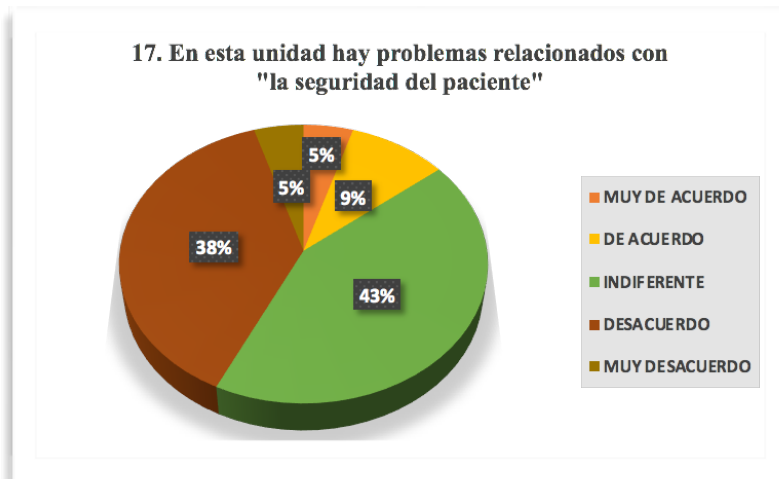


Figura 7. Problemas relacionados con la seguridad en la unidad. (Elaboración propia)

Respecto a los dos ítems positivos, a la pregunta 15 “ Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si implica sacrificar la seguridad del paciente” un 57% (48% de acuerdo y 9 % muy de acuerdo) han afirmado que no aumentan el ritmo de trabajo y un 19% muestra estar en “desacuerdo” aumentando el ritmo de trabajo.

Por último, un 95% plasmaron que nuestros procedimientos y medios de trabajos eran buenos para evitar errores en la asistencia, algo que garantiza una buena seguridad del paciente.

En la dimensión II, una frecuencia de 10 profesionales que corresponde al 54,5% ha valorado positivamente esta dimensión, el 19,25% (4 profesionales) de forma neutral y el 26,25% (7 profesionales) de forma negativa. Cabe destacar que las preguntas 10 y 17 están formuladas de forma negativa por lo que sus respuestas mayoritarias serán las negativas (muy desacuerdo y desacuerdo) siendo esto positivo para la dimensión.

TOTAL DE LA DIMENSIÓN:

TOTAL DE LA DIMENSIÓN	RESPUESTAS POSITIVAS	%	54,5 %
		Frecuencia	10
	RESPUESTAS NEUTRAS	%	19,25 %
		Frecuencia	4
	RESPUESTAS NEGATIVAS	%	26,25 %
		Frecuencia	7

Tabla 9. Total de la dimensión “Percepción global de la seguridad” (Elaboración propia)

Seguidamente, otra de las dimensiones que engloba el cuestionario es “ **La cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio**” en la que se evalúa el servicio de urgencias del Hospital de Sagunto. Dentro de la dimensión se divide en varias dimensiones que son las siguientes:

III. Dimensión: Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad. (Preguntas 19, 20, 21 y 22)

En este apartado se valora, principalmente, si las decisiones y acciones llevadas a cabo por la supervisión del Servicio de Urgencias mejora la seguridad del paciente y si motiva al personal de enfermería para lograr unos cuidados de calidad.

Inicialmente, la pregunta 19 “Mi superior/jefe expresa satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente” observamos que un grupo mayoritario 76% (52 % de acuerdo y 24 % muy de acuerdo) de los enfermeros/as afirman que la supervisora muestra su satisfacción y, a la pregunta 20 “Mi superior/jefe tiene en cuenta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente” refleja un 81% estar “muy de acuerdo” o “de acuerdo”.

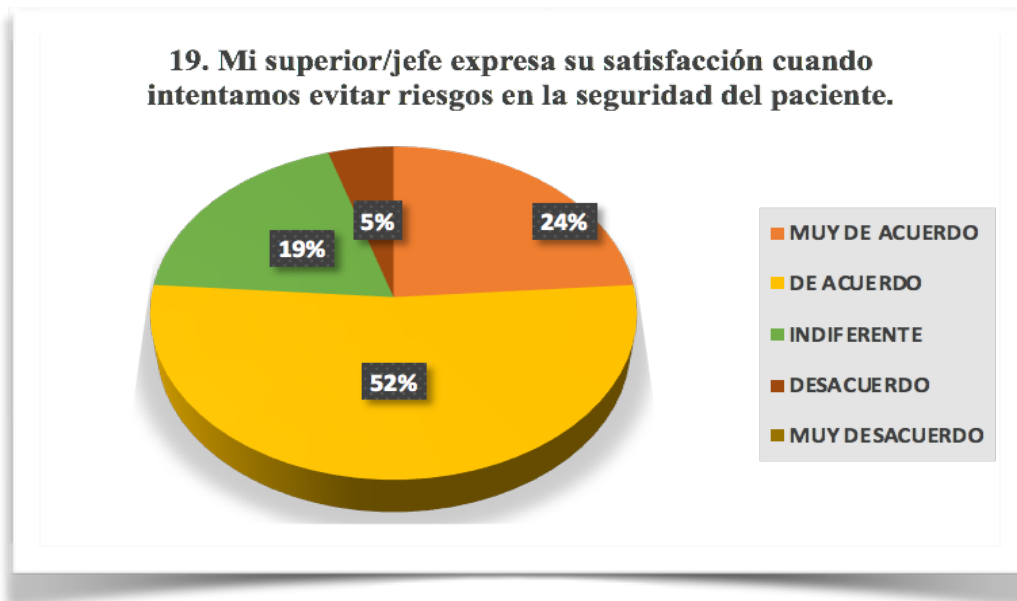


Figura 8. Satisfacción supervisora. (Elaboración propia)

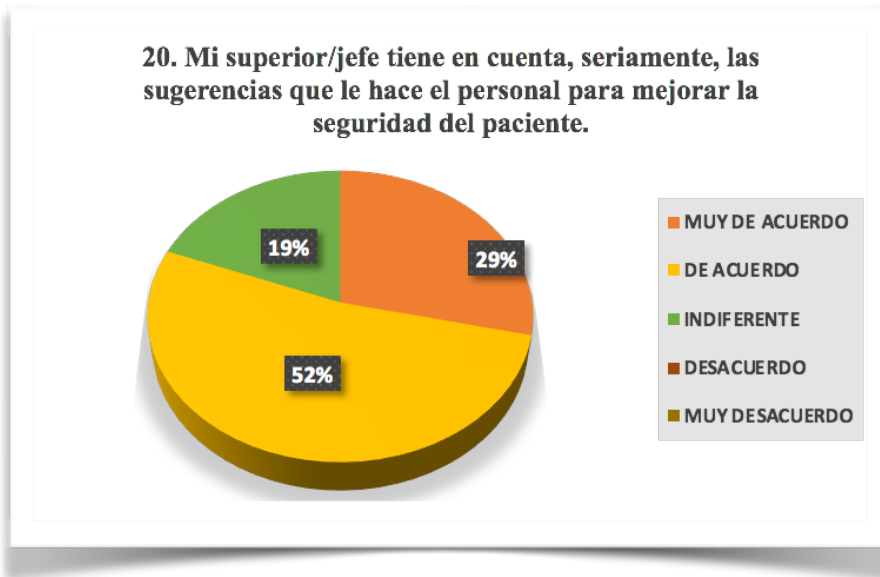


Figura 9. Sugerencias del personal.
(Elaboración propia)

Por otro lado, la pregunta 21 “Cuando aumenta la presión del trabajo, el supervisor pretende que trabajemos mas rápido, aunque pueda poner en riesgo la seguridad del paciente” un 52% muestra estar “muy desacuerdo” o en “desacuerdo”, un 29 % muestra estar de acuerdo y solo un 19 % se han mostrado indiferentes.

Para finalizar, a la pregunta 22 “Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente” el 90 % refleja estar “muy desacuerdo” o en “desacuerdo”.

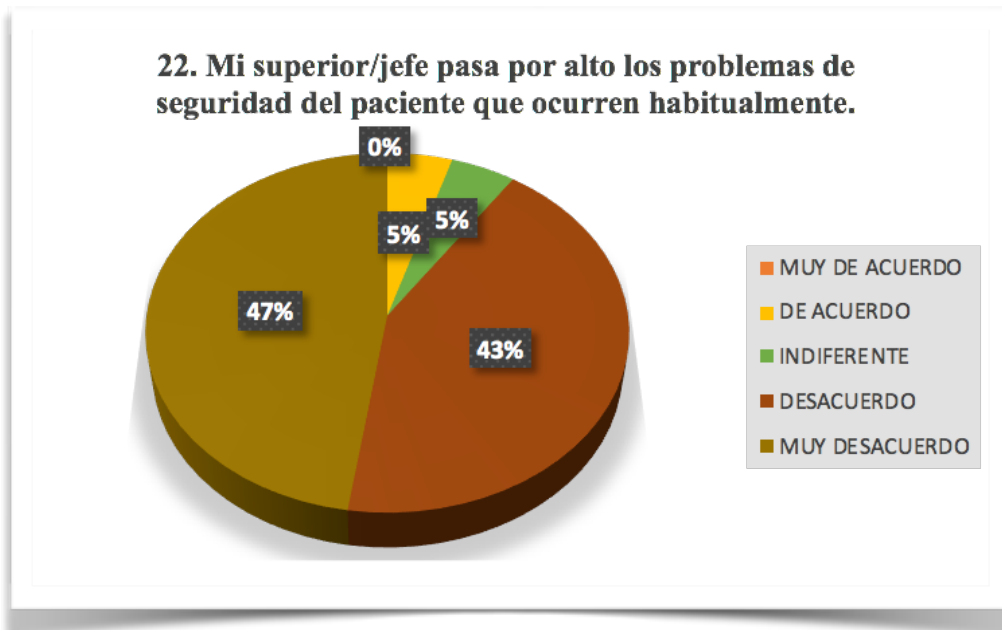


Figura 10. Supervisión y problemas de seguridad.(Elaboración propia)

En la dimensión III, una frecuencia de 10 profesionales que corresponde al 47,75% ha valorado positivamente esta dimensión, el 15,5% (3 profesionales) de forma neutral y el 36,75% (8 profesionales) de forma negativa. Cabe destacar que la pregunta 21 está formulada de forma negativa por lo que su respuesta mayoritaria es la negativa (muy desacuerdo y desacuerdo) siendo esto positivo para la dimensión.

TOTAL DE LA DIMENSIÓN:

TOTAL DE LA DIMENSIÓN	RESPUESTAS POSITIVAS	%	47,75 %
		Frecuencia	10
	RESPUESTAS NEUTRAS	%	15,5 %
		Frecuencia	3
	RESPUESTAS NEGATIVAS	%	36,75 %
		Frecuencia	8

Tabla 10. Total de la dimensión “Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad.” (Elaboración propia)

IV. Dimensión: Aprendizaje organizacional/ mejora continua. (Preguntas 6, 9 y 13)

En este apartado no detectamos ni fortalezas ni oportunidades de mejora pero si que se puede afirmar que las respuestas positivas son las que mas abundan.

A la pregunta 6 “Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente” un 57% afirma si disponer de esas medidas, un 33% se ha mostrado indiferente y solo un 10% se mostrado en “desacuerdo”. La pregunta 9 “Cuando se detecta algún fallo en la atención del paciente, se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo” un grupo mayoritario (95%) refleja estar “muy de acuerdo” o “ de acuerdo”. Por último, a la pregunta 13 “Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúa para comprobar su efectividad” un 62% afirma que se evalúan.

En la dimensión IV, una frecuencia de 15 profesionales que corresponde al 73%, ha valorado positivamente esta dimensión, el 15,666% (4 profesionales) de forma neutral y 11,333% (2 profesionales) de forma negativa.

TOTAL DE LA DIMENSIÓN:

TOTAL DE LA DIMENSIÓN	RESPUESTAS POSITIVAS	%	73 %
		Frecuencia	15
	RESPUESTAS NEUTRAS	%	15,666 %
		Frecuencia	4
	RESPUESTAS NEGATIVAS	%	11,333 %
		Frecuencia	2

Tabla 11. Total de la dimensión “Aprendizaje organizacional/mejora continua” (Elaboración propia)

V. Dimensión: Trabajo en equipo.(Preguntas 1, 3, 4 y 11)

El trabajo en equipo es un aspecto fundamental para llevar a cabo unos cuidados de enfermería de calidad y satisfacer las necesidades que puedan presentar los paciente que acuden al servicio.

La pregunta 1 “El personal se apoya mutuamente” el 90% afirma que si se apoyan y que colaboran en equipo para poder terminar el trabajo de la manera mas rápida y eficaz posible. A la pregunta 4 “En esta unidad nos tratamos con respeto” un 71% notifica que existe y que se tratan con respeto en la unidad de urgencias y un 19% refleja no estar de acuerdo con ello. Finalmente, a la pregunta 11 “ Cuando alguien esta sobrecargado, suele encontrar ayuda en sus compañeros” un 72% (52 % de acuerdo y 19 % muy de acuerdo) encuentra ayuda de sus compañeros cuando esta sobrecargado y el resto, un 29% refleja indiferencia.

En la dimensión V, una frecuencia de 17 profesionales que corresponde al 80,75%, ha valorado positivamente esta dimensión, el 14,5% (3 profesionales) de forma neutral y el 4,75% (1 profesional) de forma negativa.

TOTAL DE LA DIMENSIÓN:

TOTAL DE LA DIMENSIÓN	RESPUESTAS POSITIVAS	%	80,75 %
		Frecuencia	17
	RESPUESTAS NEUTRAS	%	14,5 %
		Frecuencia	3
	RESPUESTAS NEGATIVAS	%	4,75 %
		Frecuencia	1

Tabla 12. Total de la dimensión “ Trabajo en equipo” (Elaboración propia)

VI. Dimensión: Franqueza en la comunicación (Preguntas 35, 37, 39)

En esta dimensión, constituida por 3 ítems, los encuestados valoran si existe en su servicio una comunicación abierta y sincera.

El primer ítem, la pregunta 35 “Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente la atención que recibe el paciente, habla de ello con libertad” un 52% refleja que “siempre” o “casi siempre” habla libremente, un 43% refleja “a veces” y un 5% ha votado en blanco.

Respecto al ítem 37 “ El personal puede cuestionar con libertad las decisiones o acciones de sus superiores” un 38 % lo valora positivamente afirmando que puede cuestionar los aspectos con total libertad, otro 38% refleja que “a veces” lo pueden realizar y un 24% que “nunca” o “casi nunca” pueden hacerlo.



Figura 11. Libertad para cuestionar las decisiones de los superiores.(Elaboración propia)

Por último, la pregunta 39 “El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta” un 47,6% notifica que “nunca” o “casi nunca” teme hacer las preguntas, un 28,6% refleja “ a veces” y un 23,8% “casi siempre”.

En la dimensión VI, una frecuencia de 8 profesionales que corresponde al 38%, han valorado positivamente esta dimensión, el 36,666% (7 profesionales) de forma neutral, el 23,666% (5 profesionales) de forma negativa y el 1,666% (1 profesional) ha votado en blanco.

TOTAL DE LA DIMENSIÓN:

TOTAL DE LA DIMENSIÓN	RESPUESTAS POSITIVAS	%	38 %
		Frecuencia	8
	RESPUESTAS NEUTRAS	%	36,666 %
		Frecuencia	7
	RESPUESTAS NEGATIVAS	%	23,666 %
		Frecuencia	5
RESPUESTAS EN BLANCO	%	1,666 %	
	Frecuencia	1	

Tabla 13. Total de la dimensión “Franqueza en la comunicación” (Elaboración propia)

VII. Dimensión: Feed-back y comunicación de errores. (Preguntas 34, 36 y 38)

En relación a la comunicación de errores, a la pregunta 34 “ Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre que tipo de actuaciones se han llevado a cabo” un 77 % afirma que “siempre” o “casi siempre” son informados de las actuaciones. La pregunta 36 “ Se informa de los errores que ocurren en la unidad” un 76% (28% siempre y 48% casi siempre) reflejan que se les informa de los errores que ocurren en el servicio. El ultimo ítem, a la pregunta 38 “ Se discute de que manera se puede evitar un error para que no vuelva a ocurrir” un 57% refleja que discuten, un 33% refleja que “a veces” se discute y solo un 10 % afirma que casi nunca se realiza.

En la dimensión VII, una frecuencia de 14 profesionales que corresponde al 69,666%, han valorado positivamente esta dimensión, el 22% (5 profesionales) de forma neutral y solo el 8,333% (2 profesionales) de forma negativa.

TOTAL DE LA DIMENSIÓN:

TOTAL DE LA DIMENSIÓN	RESPUESTAS POSITIVAS	%	69,666 %
		Frecuencia	14
	RESPUESTAS NEUTRAS	%	22 %
		Frecuencia	5
	RESPUESTAS NEGATIVAS	%	8,333 %
		Frecuencia	2

Tabla 14. Total de la dimensión “Feed-back y comunicación de errores” (Elaboración propia)

VIII. Dimensión: Respuesta no punitiva a los errores. (Preguntas 8, 12 y 16)

Esta dimensión constituida por 3 ítems valora la intolerancia recibida por los trabajadores, por parte de la organización o de sus compañeros después de haber cometido un error .

El primer ítem, la pregunta 8 “Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra”, lo niega el 52 % de los encuestados frente a un 43 % que se han mostrado indiferentes. Resulta difícil valorar este aspecto debido al alto porcentaje de indiferencia entre el personal de enfermería.

El segundo ítem, la pregunta 12 “ Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”” un 62 % afirma que antes de buscar un culpable buscan la causa.

El tercer y último ítem, la pregunta 16 “Cuando se comete un error, el personal teme que eso se quede en su expediente” un 34% refleja estar en “desacuerdo”, un 33% indiferente y otro 33% “de acuerdo”.

En la dimensión VIII, una frecuencia de 4 profesionales que corresponde al 19%, ha valorado positivamente esta dimensión, el 31,666% (7 profesionales) de forma neutral y el 49,333% (10 profesionales) de forma negativa. Cabe destacar que las preguntas 8 y 12 están formuladas de forma negativa por lo que sus respuestas mayoritarias serán las negativas (muy desacuerdo y desacuerdo) según se observa en tabla adjunta (Tabla 15).

TOTAL DE LA DIMENSIÓN:

TOTAL DE LA DIMENSIÓN	RESPUESTAS POSITIVAS	%	19 %
		Frecuencia	4
	RESPUESTAS NEUTRAS	%	31,666 %
		Frecuencia	7
	RESPUESTAS NEGATIVAS	%	49,333 %
		Frecuencia	10

Tabla 15. Total de la dimensión “Respuesta no punitiva a errores” (Elaboración propia)

IX. Dimensión: Dotación del personal. (Preguntas 2, 5, 7 y 14)

Es la dimensión peor valorada de todo el cuestionario por lo que evidentemente se trata de una oportunidad de mejora.

A la pregunta 2 “ Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo” el 95 % notifican estar en “desacuerdo” reflejando que la carga de trabajo es superior a los profesionales que lo afrontan. La pregunta 5 “No se proporciona la mejor atención porque la jornada es agotadora” un 90 % afirma estar “ de acuerdo” o “ muy de acuerdo”.

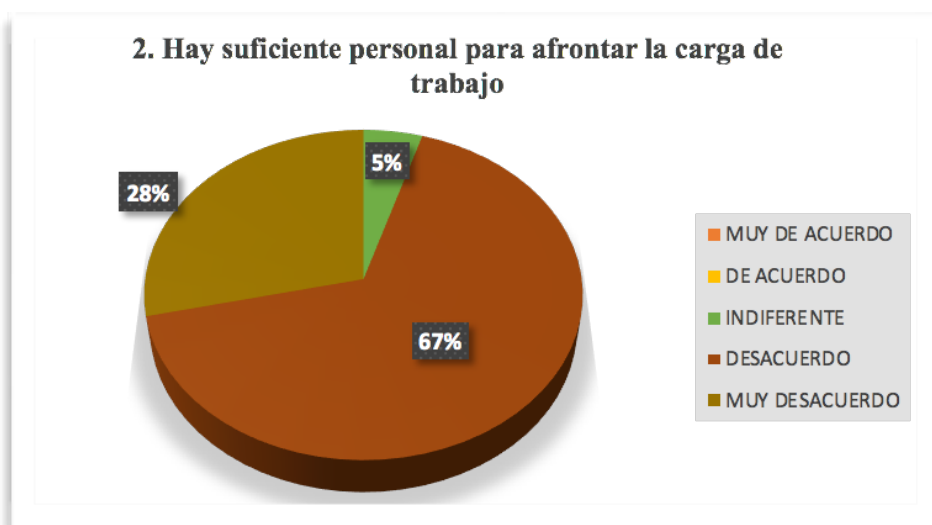


Figura 12. Personal para afrontar la carga de trabajo.
(Elaboración propia)

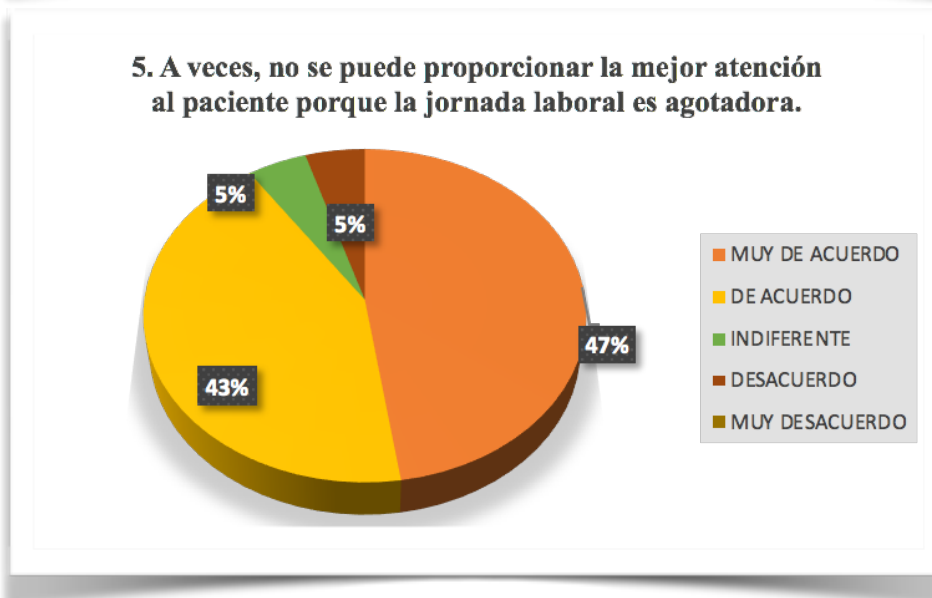


Figura 13. Jornada laboral agotadora.
(Elaboración propia)

A continuación, a la pregunta 7 “No se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal” un 48% notifica estar “de acuerdo” y un 33% no está de acuerdo.

El último aspecto, la pregunta 14 “Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa” un 77% afirma trabajar bajo presión pudiendo comprometer la seguridad del paciente.

En la dimensión IX, una frecuencia de 11 profesionales que corresponde al 53,75%, ha valorado positivamente esta dimensión, el 10,75% (3 profesionales) de forma neutral y el 35,5% (7 profesionales) de forma negativa. Cabe destacar que las preguntas 5 y 7 están formuladas de forma negativa por lo que sus respuestas mayoritarias serán las negativas (muy desacuerdo y desacuerdo) según se observa en tabla adjunta (Tabla 16).

TOTAL DE LA DIMENSIÓN:

TOTAL DE LA DIMENSIÓN	RESPUESTAS POSITIVAS	%	53,75 %
		Frecuencia	11
	RESPUESTAS NEUTRAS	%	10,75 %
		Frecuencia	3
	RESPUESTAS NEGATIVAS	%	35,5 %
		Frecuencia	7

Tabla 16. Total de la dimensión “Dotación del personal” (Elaboración propia)

X. Dimensión: Apoyo de la gerencia de hospital. (Preguntas 23, 30 y 31)

El primer ítem, la pregunta 23 “ La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente” un 43%, refleja indiferencia, un 38 % muestra estar “de acuerdo”. A la pregunta 30, “Si la gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades” un 57 % muestra indiferencia también. Por último, a la pregunta 31 “La gerencia del hospital solo se interesa de la seguridad del paciente si ha ocurrido un evento adverso” un 43% refleja estar “ de acuerdo”

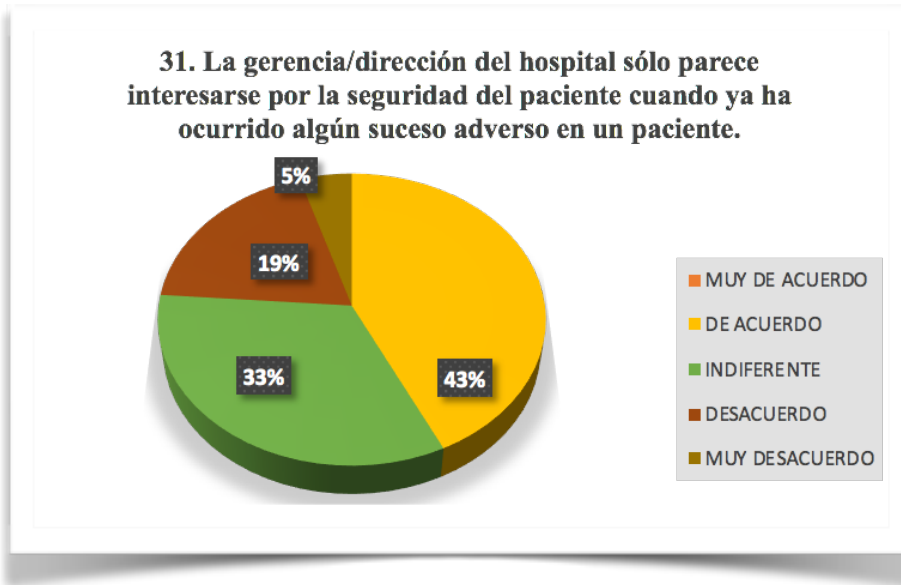


Figura 14. Gerencia del hospital. (Elaboración propia)

En la dimensión X, una frecuencia de 8 profesionales que corresponde al 36,666%, ha valorado positivamente esta dimensión, el 44,333% (9 profesionales) de forma neutral y el 19% (4 profesionales) de forma negativa. Cabe destacar que es la dimensión con más respuestas neutras del cuestionario.

TOTAL DE LA DIMENSIÓN:

TOTAL DE LA DIMENSIÓN	RESPUESTAS POSITIVAS	%	36,666 %
		Frecuencia	8
	RESPUESTAS NEUTRAS	%	44,333 %
		Frecuencia	9
	RESPUESTAS NEGATIVAS	%	19 %
		Frecuencia	4

Tabla 17. Total de la dimensión “Apoyo de la gerencia del hospital” (Elaboración propia)

Para finalizar la tercera parte del cuestionario se basa en dimensiones de **la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital** que se encuentra dividido en dos aspectos que son los siguientes:

XI. Dimensión: Trabajo en equipo entre unidades/servicios. (Preguntas 24, 26, 28 y 32)

Se valora la cooperación que existe entre los diferentes servicios y unidades del hospital.

El primer ítem, la pregunta 24 “Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas” el 48% refiere estar de acuerdo, 33% se muestra indiferente y el 19% refleja no estar “de acuerdo”.

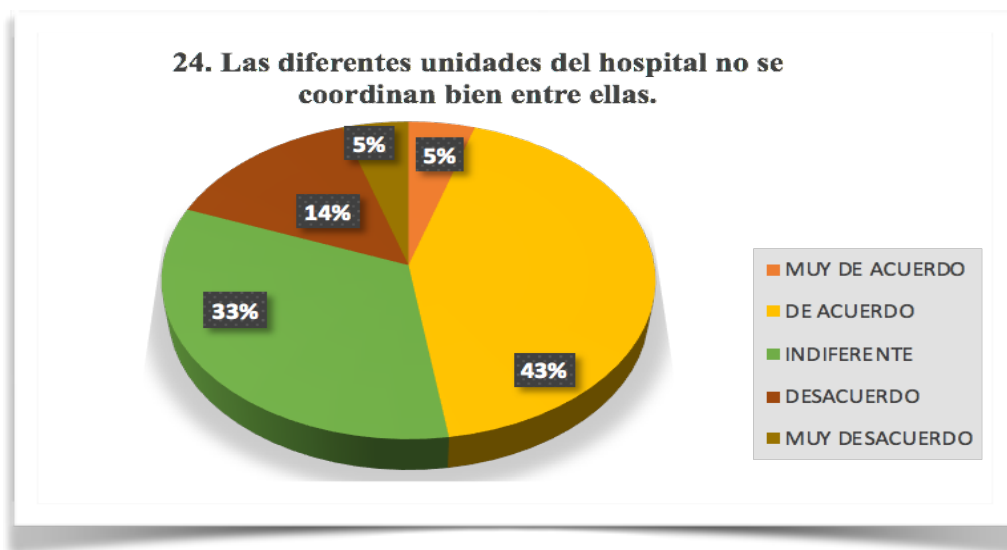


Figura 15. Coordinaciones entre las diferentes unidades. (Elaboración propia)

Respecto al segundo ítem, la pregunta 26 “Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente” un 38 % refiere estar “de acuerdo”, 28 % del personal se ha mostrado indiferente y un 34 % se ha mostrado en “desacuerdo”.

El tercer ítem, la pregunta 28 “Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades” el personal de enfermería ha reflejado con un 48% que no es así, un 38% se ha mostrado indiferente, y un 14% refleja estar “de acuerdo” a que suele resultar incómodo trabajar con personal de otros servicios.

El último ítem, la pregunta 32 “Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible” un 57 % refiere estar de acuerdo, un 33% se ha mostrado indiferente y un 10% en desacuerdo.

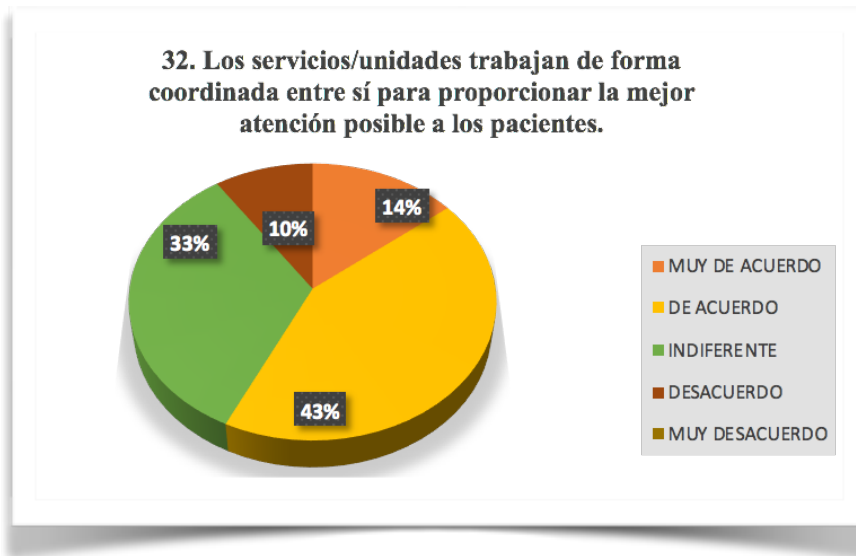


Figura 16. Coordinación entre servicios para una mejor atención. (Elaboración propia)

En la dimensión XI , una frecuencia de 8 profesionales que corresponde al 39,25%, ha valorado positivamente esta dimensión, el 33% (7 profesionales) de forma neutral y el 27,75% (6 profesionales) de forma negativa.

TOTAL DE LA DIMENSIÓN:

TOTAL DE LA DIMENSIÓN	RESPUESTAS POSITIVAS	%	39,25 %
		Frecuencia	8
	RESPUESTAS NEUTRAS	%	33 %
		Frecuencia	7
	RESPUESTAS NEGATIVAS	%	27,75 %
		Frecuencia	6

Tabla 18. Total de la dimensión “Trabajo en equipo entre unidades/servicios” (Elaboración propia)

XII. [Dimensión: Problemas en cambios de turno y transiciones entre unidades/servicios](#) (Preguntas 25, 27, 29 y 33)

En esta dimensión, a la pregunta 25 “La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando ésta se transfiere desde una unidad /servicio a otra” un 38% refiere estar de acuerdo , un 43% se muestra en desacuerdo y un 19% indiferente.

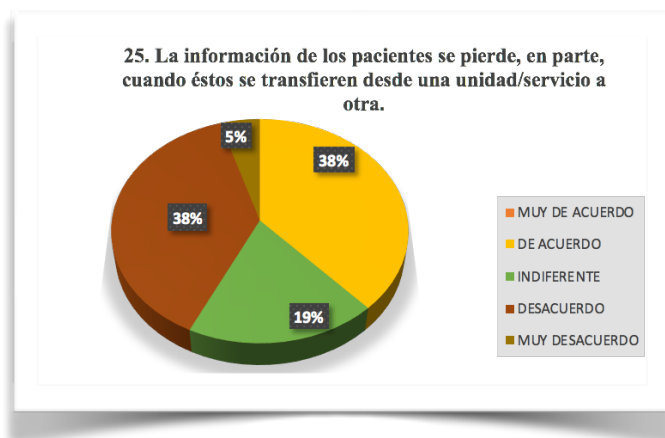


Figura 17. Pérdida de información entre unidades/servicios. (Elaboración propia)

A continuación, a la pregunta 27 “En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente” un 57 % notifica estar en “desacuerdo” o “muy desacuerdo” y un 29% refleja estar “muy de acuerdo” o “de acuerdo”. La pregunta 29 “El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático” un 43% notifica estar de acuerdo, un 43% se muestra en desacuerdo y el resto se han mostrado indiferentes.

Finalmente, a la pregunta 33 “Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno” un 72% refleja que no surgen problemas.

En la dimensión XII , una frecuencia de 7 profesionales que corresponde al 32,25%, ha valorado positivamente esta dimensión, el 14% (3 profesionales) de forma neutral y el 53,75% (11 profesionales) de forma negativa. Cabe destacar que las preguntas están formuladas de forma negativa por lo que sus respuestas mayoritarias serán las negativas (muy desacuerdo y desacuerdo) según se observa en tabla adjunta (Tabla 19).

TOTAL DE LA ADMISIÓN:

TOTAL DE LA DIMENSIÓN	RESPUESTAS POSITIVAS	%	32,25 %
		Frecuencia	7
	RESPUESTAS NEUTRAS	%	14 %
		Frecuencia	3
	RESPUESTAS NEGATIVAS	%	53,75 %
		Frecuencia	11

Tabla 19. Total de la dimensión “Problemas en cambios de turno y transiciones entre unidades/servicios” (Elaboración propia)

Los resultados, junto con sus porcentajes y gráficos se encontrarán en el anexo 3 en el “ Cuaderno de recogida de datos ”.

7. DISCUSIÓN

La medición de la cultura de seguridad en los Servicios de Urgencias españoles es una práctica que se ha ido extendiendo en los últimos años. Por ello hemos considerado la conveniencia de la utilización de este cuestionario para realizar una imagen actual de la cultura de los enfermeros/as del Servicio de Urgencias del Hospital de Sagunto de manera que se puedan identificar las debilidades para establecer una serie de recomendaciones dirigidas a la mejora de la seguridad del paciente. La existencia de otros estudios que han utilizado este mismo cuestionario como Conamed, el Ministerio de Sanidad y Política Social, Valera Espiñeira, S. y Roqueta, F, nos permite saber si los resultados de nuestro colectivo difieren de los demás.

Como líneas de trabajo para futuras investigaciones, estimamos que resultaría conveniente la elaboración de una base de datos de ámbito nacional que, al modo de lo que propicia la AHRQ con sus informes periódicos, nos permita comparar nuestros resultados, pero con centros sanitarios con características más similares a las nuestras. En el ámbito local sería recomendable realizar evaluaciones periódicas de la cultura de seguridad de pacientes para valorar la efectividad de los cambios introducidos. Del mismo modo resultaría conveniente incrementar el número de participantes para poder valorar la existencia de diferencias significativas a nivel de unidad clínica en nuestra área sanitaria.

En base a una muestra representativa de 21 enfermeros/as del Servicio de Urgencias del Hospital de Sagunto, hemos realizado un estudio descriptivo del clima sobre la seguridad en el ámbito hospitalario y un análisis de los factores socio-laborales utilizando el cuestionario sobre cultura de seguridad en el ámbito hospitalario de la AHRQ adaptado a nuestro idioma y contexto. El sesgo de no respuesta es la principal limitación de las investigaciones realizadas con cuestionarios autoadministrados.

En el cuestionario, el 100% respondieron que tienen contacto directo con los pacientes en su trabajo y realizando el análisis comparativo de las respuestas de otros estudios no hemos encontrado diferencias significativas por lo que podemos afirmar que el personal sanitario, en este caso enfermería, está a disposición de las necesidades del paciente durante toda la jornada y tiene un contacto directo con ellos. De igual manera, la inmensa mayoría trabaja entre 35-40 horas semanales obteniéndose variabilidad en las respuestas por lo que puedo afirmar que los profesionales de enfermería no saben con exactitud las horas que trabajan a la semana, pero si que un 90% (19 enfermeros/as) afirman que la jornada laboral es agotadora y que muchas veces no se puede proporcionar la mejor atención, por lo que se puede ver alterada la seguridad del paciente y este puede ser un punto de mejora. Respecto a la encuesta de Valera Espiñeira, S. podemos observar que los porcentajes más elevados son los mismos que en nuestro cuestionario (35h y 40h respectivamente).

Respecto a la calificación global del grado de seguridad, en nuestro estudio hemos obtenido una puntuación media de 7,28, mientras que en los trabajos con los que los hemos comparado la calificación ha sido de 6,8 (en el de Valera Espiñeira, S.); de 6,1 en el de Roqueta, F; y de 6,8 en Conamed. Esta puntuación nos hace pensar que existen numerosas mejoras que se podrían realizar buscando una calidad asistencial excelente para mejorar la seguridad del paciente en el servicio de Urgencias.

En cuanto a la notificación de errores, en nuestros resultados se observa que un 76% de los encuestados refiere no haber notificado ningún evento adverso para el paciente en el último año, un 14% han notificado dos errores, un 5% ha notificado 3 errores y el restante ha notificado 10 errores existiendo una gran diferencia con el resto de respuestas obtenidas. En comparación con el estudio de Valera Espiñeira, S. obtenemos una similitud en que fueron notificados entre 0-3 errores ; en el cuestionario de Conamed obtenemos que la notificación de errores no se ha tenido en cuenta el último año sino que ha tenido en cuenta toda la formación del profesional por lo que no podemos obtener comparación con este estudio; y por último, en la encuesta del Ministerio se obtuvo que un 95% refiere haber notificado menos de dos errores.

Dentro de las fortalezas y debilidades identificadas y siguiendo los criterios de clasificación propuestos por la AHRQ, no aparece globalmente como fortaleza ninguna de las dimensiones que mide la encuesta; si bien destacan por el porcentaje global de respuestas con carácter positivo una de ellas: “Trabajo en equipo” con un 80,75%. Respecto al cuestionario de Conamed, el porcentaje global de respuestas positivas en este aspecto es de 66% y en el de Valera Espiñeira, S. es de 81%.

La información obtenida en cuanto a ítems específicos señala como fortalezas solo 4 de los 42 ítems que indaga el cuestionario:

Respecto a dimensión «Trabajo en equipo dentro de la Unidad/Servicio» y el ítem “El personal se apoya mutuamente” existe un 76% de respuestas positivas un valor elevado, pero a su vez inferior al porcentaje del cuestionario de Valera Espiñeira, S. que refleja un total de 96,55%. El ítem “Cuando tenemos mucho trabajo colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo” existe un 80% de respuestas positivas un porcentaje similar al otro cuestionario por lo que entendemos que existe en ambos hospitales del servicio de Urgencias una buena cooperación por parte de todos profesionales que constituyen el equipo de enfermería con la finalidad de proporcionar una atención de calidad y realizar los mejores cuidados al paciente.

Por otro lado, en cuanto a la dimensión «Aprendizaje organizacional/mejora continua» destaca el ítem “Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente, se llevan a cabo las medidas apropiadas

para evitar que ocurra de nuevo” donde existe un 80% de respuestas positivas, más elevado que el porcentaje de la encuesta de Valera Espiñeira, S. que refleja un 68,97%.

La tercera y última dimensión con mas respuestas positivas es «Percepción de la seguridad» donde el ítem “Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia” presenta un 95% de respuestas positivas, un porcentaje muy elevado en comparación con otros cuestionarios de otros Servicios de Urgencias.

En relación a las debilidades, se centran sobre todo en las dimensiones «Dotación de personal», «Trabajo en equipo entre Unidades o Servicios», y «Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades». De ellas destaca «Dotación de personal», de la que se obtienen las mayores respuestas con carácter negativo y por lo tanto claramente está identificada como una de las debilidades que presenta el servicio y que pueden comprometer a la seguridad del paciente. Los datos que hemos obtenido a través de las encuestas indican que no existe suficiente personal para afrontar la carga de trabajo, que muchas veces no proporcionan la mejor atención porque la jornada es agotadora, que trabajan bajo presión para realizar las cosas demasiado deprisa y que debido a la existencia de números sustitutos temporales no se presta la mejor atención. Comparándolo con otros estudios como el del Ministerio de Sanidad y Política Social y Valera Espiñeira, S. observamos que no existen diferencias significativas y que nuestros porcentajes en algunos ítems son incluso más elevados.

También cabe destacar la gran cantidad de respuestas “Indiferentes” que existe en la dimensión «Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente», siendo el porcentaje total de respuestas neutras de la dimensión de 44,333%, un valor bastante elevado. Dentro de la dimensión, cabe destacar que un 43% refleja que la gerencia del hospital se interesa de la seguridad del paciente si ha ocurrido un evento adverso al paciente, por lo que se aprecia que no existe un buen funcionamiento y que su poca implicación dentro del tema puede comprometer la seguridad del paciente y con ello aumentar los costes. Otro de los ítems destacables dentro de la dimensión es “La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades” donde un 57% muestran indiferencia por lo que no podemos valorar si es una de sus prioridades o no. En relación a otros estudios como el de Valera Espiñeira, S. observamos que no existe un porcentaje tan elevado de “indiferencia” por lo que se puede evaluar si la gerencia del hospital actúa correctamente a diferencia de nuestro caso, pero si que existe una igualdad bastante significativa en el porcentaje del ítem “La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades”. Los profesionales no parecen estar de acuerdo en si la gerencia solo se interesa de la seguridad del paciente cuando ha ocurrido un afecto adverso o

de manera continuada por lo que resulta también difícil valorarlo. Respecto al cuestionario de Conamed, refleja que el porcentaje de respuestas positivas supera al de negativas, algo que permite evaluar favorablemente la actuación de la gerencia del hospital en este tema.

Otra de las dimensiones a comparar es si la supervisión del Servicio actúa correctamente favoreciendo la seguridad del paciente. En nuestro cuestionario hemos obtenido un total de 47,75% de respuestas positivas, destacando dentro de la misma el ítem mejor evaluado “La supervisión no pasa por alto los problemas relacionados con la seguridad del paciente que ocurren habitualmente”. Respecto al cuestionario de Valera Espiñeira, S. observamos que el porcentaje de respuestas positivas de esta dimensión es más elevado (70,70%) por lo que la supervisión de su hospital actúa, respecto a la opinión de los enfermeros, de manera más adecuada que en nuestro hospital a estudio, por lo que puede considerarse una debilidad y un punto de mejora del servicio.

Por lo que observamos de otros estudios, lo que está fallando en nuestro Servicio de Urgencias es similar a otras unidades de diversos hospitales de España. De este modo, obtenemos un conjunto de aspectos en los que tendremos que actuar, esforzándonos por diseñar estrategias específicas encaminadas a estudiar y valorar las acciones de mejora más oportunas en estas áreas. En general, se recomienda fomentar la creación y mantenimiento de una cultura de seguridad en el hospital.

8. CONCLUSIONES

El cuestionario AHRQ, adaptado a nuestro idioma y contexto, está contribuyendo a difundir la cultura de seguridad entre los profesionales de los SUH y ha permitido realizar una aproximación al conocimiento de la situación de la seguridad del paciente para poder establecer estrategias específicas de mejora. El conocimiento y la sensibilización de los profesionales facilitará prevenir lo fácilmente evitable así como seguir investigando acerca de la eficacia y efectividad de las medidas de prevención de los EA. La difusión de guías de práctica clínica, de recomendaciones basadas en la evidencia y de buenas prácticas debe ser una línea estratégica prioritaria de la política sanitaria y su aplicación a la práctica clínica, una responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Respecto a la tasa de respuesta de nuestro cuestionario fue de un 95,45% y los resultados obtenidos, junto con la comparación con otros estudios, nos ha permitido identificar las principales estrategias del servicio.

Inicialmente se encuentra la priorización en el ámbito de las unidades clínicas una gestión eficiente y racional de los recursos humanos de los que dispone, de forma que el eventual incremento en las cargas de trabajo no comprometa la seguridad de pacientes. A continuación, otra estrategia de mejora es incentivar la cultura no punitiva del incidente de seguridad, propiciando que se hable libremente de los posibles errores sin temor a las consecuencias, favoreciendo la notificación y discusión de los mismos. Por otro lado, potenciar el apoyo de la gerencia del centro a las políticas de seguridad del paciente es la principal estrategia de mejora debido a que compone la tasa más elevada de respuestas “indiferentes” y donde un porcentaje elevado de profesionales reflejaron que la gerencia solo se interesa de la seguridad del paciente si ha ocurrido un evento adverso, reflejando así, la no existencia de una buena cultura de seguridad desde el punto de vista de la prevención aumentando la probabilidad de que ocurra un evento adverso. Además, potenciar la responsabilidad compartida en la atención que prestamos a nuestros ciudadanos, mejorando la coordinación y comunicación entre las unidades y servicios, observando en nuestro cuestionario una semejanza entre las respuestas positivas y negativas respecto a esta dimensión.

Respecto a si la supervisión/dirección del servicio actúa correctamente, podemos concluir que la supervisión muestra su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos que comprometen la seguridad del paciente y que no pasa por altos los problemas de seguridad que ocurren. Por otro lado, un 95% plasmaron que nuestros procedimientos y medios de trabajos eran buenos para evitar errores en la asistencia reduciendo al mínimo la probabilidad de que el paciente sufra un evento adverso y se comprometa su seguridad.

Por último, otra de las dimensiones a tratar y que requiere gran importancia es la prestación de una atención prioritaria a la racionalidad de la dotación, organización del personal y los ritmos de trabajo a que se puedan ver sometidos. En este ámbito, se percibe la existencia de debilidades u oportunidades de mejora. De modo semejante a otros estudios, los enfermeros reflejan con un 95% que la carga de trabajo que afrontan es superior a los enfermeros que lo afrontan por lo que considero que esto puede perjudicar al paciente y a su seguridad y que se deberían tomar medidas tales como: el aumento de los profesionales de enfermería por turno y contratar refuerzos para los días de más flujo de pacientes como vacaciones y festivos. El último aspecto a valorar en esta dimensión es el tipo de jornada a la que se enfrentan los profesionales de enfermería, donde un 90% del personal afirma que la jornada es agotadora y que no pueden prestar una atención de calidad ocasionando, en algunas ocasiones, eventos adversos que comprometen la seguridad del paciente y que, a su vez, pueden ocasionar un aumento en los costes del servicio. Estos resultados, junto con la comparación de otros estudios, nos orienta a implementar en los equipos de urgencias programas encaminados a mejorar la seguridad del paciente en el servicio.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Carballo Cardona C. Triage avanzado: Es la hora de dar un paso adelante. *Emergencias*. 2015;27(5):332–5.
2. Navarra D del PD del pueblo AS de G de CV do PD del CAEJ de AS de G de la CVP del C de C y LD del. Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud : derechos y garantías de los pacientes. Informe Def del pueblo [Internet]. 2015;92. Available from: http://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/monografico/Documentacion/SUH_Estudio.pdf
3. José C, Gázquez J, M^a L, Carmen D, M^a P-F, Mar D, et al. Investigación en salud y envejecimiento Volumen II. [cited 2018 May 7]; Available from: <https://www.formacionasunivep.com/files/publicaciones/investigacion-salud-vol2.pdf>
4. Salas Medina P. ¿Qué sabemos del sistema sanitario de urgencias? 2017 [cited 2018 Apr 24];19. Available from: https://aulavirtual.uji.es/pluginfile.php/4110046/mod_resource/content/1/T1-URG-Generalidades en los cuidados de enfermería en urgencias y emergencias.pdf
5. Pinzón Basto EA, Sierra Pabón BY. “CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA. 2015;85.
6. Sánchez Romero S. Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Médico-Quirúrgico de Ján. *Rev Enfermería del Trab* [Internet]. 2014;4(4):115–25. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5213004&info=resumen&idioma=ENG>
7. Jones A, Johnstone MJ, Duke M. “Hands-on” assessment: A useful strategy for improving patient safety in emergency departments. *Australas Emerg Nurs J* [Internet]. 2015;18(4):212–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aenj.2015.07.002>
8. Sanidad M de. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. 2015 [cited 2018 Apr 24];128. Available from: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia_Seguridad_del_Paciente_2015-2020.pdf?cdnv=2
9. Montes YMH, Alonso JV, Jiménez CMG, Lopera EL, Chamizo RL, Bejarano JAF. Cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias del Sistema Andaluz de Salud. *Rev CONAMED* [Internet]. 2015 Apr 28 [cited 2018 Apr 24];18(4). Available from: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/124/429>

10. Estepa del Árbol M, Moyano Espadero M. C, Pérez Blancas C, Crespo Montero R. Enfermería Nefrológica. [Internet]. Vol. 19, Enfermería Nefrológica. S.E.D.E.N; 2016 [cited 2018 Apr 24]. 63-75 p. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000100008
11. Gutiérrez Barrios CL, Ríos Quispe KM. CARGA LABORAL DE LA ENFERMERA Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. 2017;93.
12. Paranaguá TT de B, Braga Q de P, Bezerra ALQ, Bauer de Camargo e Silva AE, Azevedo Filho FM de, Gomes de Sousa MR. Eventos adversos: instrumento de gerencia de la asistencia para la seguridad del paciente en el servicio de urgencias. [Internet]. Vol. 13, Enfermería Global. Servicio de Publicaciones, Universidad de Murcia; 2014 [cited 2018 Apr 24]. 206-218 p. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200010
13. Coello PR. ERRORES DE MEDICACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. 2015 [cited 2018 Apr 24];46. Available from: https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2245/ERRORES_DE_MEDICACION_EN_LOS_SERVICIOS_DE_URGENCIAS_HOSPITALARIAS_Y_LA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf?sequence=1
14. Ruiperez TH, Costa CL, Martínez MDA, Pérez BG, López D, Agea JL. Evidence of the validity of the Emergency Severity Index for triage in a general hospital emergency department. *Emergencias*. 2015;27(5):301–6.
15. Pinzón Quezada EF. ROL DE LA ENFERMERA EN EL TRIAJE DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL PADRE CAROLO UN CANTO A LA VIDA DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL 2016. 2017;62.
16. D'infermeria G, Saliatti JM, González González E. ESCOLES UNIVERSITÀRIES GIMBERNAT. 2016 [cited 2018 May 7];30. Available from: [http://eugdSPACE.eug.es/xmlui/bitstream/handle/123456789/374/Efectividad del triaje realizado por enfermeras para reducir la saturación en urgencias hospitalarias.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://eugdSPACE.eug.es/xmlui/bitstream/handle/123456789/374/Efectividad_del_triaje_realizado_por_enfermeras_para_reducir_la_saturación_en_urgencias_hospitalarias.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
17. González-Cabrera J, Fernández-Prada M, Molina Ruano R, Trujillo H, Peinado JM. Diseño y validación del cuestionario breve de seguridad del paciente para los servicios de urgencias: La visión del paciente. *Emergencias*. 2014;26(4):275–80.
18. Vecina ST., Gimena I. Patient safety in emergency care [La seguridad del paciente en urgencias y emergencias]. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2010;33(SUPP1):131–48. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-79953827975&partnerID=40&md5=e99d6d084122576f4fe1f16fb7e95be6>

19. Rojas Martínez W, Barajas Lizarazo MA. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de urgencias. 2012. p. 23.
20. Sagunto H de. Encuesta de opinión del paciente en urgencias (comparativa 2013-2016). 2016;12.
21. De E, Del O. Servicio de Urgencias – Hospital de Sagunto. 2015 [cited 2018 May 7]; Available from: [http://www.dep4.san.gva.es/contenidos/urg/reserv/archivos/encuestas_profesional/Encuesta de opinión del profesional en urgencias \(2015\).pdf](http://www.dep4.san.gva.es/contenidos/urg/reserv/archivos/encuestas_profesional/Encuesta_de_opinion_del_profesional_en_urgencias_(2015).pdf)
22. Sagunto H de. Memoria de actividad del Servicio de Urgencias Generales. 2017 [cited 2018 Apr 24];46. Available from: <http://www.dep4.san.gva.es/contenidos/urg/urg.aspx>

10. ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado (Elaboración propia)

TITULO del Proyecto:

“.....
.....”

(Este documento se firmará por duplicado quedándose copia el investigador y otra el paciente)

Yo,.....,

He leído la hoja de información al paciente que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: (Nombre Investigador).....
.....

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que ello repercuta en mis cuidados médicos.

Y, por lo tanto, presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha:

Firma del participante:

Firma del investigador:

Firma del cuidador/familiar*:

* Sólo en caso de que el paciente no pueda firmar el consentimiento informado.

Anexo 2. Compromiso investigador principal (Elaboración propia)

D/ D^a

Servicio: Urgencias

HACE CONSTAR:

Que conoce y acepta participar como investigador principal en el estudio titulado “La seguridad del paciente en el contexto de urgencias del Hospital de Sagunto”.

Que se compromete a que cada sujeto sea tratado y controlado siguiendo lo establecido en el protocolo autoriza por el Comité Ético de Investigación y de acuerdo con las normas de BUENA PRÁCTICA CLÍNICA Y DECLARACIÓN DE HELSINKY.

Que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo el proyecto de investigación, sin que ello interfiera en la realización de otro tipo de estudios ni en otras tareas que habitualmente tiene encomendadas.

En A de del 2018

Firmado:

D/D^a

.....

Investigador Principal

CRD

Cuaderno de recogida de datos

A. RESULTADOS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

- **Dimensión 1:** Frecuencia de eventos notificados.
- **Dimensión 2:** Percepción de seguridad.

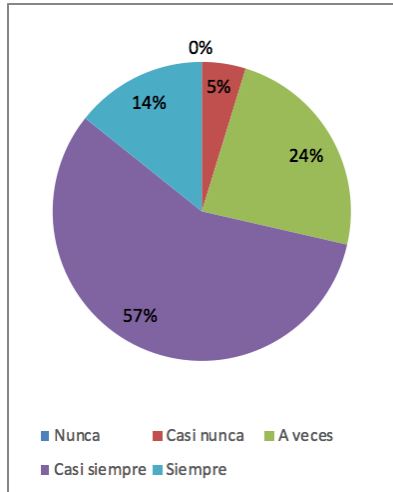
B. CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDAD/SERVICIO

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

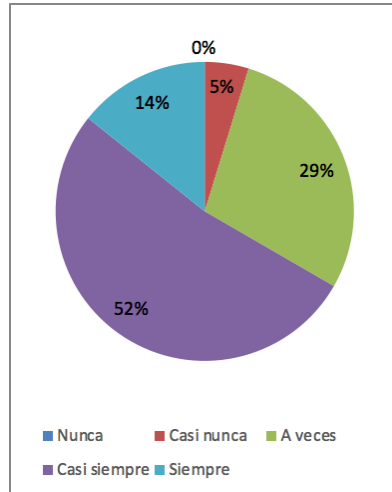
C. CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL.

- **Dimensión 11:** Trabajo en equipo entre unidades.
- **Dimensión 12:** Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades.

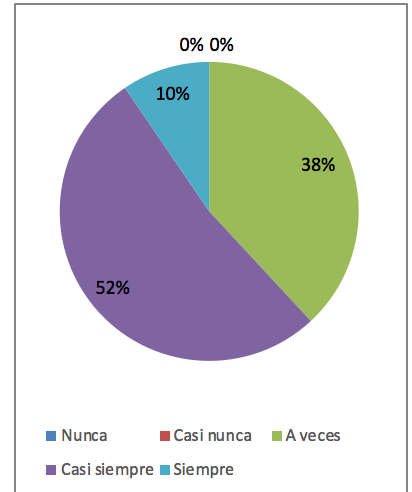
A.1 PREGUNTA 40.



PREGUNTA 41.



PREGUNTA 42



A.2.

PREGUNTA 10.



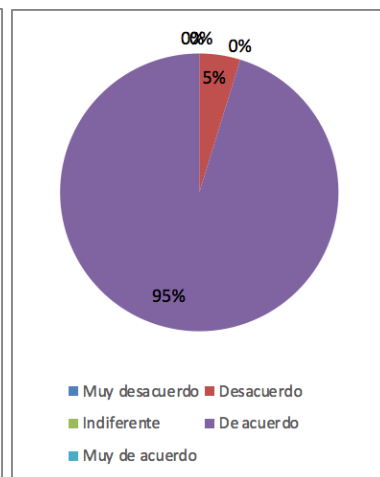
PREGUNTA 15.



PREGUNTA 17



PREGUNTA 18.

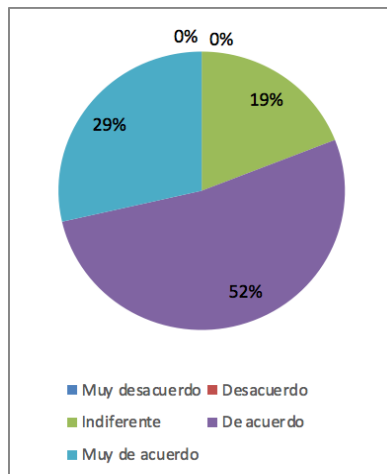


B.3.

PREGUNTA 19



PREGUNTA 20



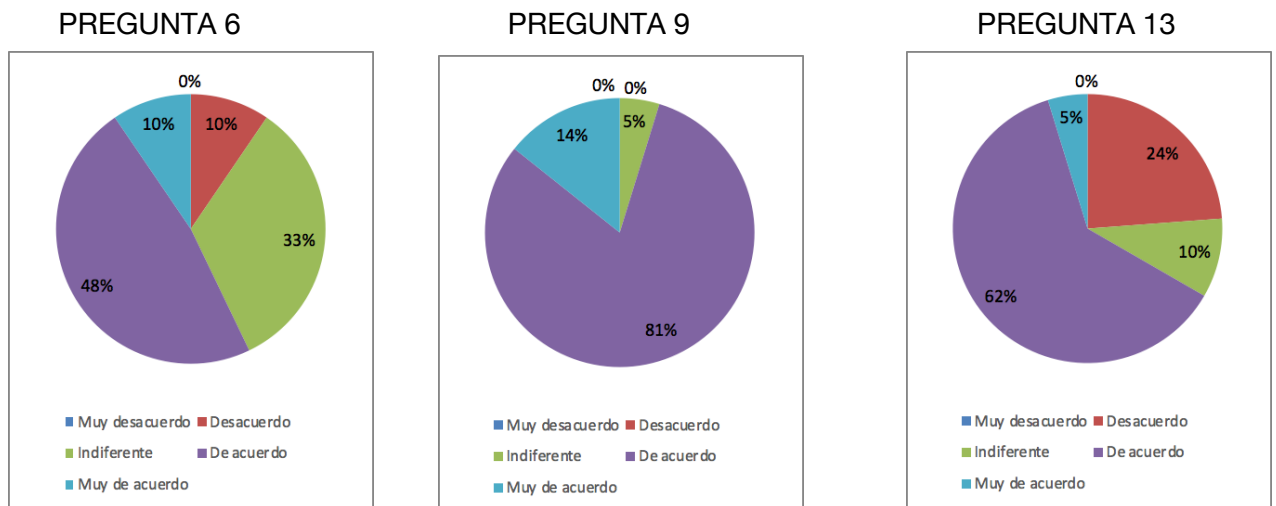
PREGUNTA 21



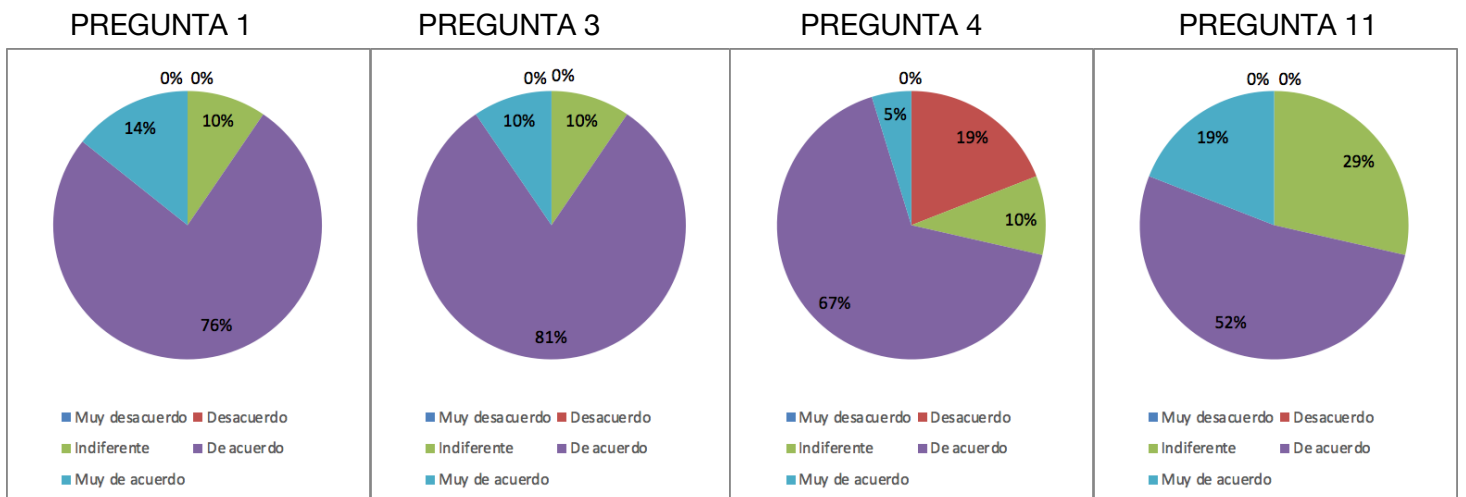
PREGUNTA 22



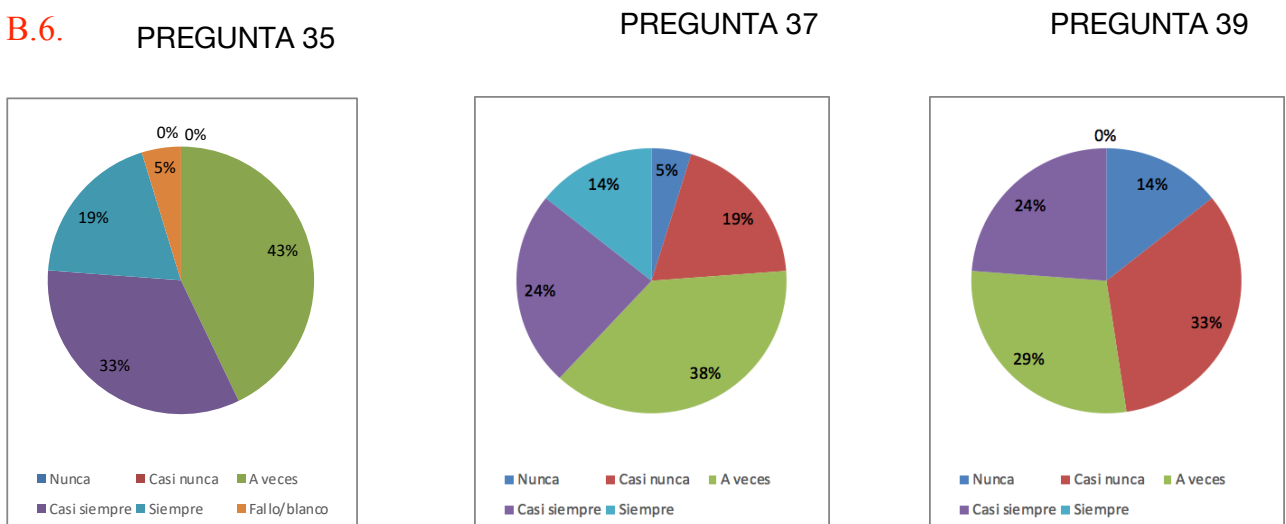
B.4.



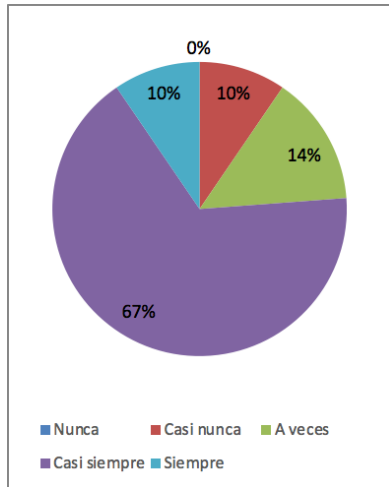
B.5.



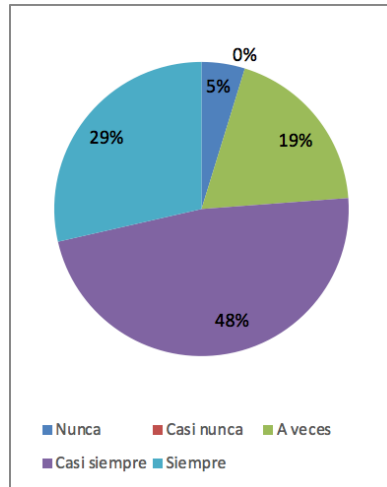
B.6.



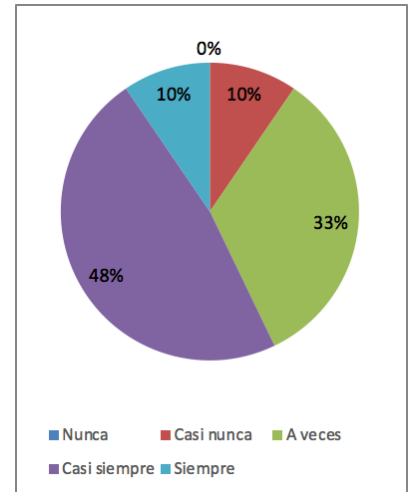
B.7. PREGUNTA 34



PREGUNTA 36



PREGUNTA 38



B.8.

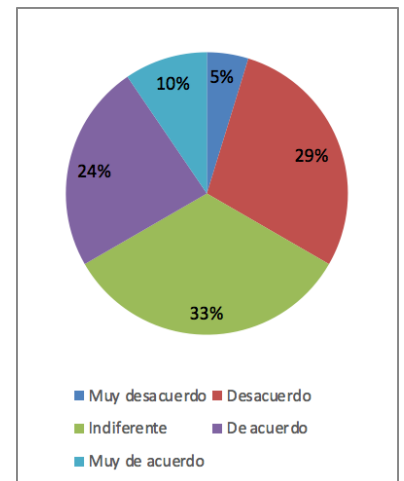
PREGUNTA 8



PREGUNTA 12



PREGUNTA 16

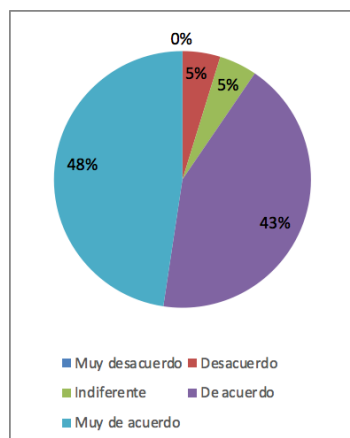


B.9.

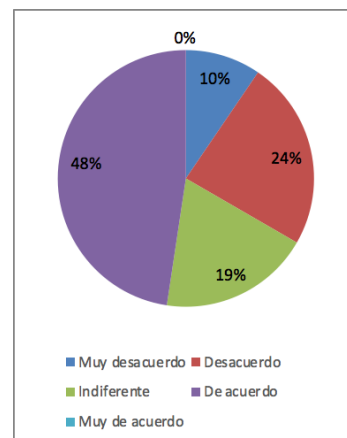
PREGUNTA 2



PREGUNTA 5



PREGUNTA 7

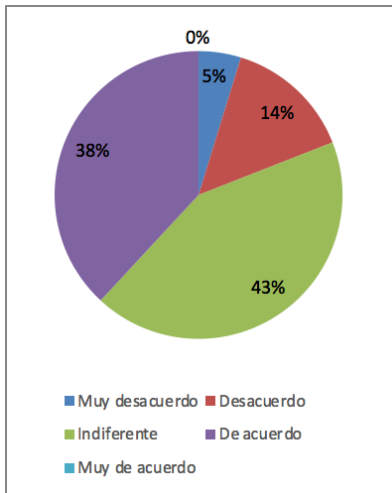


PREGUNTA 14

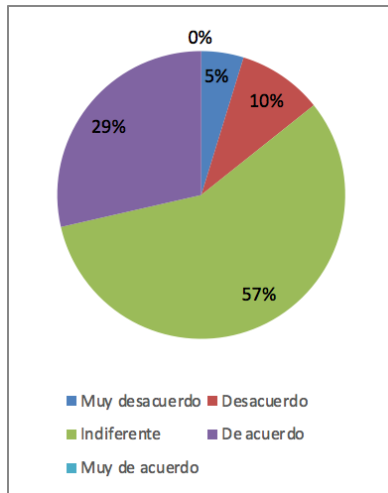


B.10.

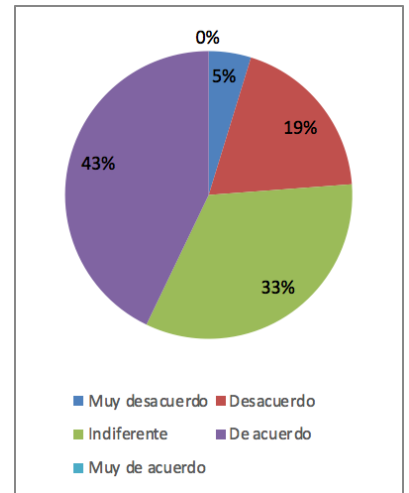
PREGUNTA 23



PREGUNTA 30



PREGUNTA 31



C.11.

PREGUNTA 24



PREGUNTA 26



PREGUNTA 28



PREGUNTA 32



C.12.

PREGUNTA 25



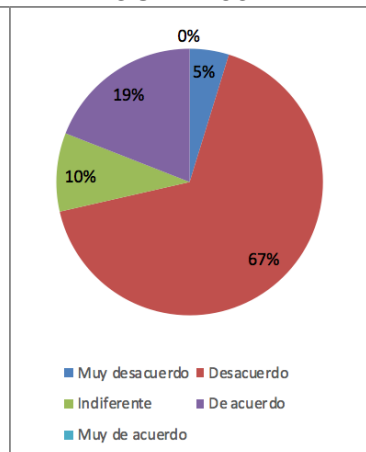
PREGUNTA 27



PREGUNTA 29



PREGUNTA 33



Anexo 4. Cuestionario sobre la cultura de seguridad del paciente.

Título del Proyecto: **SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL CONTEXTO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE SAGUNTO.**

La presente investigación corresponde al Trabajo Fin De Grado en Ciencias de la Salud perteneciente a la Universidad Jaume I.

La legislación vigente establece que la participación de toda persona en un proyecto de investigación y/o experimentación requerirá una previa y suficiente información sobre el mismo y la prestación del correspondiente consentimiento. A tal efecto, a continuación se detallan los objetivos y características del proyecto de investigación, como requisito previo a la obtención del consentimiento que habilita para la colaboración voluntaria en el proyecto:

- 1) **JUSTIFICACIÓN:** El derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española, impone a los poderes públicos el deber de organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Estas medidas incluyen acciones dirigidas a preservar la salud pública de la población y evitar los riesgos asociados a la propia asistencia sanitaria minimizando riesgos y Efectos Adversos (EA) y promocionando la Seguridad del Paciente (SP). En este sentido, Los primeros estudios con repercusión sobre la seguridad del paciente los ofrece el Instituto Americano de Medicina con la publicación del informe “To Err is Human: Building a Safer Health System” en el año 1999.

2) **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

OBJETIVOS GENERALES

- Evaluar la cultura de seguridad del paciente en el servicio de Urgencias del Hospital de Sagunto.
- Identificar sucesos adversos del servicio de urgencias, incluyendo incidentes que no ocasionan daño como eventos adversos que ocasionan daño para el paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar qué factores contribuyen a la aparición de EA y/o incidentes relacionados con la calidad asistencial.
- Implementar en los equipos de urgencias programas encaminados a mejorar la seguridad del paciente.
- Implementar los sistemas de registro y notificación de incidentes y/o eventos adversos entre el personal del servicio.
- Mejorar la Cultura de la Seguridad del Paciente a partir del análisis y discusión de los datos obtenidos.

- 3) **DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:** Este estudio se trata de un estudio descriptivo observacional de corte transversal por lo que dispondremos de un cuestionario sobre la SEGURIDAD DEL PACIENTE, herramienta autoadministrada válida y fiable, que adapta al contexto español la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality(AHRQ) de Estados Unidos como resultado de la cooperación entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia.
- 4) **POSIBLES BENEFICIOS:** Conocer los puntos débiles de este servicio y mejorarlos con el fin de promover la seguridad del paciente y evitar afectos adversos.
- 5) **POSIBLES INCOMODIDADES Y/O RIESGOS DERIVADOS DEL ESTUDIO:** ninguno.
- 6) **PREGUNTAS E INFORMACIÓN:** cualquier duda al respecto será solucionada en la siguiente dirección de email: al316179@uji.es
- 7) **PROTECCIÓN DE DATOS:** Este proyecto requiere la utilización y manejo de datos de carácter personal que, en todo caso, serán tratados con las exigencias requeridas por la legislación de protección de datos vigente garantizando la confidencialidad de los mismos. En ningún caso los datos personales aparecerán en el estudio y serán custodiados por el equipo investigador, al igual que los datos incluidos en la presente autorización.

La participación en este proyecto de investigación es VOLUNTARIA.

Y para que conste por escrito a efectos de información de los encuestados y de sus representantes legales, se formula y entrega la presente hoja informativa.

En Sagunto a 8 de Febrero de 2018.

FIRMA DEL PROFESIONAL



AUTORA: MIRIAM BACAS CASAS

CURSO: 2017/2018

Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente

Sección A: Su Servicio/Unidad

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

1. El personal se apoya mutuamente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
10. No se producen más fallos por casualidad.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo

19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

Sección B: Su Hospital

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

23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando 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.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
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.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE

Sección D: Información complementaria

43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.	
44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?	En el año ...
45. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital?	En el año...
46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?	En el año....
47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital? horas/semanas
48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?incidentes
49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?	1 <input type="checkbox"/> SI 2 <input type="checkbox"/> NO
50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta.	
1 <input type="checkbox"/> Anestesiología/Reanimación	12 <input type="checkbox"/> Pediatría
2 <input type="checkbox"/> Cirugía	13 <input type="checkbox"/> Radiología
3 <input type="checkbox"/> Diversas Unidades	14 <input type="checkbox"/> Rehabilitación
4 <input type="checkbox"/> Farmacia	15 <input type="checkbox"/> Salud Mental/Psiquiatría
5 <input type="checkbox"/> Laboratorio	16 <input type="checkbox"/> Servicio de Urgencias
6 <input type="checkbox"/> Medicina Interna	17 <input type="checkbox"/> UCI (cualquier tipo)
7 <input type="checkbox"/> Obstetricia y Ginecología	18 <input type="checkbox"/> Neurología
8 <input type="checkbox"/> Admisión	19 <input type="checkbox"/> Traumatología
9 <input type="checkbox"/> Nefrología	20 <input type="checkbox"/> Hemodiálisis
10 <input type="checkbox"/> Urología	21 <input type="checkbox"/> Medicina nuclear
11 <input type="checkbox"/> Oncología	22 <input type="checkbox"/> Otro, por favor, especifique:.....
51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad . Marque una sola respuesta.	
1 <input type="checkbox"/> Gerencia/Dirección	7 <input type="checkbox"/> Farmacéutico Residente
2 <input type="checkbox"/> Administración	8 <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta
3 <input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermería	9 <input type="checkbox"/> Médico
4 <input type="checkbox"/> Dietista	10 <input type="checkbox"/> Médico Residente
5 <input type="checkbox"/> Enfermero(a)	11 <input type="checkbox"/> Técnico (por ejemplo EKG, Laboratorio, Radiología)
6 <input type="checkbox"/> Farmacéutico/a	12 <input type="checkbox"/> Otro, por favor, especifique:.....

52. ¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN