Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

Cultura de seguridad del paciente en Enfermeras de Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales

Adrielle dos Santos Silva

Mayo de 2021

Trabajo Fin De Master

Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

Cultura de seguridad del paciente en Enfermeras de Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales

Trabajo Fin De Master

Adrielle dos Santos Silva

Autora

Sara Franco Correia

Tutora

RESUMEN

Objetivo: Conocer la percepción sobre la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras de las unidades de cuidados intensivos neonatal y pediátrico del Hospital Universitario Central de Asturias. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo transversal, realizado mediante encuesta autocumplimentada. Se utilizó como herramienta de medición el Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes la versión española del *Hospital Survey on Patient Safety*. El estudio se llevó a cabo en las unidades de cuidados críticos pediátricos y neonatal del HUCA durante el mes de marzo de 2021. Se analizaron las respuestas de las 42 preguntas que contiene la encuesta y que están estructuradas en 12 dimensiones que valoran diferentes aspectos de la cultura de seguridad del paciente, además se recogió informaciones sobre la calificación global del clima de seguridad, el número de eventos adversos notificados en el último año y datos socio profesionales de las encuestadas. **Resultados:** Participaron del estudio un total de 40 enfermeras, mayoritariamente del sexo femenino (94%) y con más de 6 años de experiencia laboral. Se obtuvo una tasa de repuesta de 81,6%. Las dimensiones valoradas como fortaleza fueron "Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio" (89,3%) y "Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad" (88,6%). Las dimensiones peores valoradas fueron "Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente", "Trabajo en equipo entre unidades" y "Dotación de personal" que juntas comportan cerca de 50% de las respuestas negativas. La calificación global media del clima de seguridad fue de 8,06. El 89,19% de los participantes respondió que no habían reportado ningún incidente en los últimos 12 meses. **Conclusión:** La mayoría de las enfermeras calificaron el clima de seguridad como aceptable o muy bueno. Las enfermeras con más edad, más experiencia laboral y tiempo en las unidades fueron más positivas en la apreciación del clima de seguridad. La subnotificación es una realidad para las encuestadas. Se sugiere mejora en las áreas más débiles para incrementar la cultura de seguridad del paciente.

Palabras clave: Seguridad del Paciente; Calidad de la Atención de Salud; Cultura Organizacional; Administración de la Seguridad; Enfermeras Pediátricas; Enfermeras Neonatales; Unidades de Cuidados Intensivos.

RESUMO

Objetivo: Conhecer a percepção sobre a cultura de segurança do paciente das enfermeiras das unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica do Hospital Universitário Central de Astúrias (HUCA). **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo transversal, mediante questionário de autopreenchimento. Utilizou-se como instrumento de medição o "Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes" que corresponde à versão em espanhol do *Hospital Survey on Patient Safety*. O estudo foi realizado nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal do HUCA em março de 2021. Foram analisadas as respostas às 42 questões contidas no questionário que estão estruturadas em 12 dimensões que avaliam diferentes aspectos da cultura de segurança do paciente, também foram coletadas informações sobre a classificação geral do clima de segurança, o número de eventos adversos notificados no último ano e dados sócio profissional das participantes. **Resultados:** Participaram do estudo 40 enfermeiras, em sua maioria do sexo feminino (94%) e com mais de 6 anos de experiência profissional. Obteve-se uma taxa de resposta de 81,6%. As dimensões avaliadas como forte foram "Trabalho em equipe na unidade/serviço" (89,3%) e "Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviços que favoreçam a segurança" (88,6%). As dimensões com pior avaliação foram "Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente", "Trabalho em equipe entre unidades" e "Dimensionamento de pessoal" que juntas, representam cerca de 50% das respostas negativas. A média geral da qualificação do clima de segurança do paciente foi de 8,06. 89,19% dos participantes responderam não ter relatado nenhum incidente nos últimos 12 meses. **Conclusão**: A maioria das enfermeiras classificou o clima de segurança como aceitável ou muito bom. As enfermeiras com maior idade e mais experiência no serviço avaliaram mais positivamente o clima de segurança do paciente. A sub-notificação é uma realidade para as entrevistadas. Sugere-se melhorias nas áreas mais frágeis para incrementar a cultura de segurança do paciente.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Cultura Organizacional; Gestão da Segurança; Enfermeiras Pediátricas; Enfermeiras Neonatologistas; Unidades de Terapia Intensiva.

ABREVIATURAS

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
CPS	Cultura de seguridad del paciente
EA	Eventos adversos
EUA	Estados Unidos de América
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
HUCA	Hospital Universitario Central de Asturias
IOM	Institute of Medicine
IRAS	Infección relacionada con la asistencia sanitaria
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad
MOSPS	Medical Office Survey on Patient Safety Culture
OMS	Organización Mundial de la Salud
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
SNS	Sistema Nacional de Salud
SP	Seguridad del paciente
UCI	Unidad de cuidados intensivos
UCIN	Unidad de cuidados intensivos neonatal
UCIP	Unidad de cuidados intensivos pediátrico

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 7

1.1. Errores derivados de la asistencia sanitaria en niños 9

1.2. Seguridad del paciente 11

1.3. Evaluación de la cultura de seguridad 13

2. JUSTIFICACIÓN 15

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS 16

3.1. Pregunta de investigación 16

3.2. Objetivos 16

4. METODOLOGÍA 17

4.1. Tipo de estudio 17

4.2. Tiempo y lugar de estudio 17

4.3. Población y muestra 17

4.4. Variables a estudio 18

4.5. Instrumento para la recogida de datos 18

4.6. Procedimiento 21

4.7. Análisis de los datos 22

4.8. Aspectos ético-legales 23

5. RESULTADOS 24

5.1. Tasa de respuesta 24

5.2. Caracterización socio-profesional de la muestra 24

5.3. Resultados dimensiones de la seguridad del paciente 26

5.3.1. Análisis global de las dimensiones 26

5.3.2. Dimensiones de la CSP según la unidad de trabajo 33

5.4. Calificación del clima de seguridad del paciente 34

5.5. Número de eventos adversos notificados 35

5.6. Asociación entre variables socio-profesionales y el clima de seguridad del paciente 36

6. DISCUSIÓN 38

7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO 43

8. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA Y PARA LA INVESTIGACIÓN 44

9. CONCLUSIONES 45

10. REFERENCIAS 46

11. ANEXOS 50

ANEXO 1. Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes 50

ANEXO 2. Consentimiento Informado 55

ANEXO 3. Aprobación del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias 56
ANEXO 4. Autorización de la Dirección de Enfermería del HUCA 57

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Dimensiones de la cultura de seguridad y sus definiciones 19
Tabla 2. Fiabilidad de las dimensiones contenidas en el cuestionario 21
Tabla 3. Tasas de respuesta global y por unidad de trabajo. 24
Tabla 4. Distribución de la muestra por sexo y edad 24
Tabla 5. Experiencia profesional global 25
Tabla 6. Experiencia profesional en el Hospital 25
Tabla 7. Experiencia profesional en la unidad/servicio 26
Tabla 8. Horas/semana trabajadas en el hospital 26
Tabla 9. Percepción global cuanto a los ítems de cada dimensión de seguridad del paciente ... 28
Tabla 10. Ordenación de las dimensiones según el porcentual de respuestas positivas valoradas por las enfermeras de la UCI neonatal 33
Tabla 11. Ordenación de las dimensiones según el porcentual de respuestas positivas valoradas por las enfermeras de la UCI pediátrica 34
Tabla 12. Medidas de resultados del clima de seguridad en relación a variables socio profesionales 37

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Resultado global de respuestas positivas por dimensiones de la CSP 27
Figura 2. Respuestas negativas a las 12 dimensiones de la cultura de seguridad. 28
Figura 3. Calificaciones globales del clima de seguridad 35
Figura 4. Numero de eventos adversos notificados en el último año 35

1. INTRODUCCIÓN

Son varios los factores que influyen en la atención sanitaria (avance tecnológico, aumento de la esperanza de vida, comorbilidades, entre otros), que hacen que la prestación de cuidados sea cada vez más compleja. Este nuevo escenario de salud aumenta el riesgo de ocurrir eventos adversos (EAs) y destaca para la necesidad de actuar frente a las causas que comprometan la seguridad del paciente[1].

En los países desarrollados se estima que al menos uno de cada diez pacientes que reciben atención hospitalaria son sometidos a algún tipo de EA durante su estancia[2]. Entre las consecuencias del daño ocasionado al paciente como resultado de la atención en salud se encuentran el aumento de los costes de los ingresos hospitalarios, la permanencia en los hospitales, la necesidad de intervención diagnóstica y terapéutica, el aumento de uso de medicamentos y la muerte prematura[3].

En medio de los diferentes escenarios en los que se brinda la asistencia sanitaria, las unidades de cuidados intensivos (UCI) son reconocidas como sectores muy vulnerables a la ocurrencia de EA, en vista de la complejidad y gravedad de los pacientes tratados[4].

La Organización Mundial de la Salud (OMS)[5] define la seguridad del paciente como la reducción del riesgo de daños innecesarios a un mínimo aceptable en la atención sanitaria. Además de ser reconocida como una dimensión fundamental para la calidad de la salud, la SP se asocia con el compromiso y la percepción de los profesionales en relación con las prácticas seguras.

Mejorar la seguridad supone entre otras cosas, realizar tres grandes grupos de acciones complementarias: prevenir los efectos adversos, hacerlos visibles y mitigar sus efectos cuando sucedan[6].

En la salud, la cultura de seguridad del paciente (CSP) está fundamentada en el conjunto de actitudes, valores y normas compartidas en común entre los individuos y organizaciones que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la optimización de la seguridad del paciente (SP)[7].

Una percepción de CSP positiva es esencial para minimizar errores y EA e incluye ventajas como el aumento de la satisfacción del paciente, mejora en la identificación y notificación de EA, mejora de la calidad de los servicios prestados y reducción de costes[1,7].

Por eso, promover la CSP constituye prioridad para profesionales, sociedades científicas, autoridades y organismos nacionales e internacionales.

En España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) en su responsabilidad de mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto, como establece la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, ha situado la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad[8].

Conocer la cultura de seguridad de los prestadores de cuidados en salud implica directamente en las actividades de promoción de la SP, siendo la evaluación de la cultura de seguridad una estrategia para determinar el tipo y la naturaleza de la cultura de seguridad de los profesionales y de sus organizaciones o servicios[9].

Son utilizadas diferentes herramientas de evaluación para medir la cultura de seguridad en el área de salud, esos instrumentos buscan centrar sus preguntas en las

características de la propia cultura de seguridad, llamadas dimensiones[1]. El cuestionario, titulado Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) es un instrumento utilizado en todo el mundo en la evaluación de la CSP en el contexto hospitalario.

1.1. Errores derivados de la asistencia sanitaria en niños

A través de la producción y difusión de conocimientos científicos combinados con el desarrollo tecnológico, la atención neonatal y pediátrica ganó en las últimas décadas inúmeras potencialidades, en especial el aumento de la supervivencia de los recién nascidos y la detección y tratamiento precoz de situaciones de riesgo[10,11].

Por otra parte, el moderno sistema de prestación de cuidados de salud, compuesto por una combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas, a la vez que contribuye para el beneficio de los pacientes, conlleva al aumento de la probabilidad de ocurrir un EA[12].

El EA que corresponde a un incidente que causa daño no intencionado al paciente durante o a consecuencia de la atención sanitaria no relacionado con la evolución natural de la enfermedad[13], tiene en su trascendencia prejuicios no solo para pacientes, pero también a familiares, profesionales e instituciones[3].

Los errores están presentes en todas las actividades del ser humano ya que forman parte inseparable de nuestra naturaleza. De hecho, los fallos atribuidos a factores humanos son la causa principal de la ocurrencia de errores y es uno de los mayores desafíos para la calidad en la salud. Asimismo, es de destacar un concepto importante, los errores ocurren en todos los niveles, incluyendo a los profesionales más capaces, y a los que tienen mayores habilidades y altos conocimientos[14].

Las consideraciones especiales de la población pediátrica y neonatal que incluye la inmadurez fisiológica, las capacidades compensatorias limitadas, los cambios rápidos en el peso y la superficie corporal, el uso de medicaciones que se dosifican en función del peso, la falta de información de dosificación adecuada para los niños, además de su reducida capacidad de identificar y comunicar un error, hacen con que sean más vulnerables a los EA[15,16]. En especial aquellos que ingresan en las UCIs visto que el estado crítico de esos pacientes demanda un mayor número de intervenciones terapéuticas, utilización de dispositivos invasivos y por veces uso de medicamentos ni siempre formulados para ellos[17].

Estudios indican que incidentes asociados a pacientes niños (desde el período neonatal hasta la edad de 12 años) ocurren con mayor frecuencia que en adultos[15]. También se ha verificado que los errores de medicación en las UCI pediátricas ocurren siete veces más que en otras unidades pediátricas hospitalarias[17] y, que en neonatos la expresión más común de la infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS) es la sepsis nosocomial asociada principalmente a un inadecuado lavado de manos, uso de catéteres intravasculares y ventiladores mecánicos[18].

Ante ese panorama, la SP se hace de grande importancia para la prevención de errores y daños provocados por los cuidados en salud.

Trabajos como el publicado por Organización Panamericana de Salud en 2018 que trata de los principales errores y EA en las unidades neonatales y propone abordajes y estrategias a implementar para la disminución y prevención de los EA asociados al cuidado de los recién nacidos, son muy válidos para implementar acciones de mejoraría para la SP[14].

1.2. Seguridad del paciente

La SP consiste en el intento consciente de evitar lesiones al paciente, es componente esencial de la calidad asistencial y debe ser la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica[12].

La alerta para la temática de la SP tuvo un gran destaque después de la publicación del estudio "*To err is human*: *Buidilng a Safer Health Care System*" por el Institute of Medicine (IOM), en el año 1999, que reveló que en EUA hasta 98.000 personas mueren cada año por errores médicos, aparte de resultar en un coste de millones de dólares[19].

La OMS afirma que la seguridad del paciente es un grave problema de salud pública mundial y destaca algunas cifras importantes sobre el tema[2]:

- Uno de cada 10 pacientes sufre daños mientras recibe atención hospitalaria.
- Los EA por falta de seguridad en la atención son probablemente una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo.
- Las infecciones nosocomiales pueden llegar a afectar al 10% de los pacientes hospitalizados.
- La falta de seguridad en las prácticas de medicación y los errores de medicación son una de las principales causas mundiales de daños evitables en la atención sanitaria.
- Cada año mueren más de un millón de pacientes por complicaciones quirúrgicas.

En España los principales estudios realizados sobre la prevalencia de EA revelan que entre 8% y 15% de los pacientes ingresados en centros hospitalarios sufre daño relacionado con la asistencia sanitaria y que entre 35% y 43% de esos incidentes serían evitables[13,20].

Frente al grande impacto que los EA pueden provocar, la OM pone en marcha en 2004 la *World Alliance for Patient Safety*[21] (Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente) anunciando un conjunto de pautas para reducir el número de complicaciones que sufren los pacientes durante la actuación médica y estableciendo varias asociaciones en busca de mejoras en la SP.

Así las principales organizaciones de salud, como también las diversas agencias y servicios de salud desarrollasen estrategias, proyectos, planes e iniciativas para mejorar la SP[3,9] como, por ejemplo, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España, que se está desarrollando desde el año 2005, en coordinación con las Comunidades Autónomas, la promoción de prácticas asistenciales seguras, así como la identificación y la prevención de los riesgos derivados de la atención sanitaria[8] y tiene como metas:

- Promover y desarrollar el conocimiento y la CSP entre los profesionales y los pacientes en cualquier nivel de atención sanitaria.
- Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de EA para el aprendizaje.
- Implantar prácticas seguras recomendadas en los centros del SNS.
- Promover la investigación en SP.
- Promover la participación de pacientes y ciudadanos en las políticas que se desarrollan en SP.
- Promover la participación de España y aumentar su presencia en foros internacionales sobre SP.

1.3. Evaluación de la cultura de seguridad

Evaluar y comprender la CSP de una organización de salud es el paso inicial para establecer una cultura positiva y fuerte[1]. Además de ser requerido por los organismos internacionales de acreditación hospitalaria, la evaluación de la cultura de seguridad permite el diagnóstico situacional de la percepción de los profesionales sobre la SP, sus actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad y, permite la planificación y seguimiento prospectivo de la implementación de intervenciones basadas en las debilidades identificadas en las rutinas y condiciones de trabajo. También se destacan como utilidades de la evaluación de la cultura de la seguridad: la conciencia de los empleados sobre el tema; comparación con los datos de referencia internos y externos a la organización; y verificación del cumplimiento de las necesidades regulatorias[22].

La evaluación de la cultura de seguridad puede llevarse a cabo a partir de muchas metodologías. Una de ellas es el enfoque socio antropológico cualitativo que consiste en técnicas de observación asociadas con entrevistas[1]. Otra forma de evaluación es a través de cuestionarios validados dirigidos a profesionales involucrados en la atención. Según Sousa[1] este es el método utilizado en la mayoría de los estudios en organizaciones de salud que evalúan la CS, y los cuestionarios auto cumplimentados son los más elegidos como instrumento de recopilación de datos porque se distribuyen rápidamente, son fácilmente aplicables y de bajo coste.

En el año 2000 el IOM recomendó a las organizaciones sanitarias tener como objetivo prioritario en seguridad el trabajo para fortalecer la CSP[19]. Desde entonces inúmeras herramientas han sido criadas, validadas y ampliamente utilizadas para medir el clima de seguridad del paciente en las diferentes organizaciones[1] como el

Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC*)*, Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) y Medical Office Survey On Patient Safety Culture (MOSPS)[23,24].

Estos cuestionarios se basan en las dimensiones que componen las características de la CS y se difieren por la cantidad de componentes y dimensiones evaluadas. La elección del cuestionario debe basarse en los objetivos previstos en el estudio.

Las evaluaciones de la CSP realizadas en los hospitales españoles aportadas por estudios con diferentes alcances donde es posible encontrar aquellos que evalúan por unidades específicas de hospitalización, por categorías profesionales o en el contexto general del hospital[25–27].

Incorporar una cultura de mejora continua de la SP y que todos los países lleven a cabo encuestas periódicas de cultura de seguridad de los pacientes en los centros de salud son objetivos propuestos por la OMS en su nuevo *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030* (Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021–2030)[28].

Se resalta que para la mejora de la cultura de seguridad más allá de la evaluación de la CSP es necesario desarrollar planes de acción como los propuestos por la AHRQ en la guía "*Action Planning Tool for the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture*"[29]

2. JUSTIFICACIÓN

La promoción de prácticas asistenciales seguras, así como la identificación y la prevención de los riesgos derivados de la atención sanitaria, constituyen una prioridad para la asistencia de calidad[30].

Aunque existen múltiples estudios que evalúan la seguridad del paciente en las unidades de cuidados intensivos (UCIs), la extensión del problema en el interior de las UCIs pediátrica y neonatal aún no es bien conocida.

Las enfermeras en las unidades de cuidados intensivos neonatal (UCINs) y unidades de cuidados intensivos pediátrica (UCIPs) intervienen y participan de todo proceso de cuidado, siendo actores activos para la seguranza del paciente[31]. Analizar la frecuencia de actitudes y comportamientos favorables a la seguridad del paciente desde el punto de vista de estos profesionales se vuelve esencial para la planificación de una atención segura.

Además, por tratarse de organizaciones con entornos tan complejos, los errores que se pueden producir en las unidades de cuidados pediátricos y neonatales son casi que inevitables[30], haciendo de suma importancia la creación o diseño de sistemas de barreras que impidan la producción de EA.

En ese contexto la evaluación de la cultura de seguridad se presenta como estrategia para detectar aquellas áreas con mayor prioridad de mejora, permitiendo que, con base en datos, sean aplicadas acciones específicas y que se acompañe los resultados de las intervenciones a lo largo del tiempo.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

3.1. Pregunta de investigación

¿Cuál es la percepción de la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras de las unidades de cuidados intensivos neonatal y pediátrica del Hospital Universitario Central de Asturias?

3.2. Objetivos

Objetivo general

- Conocer la percepción sobre la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras de las unidades de cuidados intensivos neonatal y pediátrico del HUCA.

Objetivos específicos

- Identificar las dimensiones de seguridad del paciente valoradas negativamente;
- Medir el clima de seguridad de las enfermeras en las UCI neonatal y pediátrico del HUCA;
- Describir las características sociodemográficas y laborales de la muestra;
- Describir la asociación entre las variables sociodemográficas y laborales y la percepción de la seguridad del paciente.

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo transversal, realizado mediante encuesta autocumplimentada.

4.2. Tiempo y lugar de estudio

El estudio se llevó a cabo en las UCIs neonatal y pediátrico del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), durante el mes de marzo de 2021.

4.3. Población y muestra

La población a estudio de ese trabajo fueron todas aquellas enfermeras que trabajan en las unidades seleccionadas. Se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia. La muestra se formó por los sujetos de acuerdo con los siguientes criterios:

- <u>Criterios de inclusión</u>

  - Enfermeras que trabajan en las unidades seleccionadas por un mínimo de 3 meses;
  - Que aceptaron participar en el estudio y firmaron el termo de consentimiento libre e informado;
  - Que completaron al menos el 80% del instrumento.

- Criterios de exclusión

  - Enfermeras que no estén trabajando en las unidades elegidas por motivos de vacaciones, licencias o atestado médico durante el período destinado para la recogida de datos del estudio;
  - Que contesten menos de 80% del cuestionario;
  - Que rechacen participar en el estudio.

4.4. Variables a estudio

a. Variables Sociodemográficas y laborales

- Edad**:** en años
- Sexo: hombre, mujer.
- Tiempo en que trabaja como enfermero**:** número de meses o años enteros trabajados como enfermero.
- Tiempo en que trabaja como enfermero en la unidad**:** número de meses o años enteros trabajados como enfermero.
- Unidad de trabajo: UCI neonatal, UCI pediátrico.

b. Cultura de seguridad del paciente.

4.5. Instrumento para la recogida de datos

- Cultura de seguridad

Para evaluar la CSP en este estudio se eligió el Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes (ANEXO 1) que corresponde a la versión española del *Hospital Survey on Patient Safety* de la Agencia para la investigación y calidad de los servicios de salud (AHRQ) que fue adaptada y validada al contexto español por el Ministerio de Sanidad[23].

El cuestionario abarca 4 sesiones con 42 preguntas estructuradas en 12 dimensiones que valoran diferentes aspectos de la cultura de seguridad del paciente. Las sesiones están dispuestas de la letra A a D, a saber: A – su servicio/unidad; B - su hospital; C - comunicación en su servicio/unidad y; D - información complementaria, donde están incluidas las preguntas sociodemográficos y laborales de los participantes, las informaciones de la calificación global de la seguridad en el entorno del encuestado, el número total de eventos adversos notificados por cada profesional evaluado en el último año y una pregunta de respuesta abierta solicitando comentarios y aportaciones.

Además de la calificación global del clima de seguridad, el número de eventos notificados (pregunta 48) y las dimensiones "Frecuencia de eventos notificados" y "Percepción de seguridad", son consideradas medidas de resultado del clima de seguridad.

Las informaciones adicionales contenidas en las preguntas 56 a 61 no hacen parte del cuestionario HSOPSC original, por lo tanto, no han sido incluidas para análisis de la CSP que es el objetivo principal de ese trabajo.

Cada una de las 12 dimensiones tiene de tres a cuatro elementos. Estos elementos se evalúan a partir de una escala del tipo Likert con cinco puntos. El significado y definición de cada dimensión se recoge en la Tabla 1.

Tabla 1. Dimensiones de la cultura de seguridad y sus definiciones

A. **RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD**	
D1. Frecuencia de eventos notificados (ítems 40, 41 e 42).	Se notifican los errores siguientes: a) errores detectados y corregidos antes de afectar al paciente, b) errores sin daño potencial para el paciente y c) errores que podían haber provocado daño al paciente pero no lo hicieron.
D2. Percepción de seguridad (ítems 10, 15, 17 e 18).	Los procedimientos y sistemas son buenos a la hora de prevenir errores y no existen problemas de SP.
B. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDAD/SERVICIO	

D3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad (ítems 19, 20, 21 e 22).	Los responsables toman en consideración las sugerencias de los profesionales encaminadas a mejorar la seguridad del paciente, estimulan que éstos sigan procedimientos seguros y no pasan por alto los problemas de SP.
D4. Aprendizaje organizacional/mejora continua (ítems 6,9 e 13).	Existe una cultura en la que los errores conducen a cambios positivos y en la que se evalúa la efectividad de los cambios introducidos.
D5. Trabajo en equipo en la unidad/servicio (ítems 1, 3, 4 e 11).	Los profesionales de la unidad se apoyan mutuamente, se tratan entre sí con respeto y trabajan conjuntamente como un equipo.
D6. Franqueza en la comunicación (ítems 35, 37 e 39).	Los profesionales pueden hablar libremente si observan que algo puede afectar negativamente al paciente y se sienten libres de comentarlo con profesionales de mayor autoridad sobre ello.
D7. Feed-back y comunicación sobre errores (ítems 34, 36 e 38).	Los profesionales son informados de los errores que ocurren, de los cambios que se han implementado y comentan los modos de prevenir errores.
D8. Respuesta no punitiva a los errores (ítems 8, 12 e 16).	Los profesionales sienten que los errores y la notificación de eventos no se utilizaran en contra suya y que los errores no constaran en su expediente personal.
D9. Dotación de personal (ítems 2, 5, 7 e 14).	Se dispone del personal suficiente para asumir la carga de trabajo y los horarios son adecuados para proveer la mejor asistencia al paciente.
D10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (ítems 23, 30 e 31).	La gerencia/dirección del hospital favorece un clima de trabajo que promueve la SP y resalta que la SP es una prioridad.
C. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL	
D11. Trabajo en equipo entre unidades (ítems 24, 26, 28 e 32).	Las unidades del hospital cooperan y se coordinan entre ellas para proporcionar la mejor atención al paciente.
D12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (ítems 25, 27, 29 e 33).	Se generan problemas en la transferencia de información para la atención del paciente en los cambios de turno y entre unidades.

Tomado de: AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide.

El análisis de comprobación de la consistencia interna de cada una de las dimensiones fue realizado calculando el alfa de Cronbach que demostró una variación de 0.64 a 0.88 entre las doce dimensiones que componen el instrumento (Tabla 2). De acuerdo con los criterios indicados en el cuestionario original esos valores representan una fiabilidad de aceptable a excelente[23].

Tabla 2. Fiabilidad de las dimensiones contenidas en el cuestionario

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 continua	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 de 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

(*): > 0.6: aceptable; >0,7:buena ;> 0.8: excelente

Tomado de: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes

4.6. Procedimiento

Para la recogida de datos fue necesario, primeramente, aprobación y anuencia de las autoridades competentes. Una vez obtenida la aprobación por el Comité de ética de la Investigación del Principado de Asturias se solicitó permiso al a Dirección de Enfermería de HUCA. Posteriormente se presentó el proyecto de investigación a los supervisores y a los profesionales de las unidades escogidas, durante sus turnos de trabajo. Para aquellos que aceptaron participar en la investigación, se entregó el Formulario de Consentimiento Informado (ANEXO 2) y tras firma del formulario se concedió el cuestionario impreso. Los cuestionarios completos fueron depositados en un sobre, de modo anónimo, en una caja dejada en la estación de enfermería para ese fin y posteriormente recogidos por la investigadora.

4.7. Análisis de los datos

Se almacenó los datos colectados en plantilla en el programa *Excel 2013 for Windows*. Para el análisis estadística de los datos se utilizó el programa informático *IBM SPSS Statistics* versión 22.

Los resultados de las variables sociodemográficas y laborales se resumieron en frecuencias y porcentajes.

En la encuesta las preguntas están formuladas positivamente y negativamente. De modo general las respuestas son recodificadas en positivas, neutral o negativas, de acuerdo con el esquema que sigue:

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

Para el análisis de los ítems formulados negativamente (preguntas 5, 7, 8, 10, 12, 14, 16, 17, 21, 22, 24, 25, 27, 28, 29, 31, 33 e 39) se consideró las respuestas "Muy en desacuerdo / En desacuerdo" y "Nunca / Raramente" como positivas.

Los resultados fueron calculados tanto para cada ítem en particular como para cada dimensión en su conjunto, siguiendo la siguiente formula:

$$\frac{\Sigma \text{ Número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión } x\ 100}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

Se clasificaron los resultados de acuerdo con la metodología propuesta por la AHRQ en que las dimensiones que obtienen un porcentual medio de respuestas positivas igual o superior a 75% son consideradas áreas de **fortaleza** para la seguridad del paciente

y dimensiones con un porcentual igual o inferior a 50% de respuestas positivas como **oportunidad de mejora**.

4.8. Aspectos ético-legales

Este proyecto de investigación recibió aprobación del Comité Ético de la Investigación del Principado de Asturias (ANEXO 3) y anuencia de la Dirección de enfermería del HUCA (ANEXO 4). El estudio no presentó riesgos físicos para los participantes. Fue elaborado y desarrollado siguiendo las recomendaciones de la Ley Orgánica Española 15/1999 de Protección de datos de Carácter Personal. Se mantiene la confidencialidad de la información recorrida, siendo los datos presentados de tal manera que los encuestados no sean identificados.

5. RESULTADOS

5.1. Tasa de respuesta

Un total de 49 enfermeras se encuadraron en los criterios definidos para el estudio, de las cuales 31 pertenecían a la UCIN y 18 a la UCIP. De las enfermeras que cumplían con criterios, 40 cumplimentaron adecuadamente la encuesta, obteniéndose una tasa de respuesta global de 81,63%, siendo ligeramente mayor entre las enfermeras de la UCIN pediátricos (88,9%). En la Tabla 3 se encuentra con más detalles la distribución de las tasas de respuesta.

Tabla 3. Tasas de respuesta global y por unidad de trabajo.

	UCIN	UCIP	Total
Nº de encuestas distribuidas	31	18	49
Nº de encuestas contestadas	24	16	40
Tasas de respuesta (%)	77,4%	88,9%	81,6%

5.2. Caracterización socio-profesional de la muestra

De acuerdo con las unidades de trabajo 60% de las encuestadas tenían como principal puesto de actuación la UCIN y 40% la UCIP. Todas afirmaron tener contacto directo con los pacientes. En la Tabla 4 se observa que los participantes fueron predominantemente del sexo femenino y la mayoría presentaba edad entre 40 - 49 años.

Tabla 4. Distribución de la muestra por sexo y edad

Variables		UCIN	UCIP	Global
Sexo	Mujer	96%	94%	95%
	Hombre	4%	6%	5%
Edad	20 – 29 años	16,7%	0%	10%

30 – 39 años	16,7%	12,5%	15%
40 – 49 años	33,3%	75%	50%
50 – 59 años	16,7%	12,5%	15%
60 años o más	16,7%	0%	10%

Cuanto a las características socio profesionales la mayor parte de las enfermeras refieren llevar 16 años o más actuando en esa profesión y trabajando en ese hospital (Tablas 5 y 6).

Tabla 5. Experiencia profesional global

Años de profesión	UCIN	UCIP	Global
Menos 1 año	0,0%	0,0%	0,0%
1 – 5 años	8,3%	6,7%	7,7%
6 – 10 años	25,0%	6,7%	17,9%
11 – 15 años	12,5%	13,3%	12,8%
16 años o más	54,2%	73,3%	61,5%

Tabla 6. Experiencia profesional en el Hospital

Años en el hospital	UCIN	UCIP	Global
Menos 1 año	4,2%	0,0%	2,3%
1 – 5 años	12,5%	0,0%	7,7%
6 – 10 años	16,7%	6,7%	12,8%
11 – 15 años	16,7%	20,3%	17,9%
16 años o más	50,0%	73,3%	59,0%

Otra información que se destaca en la muestra es el porcentual global de 78,9% de profesionales que alegaron estar trabajando hacen 6 años o más en su servicio actual (Tabla 7), lo que garantiza, de algún modo, el conocimiento cuanto, al funcionamiento, así como de la cultura de seguridad en las unidades a que pertenecen.

Tabla 7. Experiencia profesional en la unidad/servicio

Años en el hospital	UCIN	UCIP	Global
Menos 1 año	4,3%	6,7%	5,3%
1 – 5 años	21,7%	6,7%	15,8%
6 – 10 años	17,4%	20,0%	18,4%
11 – 15 años	21,7%	26,7%	23,7%
16 años o más	34,8%	40,0%	36,8%

Respecto a las horas de trabajo, la mayoría de los sujetos afirmaron trabajar entre 20 y 39 horas semanales (Tabla 8).

Tabla 8. Horas/semana trabajadas en el hospital

Horas de trabajo semanal	UCIN	UCIP	Global
20 – 39 horas	73,9%	80,0%	76,3%
40 horas o más	26,1%	20,0%	23,7%

5.3. Resultados dimensiones de la seguridad del paciente

5.3.1. Análisis global de las dimensiones

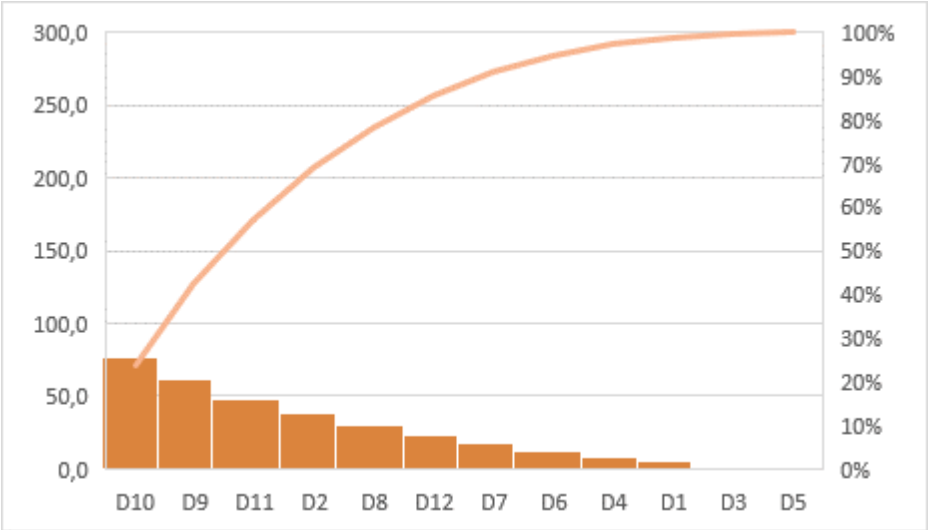
Considerando las recomendaciones de la AHRQ, de las 12 dimensiones evaluadas, dos fueron calificadas como fortaleza, “D5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio” y “D3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad”, obteniendo un porcentual de respuestas positivas de 89,3% y 88,6%, respectivamente. Entre las dimensiones más frágiles y con mayor oportunidad de mejora están: “D10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente”

(16,8%), “D11. Trabajo en equipo entre unidades” (41,4%) y “D9. Dotación de personal” (42,5%). En las demás dimensiones el porcentaje de respuestas positivas se sitúa entre el 51,2 y el 70,7%. La distribución de los resultados de todas las dimensiones se encuentra en la Figura 1.

Figura 1. Resultado global de respuestas positivas por dimensiones de la CSP

Tomando como base la frecuencia relativa de respuestas con carácter negativo para cada una de las dimensiones se realiza un diagrama de Pareto (Figura 2) afín de mostrar las prioridades de mejoras, que en ese trabajo se centra sobre todo y por ese orden en las dimensiones "D10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente", “D9. Dotación de personal” y “D11. Trabajo en equipo entre unidades”, que juntas comportan cerca de 50% de las respuestas negativas.

Figura 2. Respuestas negativas a las 12 dimensiones de la cultura de seguridad.



Nota: El numero identificador de cada dimensión es el mismo del utilizado en la Tabla 1

En la Tabla 9 se encuentran las informaciones obtenidas relativas a los ítems específicos de cada dimensión, donde se puede observar, en detalle, las respuestas que más influenciaron para la calificación de las dimensiones como fortalezas o frágiles con oportunidad de mejora.

Tabla 9. Percepción global cuanto a los ítems de cada dimensión de seguridad del paciente

Ítems por dimensión de la CSP	Positivo %	Neutral %	Negativo %
D1. Frecuencia de eventos notificados			
Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (Preg. 40).	64,1%	30,8%	5,1%
Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (Preg. 41).	52,6%	39,5%	7,9%
Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (Preg. 42).	66,7%	25,6%	7,7%
Valor medio general D1	61,1%	32,0%	6,9%
D2. Percepción de seguridad			
Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (Preg. 15).	33,3%	20,5%	46,2%
Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (Preg. 18).	75,0%	15,0%	10,0%

No se producen más fallos por casualidad (Preg. 10).	56,4%	28,2%	15,4%
En esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del paciente" (Preg. 17).	67,5%	20,0%	12,5%
Valor medio general D2	58,1%	20,9%	21,0%
D3. Expectativas y acciones de la dirección/servicio que favorecen la seguridad			
Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente (Preg. 19).	82,1%	12,8%	5,1%
Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le seguridad hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (Preg. 20).	87,5%	10,0%	2,5%
Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/ jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente (Preg. 21).	87,5%	7,5%	5,0%
Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (Preg. 22).	97,5%	0,0%	2,5%
Valor medio general D3	88,6%	7,6%	3,8%
D4. Aprendizaje organizacional/mejora continua			
Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (Preg. 6).	72,5%	20,0%	7,5%
Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (Preg. 9).	80,0%	12,5%	7,5%
Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (Preg. 13).	59,5%	29,7%	10,8%
Valor medio general D4	70,7%	20,7%	8,6%
D5. Trabajo en equipo en la unidad/servicio			
El personal se apoya mutuamente (Preg. 1)	92,5%	2,5%	5,0%
Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (Preg. 3).	89,7%	10,3%	0,0%
En esta unidad nos tratamos todos con respeto (Preg. 4).	80,0%	15,0%	5,0%
Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (Preg. 11).	95,0%	5,0%	0,0%
Valor medio general D5	89,3%	8,2%	2,5%
D6. Franqueza en la comunicación			
Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (Preg. 35).	64,1%	28,2%	7,7%
El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (Preg. 37).	31,6%	55,3%	13,2%
El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta (Preg. 39).	57,9%	28,9%	13,2%
Valor medio general D6	51,2%	37,5%	11,3%
D7. Feed-back y comunicación sobre errores			
Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (Preg. 34).	44,7%	34,2%	21,1%
Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad (Preg. 36).	62,5%	30,0%	7,5%
En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (Preg. 38).	66,7%	28,2%	5,1%

Valor medio general D7	58,0%	30,8%	11,2%
8. Respuesta no punitiva a los errores			
Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra (Preg. 8).	71,8%	20,5%	7,7%
Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable" (Preg. 12).	62,5%	15,0%	22,5%
Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (Preg. 16).	52,5%	25,0%	22,5%
Valor medio general D8	62,3%	20,2%	17,6%
D9. Dotación de personal			
Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (Preg. 2)	57,5%	20,0%	22,5%
A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (Preg. 5).	45,0%	15,0%	40,0%
En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado sustitutos o personal temporal (Preg. 7).	32,5%	22,5%	45,0%
Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (Preg. 14).	35,0%	32,5%	32,5%
Valor medio general D9	42,5%	22,5%	35,0%
D10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente			
La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (Preg. 23).	15,4%	43,6%	41,0%
La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (Preg. 30).	20,0%	52,5%	27,5%
La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (Preg. 31).	12,5%	37,5%	50,0%
Valor medio general D10	16,0%	44,5%	39,5%
D11. Trabajo en equipo entre unidades			
Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente (Preg. 26).	50,0%	30,0%	20,0%
Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible (Preg. 32).	42,5%	40,0%	17,5%
Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas (Preg. 24).	17,9%	38,5%	43,6%
Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/Unidades (Preg. 28).	55,0%	37,5%	7,5%
Valor medio general D11	41,4%	36,5%	22,1%
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades			
La información de los paciente se pierde, en parte, cuando éstos se transfiere desde una unidad /servicio a otra (Preg. 25).	51,3%	17,9%	30,8%
En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (Preg. 27).	69,2%	17,9%	12,8%
El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático (Preg. 29).	57,5%	30,0%	12,5%
Surgen problemas en la atención de los pacientes como	65,0%	25,0%	10,0%

consecuencia de los cambios de turno (Preg. 33).			
Valor medio general D12	60,8%	22,7%	16,5%

Entre los ítems con mayor porcentaje de respuestas positiva se destaca la pregunta 22 en que 97,5% de las enfermeras están de acuerdo que sus supervisores demuestran atención a los problemas de seguridad que ocurren habitualmente.

Mientras la pregunta con el mayor porcentaje de respuestas negativa fue “La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente” en que el limite llegó a 50% de respuestas con carácter negativo.

En las preguntas “El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores” y “La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades” se destaca el porcentaje de respuestas calificada como neutral 55,3% y 52,5%, respectivamente, en oposición a cantidad de respuestas positivas que fue de 31,6% para la primera y 20,0% para la segunda.

Aunque la dimensión “D3. Percepción de seguridad” no haya alcanzado un porcentaje que le califica como fortaleza, uno de sus ítems presentó un porcentual de 75,0% de respuestas positiva en el cual los sujetos creen que los procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia. Del mismo modo, en la dimensión “D4. Aprendizaje organizacional” un ítem fue calificado como fortaleza, en que un 80,0% de las encuestadas están de acuerdo que cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente, se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.

Con relación a la dimensión “D5. Trabajo en equipo en la unidad” 92,5% de las participantes concuerdan que el personal se apoya mutuamente y el 95,0% afirma encontrar ayuda entre sus compañeros cuando están sobrecargados.

A respecto del “feedback y comunicación sobre los errores”, la información sobre las actuaciones que se llevan a cabo tras notificación de algún incidente fue la afirmativa con menor valoración positiva (44,7%).

Un 71,8% de las enfermeras no concuerdan que sus errores pueden ser usados en su contra por los compañeros o supervisor.

Cuanto a la dimensión “D9. Dotación de personal”, el 57,5% de las participantes concuerdan que hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo y 55,0% de ellas afirman no resultar incómodo trabajar con personal de otros servicios/unidades. Entretanto, un mayor porcentual de enfermeras conviene que en ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado sustitutos o personal temporal, presentando en ese ítem un 45,0% de respuestas negativas en relación a 35,0% de respuestas positivas.

Mientras el “trabajo en equipo en la unidad” fue una das dimensiones más bien valoradas positivamente, la dimensión “D11. Trabajo en equipo entre unidades” se calificó como oportunidad de mejora principalmente en relación a la falta de coordinación entre ellas que obtuvo solo 17,9% de respuestas positivas.

Tratándose de la dimensión “D12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades”, un 69,2% de las encuestadas se mostró en discordancia de que exista perdida con frecuencia de información sobre la atención que ha recibido el paciente.

5.3.2. Dimensiones de la CSP según la unidad de trabajo

Al analizar el resultado de respuestas negativas de las dimensiones según la unidad de trabajo se observa que las enfermeras de la UCI neonatal identificaron, además de las dimensiones D9, D10 y D11, oportunidad de mejora en la dimensión "D6. Franqueza en la comunicación" (49,5%) (Tabla 10), mientras que, entre las enfermeras de la UCI pediátrica se incluyó la dimensión "D7. Feedback y comunicación sobre errores" (41,4%) como oportunidad de mejora (Tabla 11).

Aunque en ambas unidades las dimensiones "D5. Trabajo en equipo en la unidad" y "D3. Expectativas y acciones de la supervisión que favorecen la seguridad" hayan sido calificadas con un porcentual de respuestas positivas superior a 85%, las enfermeras de la UCI pediátrica, reconocieron dos dimensiones más como fortaleza, "D8. Respuesta no punitiva a los errores" (79,2%) y "D4. Aprendizaje organizacional/mejora continua" (78,6%) (Tabla 10).

Tabla 10. Ordenación de las dimensiones según el porcentual de respuestas positivas valoradas por las enfermeras de la UCI neonatal

Dimensiones de CSP	%
D5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	90,5%
D3. Expectativas y acciones de la supervisión que favorecen la seguridad	90,4%
D7. Feed-back y comunicación sobre errores	68,8%
D12. Problemas en cambios de turno y transiciones	65,9%
D4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	65,3%
D1. Frecuencia de eventos notificados	61,1%
D2. Percepción de seguridad	58,8%
D8. Respuesta no punitiva a los errores	50,8%
D6. Franqueza en la comunicación	49,5%
D11. Trabajo en equipo entre unidades	48,1%
D9. Dotación de personal	42,7%
D10. Apoyo de la gerencia del hospital en la SP	12,7%

Tabla 11. Ordenación de las dimensiones según el porcentual de respuestas positivas valoradas por las enfermeras de la UCI pediátrica

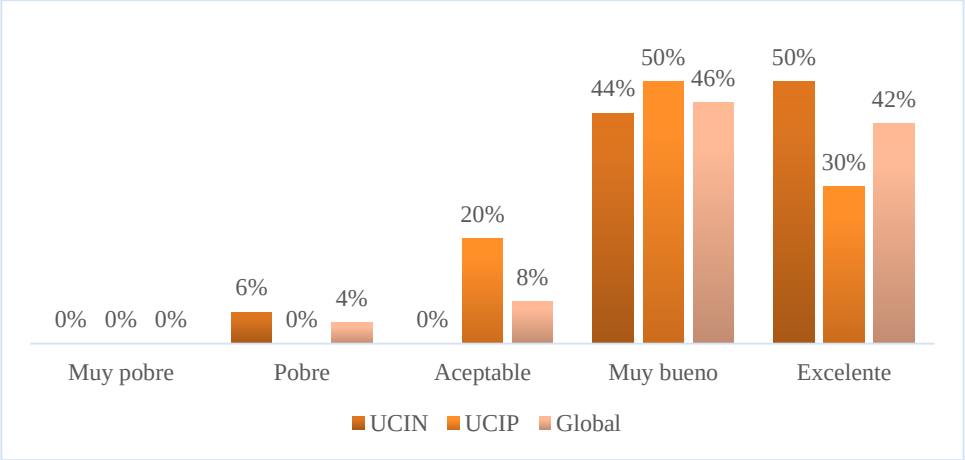
Dimensiones de CSP	%
D5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	87,5%
D3. Expectativas y acciones de la supervisión que favorecen la seguridad	85,9%
D8. Respuesta no punitiva a los errores	79,2%
D4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	78,6%
D1. Frecuencia de eventos notificados	61,3%
D2. Percepción de seguridad	57,2%
D6. Franqueza en la comunicación	54,1%
D12. Problemas en cambios de turno y transiciones	53,1%
D9. Dotación de personal	42,2%
D7. Feed-back y comunicación sobre errores	41,4%
D11. Trabajo en equipo entre unidades	31,3%
D10. Apoyo de la gerencia del hospital en la SP	20,8%

5.4. Calificación del clima de seguridad del paciente

En una escala de cero a diez, la calificación global media del clima de seguridad del paciente fue de 8,06, una percepción que se puede calificar como relativamente alta. Si analizamos por unidad de trabajo se observa que la puntuación fue ligeramente más alta entre las enfermeras de la UCI neonatal (8,18%) en oposición a las enfermeras de la UCI pediátrica (7,85%).

En la Figura 3 se encuentra la frecuencia de calificaciones globales al clima de seguridad de acuerdo con los resultados global y por unidades de trabajo.

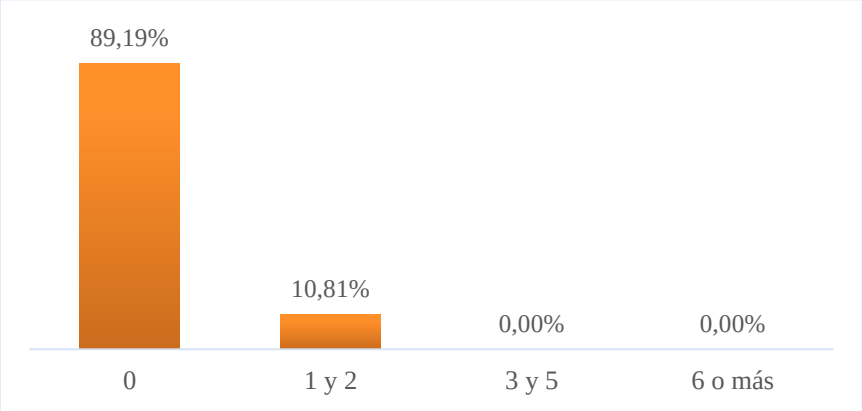
Figura 3. Calificaciones globales del clima de seguridad



5.5. Número de eventos adversos notificados

En relación al número de eventos adversos que se notificaron en los últimos 12 meses, el 89,19% de los participantes respondió que no habían reportado ningún incidente; 10,81%, uno o dos eventos (Figura 4). Se destaca el hecho de que todas las notificaciones fueron realizadas por las enfermeras de la UCI pediátrica.

Figura 4. Numero de eventos adversos notificados en el último año



5.6. Asociación entre variables socio-profesionales y el clima de seguridad del paciente

Además de la calificación global del clima de seguridad, en una escala de cero a diez, el número de eventos notificados (pregunta 48) y las dimensiones “Frecuencia de eventos notificados” y “Percepción de seguridad”, son consideradas medidas de resultado del clima de seguridad.

Al realizar un análisis entre los datos sociolaborales obtenidos en ese estudio y las variables que miden el clima de seguridad, disponible en la Tabla 12, se observa que, en relación a la unidad de trabajo, aparte de la frecuencia de EA notificados en los últimos 12 meses, no hubo diferencias significativas entre las enfermeras de la UCIN y UCIP.

Se destaca que, entre las enfermeras con más años en la profesión y más años en el servicio, la dimensión “frecuencia de eventos adversos notificados” presentó mejor valoración positiva, siendo, incluso calificada como fortaleza (98%) por las enfermeras que llevan entre 11 - 15 años trabajando en su servicio. Asimismo, fueron las profesionales con más experiencia laboral y las que más tiempo llevan en el servicio que declararon haber reportado por lo menos un EA en el último año.

En contrapeso, la mejor puntuación en la calificación global del clima de seguridad fue dada por enfermeras con menos de un año en el servicio (9,5).

En lo que corresponde a edad se percibe que las enfermeras más jóvenes calificaron con menor puntuación el clima global de seguridad. También, se observó que entre las encuestadas con más edad la dimensión “percepción de seguridad” fue mejor valorada, llegando a alcanzar un porcentaje de 100% de respuestas positivas en el grupo con edad de 50 – 59 años.

Tabla 12. Medidas de resultados del clima de seguridad en relación a variables socio profesionales

Variables		Frecuencia de EA notificados (% medio de respuestas positivas)	Percepción de seguridad (% medio de respuestas positivas)	Calificación global del clima de seguridad	Eventos adversos notificados en el último año
Unidad de trabajo	UCIN	61,1%	58,8%	8,2	0: 100%
	UCIP	61,3%	57,2%	7,8	0: 71,4% 1 - 2: 28,6%
Años en la profesión/ especialidad	Menos 1 año	-	-	-	-
	1 – 5 años	44%	42%	8,5	0: 100%
	6 – 10 años	43%	64%	8,5	0: 100%
	11 – 15 años	60%	45%	8,5	0: 100%
	16 años o más	68%	60%	7,8	0: 82% 1 - 2: 18%
Años en la unidad/ servicio	Menos 1 año	0	50%	9,5	0: 100%
	1 – 5 años	50%	21%	7,4	0: 100%
	6 – 10 años	33%	57%	8,7	0: 86% 1 - 2: 14%
	11 – 15 años	96%	58%	8,3	0: 89% 1 - 2: 11%
	16 años o más	67%	66%	7,6	0: 82% 1 - 2 - 18%
Edad	20 – 29 años	50%	63%	7,7	0: 100%
	30 – 39 años	33%	50%	8,5	0: 100%
	40 – 49 años	67%	40%	7,8	0: 60% 1 - 2: 40%
	50 – 59 años	78%	100%	8,8	0: 100%
	60 años o más	83%	75%	9,0	0: 100%
Cantidad de horas por semana trabajadas	20 – 39 horas	54%	58%	7,9	0: 89% 1 - 2: 11%
	40 horas o más	74%	56%	8,4	0: 89% 1 - 2: 11%

6. DISCUSIÓN

La CSP es representada por el conjunto de conocimientos, pensamientos, creencias, hábitos costumbres y rutinas seguidas y compartidas entre los miembros del equipo y organización[1]. Por desempeñaren un importante papel en la atención al paciente, las enfermeras disponen de conocimiento para identificar los problemas de seguridad en salud. Sin embargo la percepción de esas profesionales cuanto la CSP puede ser distinta a depender del tiempo de experiencia profesional y de los años de trabajo en la institución o unidad[32].

En nuestro estudio la mayoría de los participantes declaró tener más de 11 años de experiencia laboral y de actuación en sus servicios actuales. Está descrito que estos datos se asocian a mayor comprensión cuanto al funcionamiento, así como de la cultura de seguridad en las unidades a que pertenecen[33].

La tasa global de respuesta de 81,6% alcanzada fue superior a otros estudios que siguieron metodología semejante, los cuales presentaron tasas de76,4%[34], 70,7%[35] y 70%[36]. La frecuencia y periodicidad de la investigadora en las unidades durante la fase de recogida de datos y la entrega en mano del cuestionario pueden haber contribuido para la obtención de una mayor participación.

En los últimos años se realizaron en España estudios utilizando el cuestionario HSOPSC[35,34,26,25,37], pero las publicaciones que aportan datos sobre la CSP en los servicios de cuidados intensivos pediátrico y neonatal todavía son escasas en el país. Siendo la evaluación de la CSP una práctica estimulada por el SNS, la falta de publicaciones sobre ese tema puede estar asociada al hecho de que los estudios están direccionados para los fines propios de cada institución, con objetivo de mejoría interna y no se han dado a conocer en publicaciones, comunicaciones o congresos.

Entre los estudios realizados en España, llama la atención que, si bien esas investigaciones hayan sido realizadas en distintas regiones y diferentes periodos, el modo como los profesionales perciben las dimensiones de la seguridad del paciente fue semejante, siendo "Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio" la que obtuvo mejor valoración positiva y las dimensiones "Dotación de personal" y "Apoyo de la gerencia del hospital en la SP" consideradas como las principales contribuyentes para la fragilidad de la CSP. Esos resultados también corroboran los de nuestro estudio dónde se encontró como una de sus fortalezas la dimensión "Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio" y como oportunidad de mejora las dimensiones "Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente", "Dotación de personal" y "Trabajo en equipo entre unidades".

A efecto de comparación internacional, las informaciones de la Database 2021 de la AHRQ[38], que cuenta con los resultados de las encuestas aplicadas en 492 hospitales registrados en la Asociación Americana de Hospitales, revelan un porcentaje medio de 82% en "Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio" y 80% "Expectativas y acciones de la supervisión que favorecen la seguridad". Resultados semejantes a los encontrados en nuestro estudio, que revelan un porcentaje de respuestas positivas de 89,3% y 88,6%, respectivamente. Un estudio brasileño que evaluó médicos y enfermeras de tres UCI neonatales también valoró esas dos dimensiones como las más positivas[36]. Otro trabajo realizado con una muestra de 367 enfermeras que trabajaban en UCI de hospitales universitarios de Irán[32] obtuvo un porcentaje de 97,3% de respuestas positivas en la dimensión trabajo en equipo dentro de las unidades.

El resultado de la percepción positiva de que los jefes inmediatos realizan acciones para promover la seguridad del paciente encontrado en nuestro estudio puede estar relacionada con la buena percepción del trabajo en equipo dentro de la unidad. Estudios

demuestran que las supervisoras de enfermería ejercen influencia sobre la creación de un ambiente de práctica profesional de calidad y sin conflictos[9,39]. También cabe a los supervisores incentivar una comunicación abierta e eficaz para la identificación de incidentes y, estimular actitudes y aprendizajes, individual y colectivo, supliendo las necesidades del equipo y promoviendo junto con los empleados el compromiso por una organización más segura[40].

La calificación global del clima de seguridad encontrada en este estudio (8,06) está tenuemente por encima del promedio observado en otros estudios nacionales[25,35,37]. Es importante relevar que la mayoría de las participantes perciben el clima de seguridad en sus unidades como aceptable o muy bueno. Los trabajos de Profit et al[40,41], desarrollados en UCI neonatales en California, estableció una correlación entre la calificación del clima de seguridad con la ocurrencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria[41] y la reducción del tiempo de hospitalización en las unidades con un mejor clima de seguridad[42].

Tal como se evidencia en el diagrama de Pareto (Figura 2) la dimensión "Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente" fue la que obtuvo peor valoración, siendo percibidas como insuficientes las actividades de la gerencia dirigidas a mejorar la SP. Se debe de tener en cuenta que para conseguir avances en la SP es necesario un ambiente de confianza mutua y que el personal conozca las medidas y soluciones que se toman para mejorar la seguridad[6].

La "dotación de personal" aparece como la segunda dimensión peor valorada. Siendo las enfermeras en las UCI las mayores responsables por la monitorización continua de los pacientes y por desempeñaren un papel importante en la prevención de los EA, es comprensible que una escasez de esas profesionales afecte negativamente la SP. De acuerdo con un estudio británico que evaluó la mortalidad neonatal en 54 UCIN,

la sobrevida de los recién nacidos de muy bajo peso al nacer o prematuros estuvo relacionada con la proporción de enfermeras capacitadas en cuidado neonatal por turno[43]. Delante de eso se destaca la necesidad de disponer no solo de personal suficiente para asumir la carga de trabajo, pero también de profesionales especializados.

Mientras que las enfermeras percibieron dentro de sus unidades el respecto y apoyo mutuo, el trabajo en equipo entre unidades fue apreciado como área critica, lo que demuestra un fallo en la cooperación y coordinación entre ellas y repercute negativamente para la seguridad. Es importante comprender que la buena evolución del paciente y de la institución no es una tarea fragmentada, sino de la colaboración de todas las unidades y profesionales, se ampliando también a los pacientes y a sus familiares[6].

Se observó que la notificación de EA ocurre con poca frecuencia por parte de los participantes, lo que no refleje el número real de incidentes ocurridos. La actuación de profesionales frente al informe de los errores que cometen está asociada a distintas barreras, en destaque se encuentra el miedo por represalia basada en una percepción de cultura punitiva, a la falta de comprensión de cómo se debe hacer el reporte del evento, al no conocimiento de la importancia de la notificación de incidentes para la SP y la falta de feedback sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo después de la notificación, provocando un desestimulo y pérdida de confianza[44]. Es necesario que los profesionales comprendan que los EA hacen parte de los riesgos cuando se prestan cuidados de salud y que siempre van a existir, siendo el reporte de EA un mecanismo que nos ayuda a identificarlos y minimizarlos[14].

Otro punto investigado en el estudio fue la asociación entre las variables socioprofesionales y el clima de seguridad. Se observó que las enfermeras con más años, mayor experiencia profesional y que llevan más tiempo en el servicio actual presentaron mejores calificaciones en los resultados de las medidas del clima de seguridad. Resultado

semejante fue encontrado en un estudio en el que participaron 136 enfermeras que detectó que, comparando grupos etarios, las profesionales más jóvenes (entre 23 y 43 años) presentaron una perspectiva menos positiva[45]. En oposición un estudio realizado con 141 participantes reveló que, a la medida que los profesionales adquirieron experiencia, tanto en la institución como en la UCI, optaron por respuestas menos positivas en cuanto a la CS[46].

La CS en el ámbito sanitario está asociada a factores individuales y colectivos, por lo tanto, la formación de la perspectiva cultural se construye a lo largo del tiempo y en el curso de las experiencias vivenciadas por cada profesional en el lugar de trabajo, donde contribuyen con sus valores y comparten la seguridad del paciente.

7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Atendiendo a que la CSP de una institución o servicio está relacionada con la percepción de seguridad por parte de todos los profesionales implicados en el cuidado del paciente, sean profesionales asistenciales o no asistenciales, este estudio tiene como limitación la representatividad de los datos a nivel de solo una categoría profesional e dos unidades, no siendo los resultados obtenidos suficientes para formar una visión completa de la CSP en las unidades de cuidados intensivos pediátrico y neonatal del HUCA.

8. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA Y PARA LA INVESTIGACIÓN

Nuestros hallazgos indican que la CSP todavía necesita ser mejor desarrollada en ambas unidades, visto que pocas dimensiones fueron valoradas como fortaleza. Sin embargo, más atención debe ser dedicada al apoyo de la gerencia del hospital en la SP, a la dotación de profesional y al trabajo en equipo entre unidades.

Por constituir un diagnóstico de la situación actual, los resultados de ese estudio se hacen útiles para que los gestores de la institución y de las unidades tracen estrategias de mejoría para la seguridad del paciente. Igualmente, pueden ser utilizados como referencia para futuros estudios, pues permitirá la comparación de los resultados obtenidos después de implementadas las intervenciones de mejora.

9. CONCLUSIONES

Este estudio proporcionó conocer la percepción de la CSP de una muestra de 40 enfermeras que actúan en UCI pediátrica y neonatal. Los resultados aportan informaciones sobre las fortalezas y debilidades identificadas entre las dimensiones de la CSP y realiza asociaciones entre las características sociales y profesional de los encuestados.

- La muestra estuvo formada por 40 enfermeras, la mayoría mujeres, con edad entre 40-49 años, con un minino de 16 años de experiencia laboral y 6 años como mínimo de experiencia en la Unidad actual.
- La mayoría de los participantes calificaron el clima de seguridad como aceptable o muy bueno.
- La subnotificación es una realidad en la muestra analizada, dónde casi 90% de los participantes no ha realizado ninguna notificación de EA en el último año.
- Las enfermeras con más edad, más experiencia laboral y más tiempo en las unidades fueron más positivas en la apreciación del clima de seguridad.

10. REFERENCIAS

1. Sousa P, Mendes W. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2019.

2. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la seguridad del paciente [Internet]. [Consultado 02 de enero de 2021]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/

3. Arimany-Manso J, Martin-Fumadó C. The importance of patient safety. Med Clin (Barc). 2017;148(9):405-7.

4. Santiago THR, Turrini RNT. Seguridad del paciente en Unidades de Cuidados Intensivos. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(spe):123-30.

5. Bates DW, Larizgoitia I, Prasopa-Plaizier N, Jha AK. Global priorities for patient safety research. BMJ. 2009;338:b1775.

6. Vargas M, Recio, Miguel. Mejorando la Seguridad del Paciente en los Hospitales: de las ideas a la acción. Versión española de University of Michigan Health System Patient Safety Toolkit "Improving Patient Safety in Hospitals: Turning Ideas into Action". Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; 2008.

7. Hershey K. Culture of safety. Nurs Clin North Am. 2015;50(1):139-52.

8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Seguridad del paciente [Internet]. [Consultado 2 Enero 2021]. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/es/presentacion/

9. Duarte S da CM, Stipp MAC, Cardoso MMVN, Büscher A. Patient safety: understanding human error in intensive nursing care. Rev Esc Enferm U P. 2018;52:e03406.

10. Del Morral T, Bancalari E. Evolución de la actitud frente al recién nacido prematuro. Bol Pediatr. 2010;50:39-42.

11. Zafra Anta MA, García Nieto V. Historia de la Pediatría en España. Pediatr integral. 2015;19(4):235-42.

12. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Rev Médica Clínica Las Condes. 2017;28(5):785-95.

13. Bellido D, León A, Mañas MD, Marchán E, Esquinas G, Ros J. Eventos adversos hospitalarios en medicina interna: estudio prospectivo. Rev Calid Asist. 2017;32(5):296-8.

14. Organización Panamericana de la Salud. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Abordaje y la prevención de errores que ocurren en el cuidado de los recién nacidos. Washington, DC: OPS; 2018.

15. Abbasi S, Khan FA, Khan S. Pediatric critical incidents reported over 15 years at a tertiary care teaching hospital of a developing country. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2018;34(1):78-83.

16. Antonucci R, Porcella A. Preventing medication errors in neonatology: Is it a dream? World J Clin Pediatr. 2014;3(3):37-44.

17. Alghamdi AA, Keers RN, Sutherland A, Ashcroft DM. Prevalence and Nature of Medication Errors and Preventable Adverse Drug Events in Paediatric and Neonatal Intensive Care Settings: A Systematic Review. Drug Saf. 2019;42(12):1423-36.

18. Valls y Soler A, López de Heredia I, López Herrera MC, García Franco M, Madrid Aaguilar M, Santesteban Otazu E, et al. Estado de la Seguridad del Paciente Neonatal. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.

19. Stelfox HT. The «To Err is Human» report and the patient safety literature. Qual Saf Health Care. 2006;15(3):174-8.

20. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez R, Terol-García E; ENEAS work group. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. J Epidemiol Community Health. 2008;62(12):1022-9.

21. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety [Internet]. [Consultado 2 de enero de 2021]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/

22. Sorra J, Nieva V. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.

23. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

24. Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G, Astier-Peña MP, Maderuelo-Fernández JÁ, Silvestre-Busto C. Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en España. Aten Primaria. 2013;45(1):21-37.

25. Roqueta Egea F, Tomás Vecina S, Chanovas Borras MR. Patient safety culture in 30 Spanish hospital emergency departments: Results of the Agency for Healthcare Research and Quality's Hospital Survey on Patient Safety Culture. Emergencias. 2011;23(5):356-64.

26. Gama ZAS, Oliveira ACS, Saturno Hernández PJ. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. Cad. Saúde Pública. 2013;29(2):283-93.

27. Gutiérrez-Cía I, de Cos PM, Juan AY, Obón-Azuara B, Alonso-Ovies Á, Martin-Delgado MC, et al. Perception of safety culture in Spanish intensive care units. Med Clin (Barc). 2010;135(1):37-44.

28. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan. Towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. [citado 2 Enero 2021]. Disponible en:

https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan

29. Sorra J, Gray L, Franklin M, et al. Action Planning Tool for the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016.

30. Urda Cardona AL, Peláez Cantero MJ. Seguridad hospitalaria en pediatría. An Esp Pediatr. 2015;83(4):227-8.

31. Salem M, Labib J, Mahmoud A, Shalaby S. Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture in Intensive Care Units: A Cross-Sectional Study. Open Access Maced J Med Sci. 2019;7(21):3667-72.

32. Farzi S, Moladoost A, Bahrami M, Farzi S, Etminani R. Patient Safety Culture in Intensive Care Units from the Perspective of Nurses: A Cross-Sectional Study. Iran J Nurs Midwifery Res. 2017;22(5):372-6.

33. Chang H-Y, Friesner D, Lee I-C, Chu T-L, Chen H-L, Wu W-E, et al. Openness to experience, work experience and patient safety. J Nurs Manag. 2016;24(8):1098-108.

34. Mir-Abellán R, Falcó-Pegueroles A, de la Puente-Martorell ML. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. Gac Sanit. 2017;31(2):145-9.

35. Granel N, Manresa-Domínguez JM, Watson CE, Gómez-Ibáñez R, Bernabeu-Tamayo MD. Nurses' perceptions of patient safety culture: a mixed-methods study. BMC Health Serv Res. 2020;20(1):584.

36. Notaro KAM, Corrêa ADR, Tomazoni A, Rocha PK, Manzo BF. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. Rev Lat Am Enfermagem. 2019;27:e3167.

37. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.

38. Famolaro T, Hare R, Yount ND, et al. Surveys on Patient Safety Culture (SOPS). Hospital Survey 2021 User Database Reports. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2021.

39. Seibert M, Hillen HA, Pfaff H, Kuntz L. Exploring leading nurses' work values and their association with team safety climate: Results from a questionnaire survey in neonatal intensive care units. J Nurs Manag. 2020;28(1):112-9.

40. Tsai Y. Learning organizations, internal marketing, and organizational commitment in hospitals. BMC Health Serv Res. 2014;14:152.

41. Profit J, Sharek PJ, Cui X, Nisbet CC, Thomas EJ, Tawfik DS, et al. The Correlation Between Neonatal Intensive Care Unit Safety Culture and Quality of Care. J Patient Saf. 2020;16(4):e310-6.

42. Tawfik DS, Thomas EJ, Vogus TJ, Liu JB, Sharek PJ, Nisbet CC, et al. Safety climate, safety climate strength, and length of stay in the NICU. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):738.

43. Hamilton K, Redshaw E, Tarnow-Mordi W. Dotación de personal de enfermería y su relación con la mortalidad neonatal ajustada. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá. 2007;26(3):99-108.

44. Sujan MA. A novel tool for organisational learning and its impact on safety culture in a hospital dispensary. Reliab Eng Syst Saf. 2012;101:21-34.

45. Fernandes A, Queirós P. Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. Rev Enferm Referência. 2011;3(4):37-48.

46. Tomazoni A, Rocha PK, de Souza S, Anders JC, de Malfussi HFC. Patient safety culture at Neonatal Intensive Care Units: perspectives of the nursing and medical team. Rev Lat Am Enfermagem. 2014;22(5):755-63.

11. **ANEXOS**

ANEXO 1. Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes

CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Versión española del Hospital Survey on Patient Safety

Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)

Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y posibles incidentes. Contestarla, apenas, le llevará unos 15 minutos.

- **Un incidente es cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas/procedimientos, produzca o no daño en el paciente.**
- **La seguridad del paciente son las actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria.**

Este cuestionario es estrictamente confidencial; todos los datos se gestionarán respetando de manera rigurosa el secreto estadístico.

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

19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	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.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE

Sección D: Información complementaria

43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.

MÍNIMA SEGURIDAD ○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10 MÁXIMA SEGURIDAD

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 ☐ SI 2 ☐ NO

50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta.

1 ☐ Anestesiología/Reanimación	12 ☐ Pediatría
2 ☐ Cirugía	13 ☐ Radiología
3 ☐ Diversas Unidades	14 ☐ Rehabilitación
4 ☐ Farmacia	15 ☐ Salud Mental/Psiquiatría
5 ☐ Laboratorio	16 ☐ Servicio de Urgencias
6 ☐ Medicina Interna	17 ☐ UCI (cualquier tipo)
7 ☐ Obstetricia y Ginecología	18 ☐ Neurología
8 ☐ Admisión	19 ☐ Traumatología
9 ☐ Nefrología	20 ☐ Hemodiálisis
10 ☐ Urología	21 ☐ Medicina nuclear
11 ☐ Oncología	22 ☐ Otro, por favor, especifique:.....

51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad . Marque una sola respuesta.

1 ☐ Gerencia/Dirección	7 ☐ Farmacéutico Residente
2 ☐ Administración	8 ☐ Fisioterapeuta
3 ☐ Auxiliar de Enfermería	9 ☐ Médico
4 ☐ Dietista	10 ☐ Médico Residente
5 ☐ Enfermero(a)	11 ☐ Técnico (por ejemplo EKG, Laboratorio, Radiología)
6 ☐ Farmacéutico/a	12 ☐ 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?

Anexo: Información adicional sobre su Servicio/Unidad*

53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc).	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
55. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
58. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
59. Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
60. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales).	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar sólo si en su unidad se manejan tratamientos con quimioterapia).	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE

*Ítems no incluidos en el cuestionario original de la AHRQ y elaborados específicamente para medir algunos de los indicadores del estudio "Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente", disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccion/validacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO 2. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL ESTUDIO: "Cultura de Seguridad del Paciente en Enfermeras de UCI Pediátrica y Neonatal"

En qué consiste:

- Este estudio tiene como principal objetivo evaluar la cultura de seguridad del paciente en Enfermeras que participen en la investigación, a través de un cuestionario validado para la población española.
- El estudio se llevará a cabo en enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica y Neonatal del Hospital Universitario Central de Asturias.
- Toda la información recogida se mantendrá de forma confidencial.
- Dada la naturaleza observacional del estudio, no es necesaria una cobertura de seguros adicional a la requerida para la práctica clínica normal.

YO……..……. (Nombre y Apellidos)

- He hablado con Adrielle dos Santos Silva (Nombre del Investigador)
- He recibido información sobre el citado estudio y he podido hacer preguntas sobre el mismo, de tal manera que juzgo que he recibido suficiente información al respecto.
- Comprendo que la participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio:

 Cuando quiera.

 Sin tener que dar explicaciones.

Presto mi conformidad para participar en el estudio

Firma del Participante | Firma del investigador

--- | ---

Fecha / / | Fecha / /