



Facultade de Enfermaría e Podoloxía
UNIVERSIDADE DA CORUÑA

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2012/2013

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Seguridad del Paciente en el Servicio de
Urgencias del Complejo Hospitalario
Universitario de Ferrol. Estado actual de la
Cultura de Seguridad del personal de
Enfermería.**

Sara Varela Espiñeira

Fecha de presentación: 28 de Junio de 2013

TUTORES DEL TRABAJO DE FIN DE GRADO:

María Gema García Rivera.

Javier Hermida Yáñez.

APÉNDICE DE ABREVIATURAS

Abreviatura	Significado
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
APEAS	Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud
CS	Cultura de Seguridad
DeCS	Descriptores de Ciencias de la Salud
EA	Evento Adverso
ENEAS	Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización.
EVADEM	Estudio de prevalencia sobre Eventos Adversos Derivados de la Asistencia Extrahospitalaria.
EVADUR	Eventos Adversos ligados a la Asistencia en los Servicios de Urgencias de hospitales españoles
Frec.	Frecuencia
HSOPS	Hospital Survey on Patient Safety Culture
MeSH	Medical Subject Headings
MSPS	Ministerio de Sanidad y Política Social
MTS	Sistema de Triage Manchester
NHS	National Health Service
OMS	Organización Mundial de la Salud
SEMES	Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias
Sergas	Servicio Galego de Saúde
SINASP	Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
SNS	Sistema Nacional de Salud
SP	Seguridad del Paciente
SU	Servicio de Urgencias
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos

Tabla 1: apéndice de las abreviaturas utilizadas.

ÍNDICE

1. Resumen / Resúmo / Abstract	Pág. 5
1.1. Resumen	Pág. 5
1.2. Resúmo	Pág. 6
1.3. Abstract	Pág. 7
2. Introducción	Pág. 9
3. Justificación del estudio	Pág. 18
4. Objetivos	Pág. 19
4.1. General	Pág. 19
4.2. Específicos	Pág. 19
5. Metodología	Pág. 20
5.1. Estrategia de búsqueda bibliográfica	Pág. 20
5.2. Tipo de estudio	Pág. 20
5.3. Ámbito de estudio	Pág. 21
5.4. Periodo de estudio	Pág. 21
5.5. Criterios de selección de la muestra	Pág. 22
5.5.1. Criterios de inclusión	Pág. 22
5.5.2. Criterios de exclusión	Pág. 22
5.6. Mecanismo de selección de la muestra	Pág. 22
5.7. Tamaño muestral	Pág. 22
5.8. Mediciones	Pág. 22
5.9. Técnica de recogida de datos	Pág. 29
5.10. Análisis de datos	Pág. 29
6. Resultados	Pág. 32
7. Discusión y conclusiones	Pág. 60
8. Consideraciones ético-legales	Pág. 64
9. Limitaciones	Pág. 65
10. Agradecimientos	Pág. 66
11. Bibliografía	Pág. 67
12. Anexos	Pág. 73

1. RESUMEN / RESUMO / ABSTRACT

1.1. Resumen.

Objetivos: 1) Conocer el nivel de cultura de seguridad del paciente de los profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. 2) Conocer las dimensiones valoradas positiva y negativamente por los profesionales de Enfermería. 3) Dar a conocer estrategias de mejora de la Seguridad del Paciente.

Metodología: Estudio descriptivo transversal que recogió los resultados de la valoración del nivel de cultura de los profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, utilizando como herramienta la encuesta *Hospital Survey on Patient Culture* adaptada al castellano. El cuestionario fue repartido por la investigadora a 29 profesionales. Se ha realizado un análisis descriptivo agrupando las respuestas en positivas, neutrales y negativas, a partir de las que se han identificado las fortalezas y las oportunidades de mejora entre las dimensiones y los ítems.

Resultados: La nota media sobre nivel de seguridad es de 6.8 sobre 10. Además, las dimensiones mejor valoradas son “Trabajo en equipo en la unidad” y “Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad” con un 81% y 71% de respuestas positivas respectivamente. Las peor valoradas fueron “Dotación de personal” (62% de respuestas negativas) y “Percepción global de seguridad” (44%), las que junto con las dimensiones “Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente” y “Respuesta no punitiva a los errores” constituyen un 54% de todas las respuestas negativas del cuestionario.

Conclusiones: Los datos obtenidos son similares a los de otros estudios de España que han utilizado este mismo cuestionario, obteniendo en ocasiones mejor puntuación en algunas de las dimensiones y peor en otras. La nota media de seguridad del paciente (6.8) es claramente

mejorable, para lo que se han diseñado acciones de mejora para las dimensiones peor valoradas y de esta manera incrementar el nivel de cultura del personal de Enfermería de este servicio.

Palabras clave: Cultura de Seguridad, Seguridad del Paciente, Servicio de Urgencias, Encuesta AHRQ.

1.2. Resumo.

Obxectivos: 1) Coñece-lo nivel de cultura de seguridade do paciente dos profesionais de Enfermería do Servizo de Urxencias do Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol. 2) Coñece-las dimensións valoradas positiva e negativamente polos profesionais de Enfermería. 3) Dar a coñecer estratexias de mellora da Seguridade do Paciente.

Metodoloxía: Estudio descriptivo transversal que recolleu os resultados da valoración do nivel de cultura dos profesionais de Enfermería do Servizo de Urxencias do Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol, utilizando como ferramenta o cuestionario *Hospital Survey on Patient Culture* adaptada ao castelán. o cuestionario foi repartido pola investigadora a 29 profesionais. Realizouse unha análise descriptiva agrupando as respostas en positivas, neutrais e negativas, a partir das que se identificaron as fortalezas e as oportunidades de mellora entre as dimensións e os ítems.

Resultados: A nota media sobre nivel de seguridade é de 6.8 sobre 10. Ademais, as dimensións mellor valoradas son “Traballo en equipo na unidade” e “Expectativas e accións da dirección/supervisión da Unidade/Servizo en apoio da seguridade” cun 81% y 71% de respostas positivas respectivamente. As peor valoradas foron “Dotación de persoal” (62% de respostas negativas) e “Percepción global de seguridade” (44%), las que xunto con las dimensións “Apoio da xerencia na seguridade do

paciente” e “Resposta non punitiva aos erros” constitúen un 54% de tódalas respostas negativas do cuestionario.

Conclusións: Os datos obtidos son similares aos de outros estudos de España que utilizaron este mesmo cuestionario, obtendo en ocasións mellor puntuación nalgunhas das dimensións e peor noutras. A nota media de seguridade do paciente (6.8) é claramente mellorable, para o que se deseñaron accións de mellora para as dimensións peor valoradas e desta maneira incrementa-lo nivel de cultura de seguridade do persoal de Enfermería deste servizo.

Palabras clave: Cultura de Seguridade, Seguridade do Paciente, Servizo de Urxencias, Cuestionario AHRQ.

1.3. Abstract.

Objectives: 1) Determine the level of patient safety culture of nursing professionals from the Emergency Department of the University Hospital of Ferrol. 2) Know the dimensions positively and negatively valued by nursing professionals. 3) Disseminate improvement strategies Patient Safety.

Methodology: A cross to record the results of the assessment of the level of culture of nursing professionals from the Emergency Department of the University Hospital from Ferrol, using the survey tool Hospital Survey on Patient Culture adapted to Castilian. The questionnaire was distributed by the researcher to 29 professionals. We performed a descriptive analysis grouping the responses into positive, neutral and negative, from those that have been identifying strengths and opportunities for improvement between the dimensions and items.

Results: The average score on level of safety is 6.8 out of 10. Moreover, the dimensions most valued are "Teamwork in unity" and "Expectations

and actions of management / supervision of the Unit / Service in support of security" with 81% and 71% of positive responses respectively. The lowest scores "Staffing" (62% of negative responses) and "global security Perception" (44%), which together with the dimensions "Support management in patient safety" and "non-punitive response to errors" constitute 54% of all negative responses from the questionnaire.

Conclusions: The data obtained are similar to those of other studies of Spain who have used the same questionnaire, sometimes getting better scores on some dimensions and worse in others. The average rating of patient safety (6.8) is clearly improved, for what actions are designed to improve worst valued dimensions and thus increase the level of nursing staff culture of this service.

Keywords: Culture of Safety Patient Safety, Emergency Services, AHRQ Survey.

2. INTRODUCCIÓN

La Seguridad del Paciente se define, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la “reducción del riesgo de daños innecesarios de la atención sanitaria a un mínimo aceptable”¹. Los servicios de urgencias tratan a pacientes en ambientes desafiantes y dinámicos que pueden contribuir a un mayor riesgo de efectos adversos^{1,2,3,4}, lo que justifica una mayor atención a los problemas de seguridad que acontecen en ellos. Sin embargo, poco se sabe acerca de los riesgos para la seguridad del paciente en el entorno de las emergencias¹, de hecho, revisiones previas de literatura identificaron una escasez de investigación relacionada con este tema, lo que revela la existencia de lagunas de conocimiento sobre aspectos importantes de la seguridad del paciente^{1,4,5,6,7}. A continuación se detallan los errores más descritos por la bibliografía (Tabla II)⁸.

Clasificación de los errores más descritos por la bibliografía

Diagnóstico

- Error o retraso en el diagnóstico.
- No utilizar las pruebas indicadas.
- Utilizar pruebas obsoletas.
- Fallos en la actuación con los resultados del seguimiento.

Tratamiento

- Error en la realización de un procedimiento o una prueba.
- Error en la administración de un tratamiento.
- Error en la dosis o en el método de utilización de un fármaco.
- Retraso evitable en el tratamiento o en la respuesta

Prevención

Fallo en proporcionar el tratamiento profiláctico.

Seguimiento inadecuado del tratamiento.

Otros

Fallo de comunicación.

Fallo del equipamiento.

Otros fallos del sistema.

Tabla II: errores más frecuentes en la atención clínica.

No obstante, en los últimos años, la gestión y reducción del riesgo para los pacientes se ha convertido en una preocupación cada vez más importante². Cabe destacar que aproximadamente la mitad de los proveedores de los servicios de emergencias informó cometer un error en su práctica durante el último año⁹. Además, la complejidad de la práctica clínica y el aumento de la edad media de los pacientes que son atendidos en los hospitales han provocado que los eventos adversos sean un problema frecuente, lo que ha hecho que el estudio de los EA (eventos adversos) cobre un notable auge^{8,10,11,12}. Gracias al fuerte empuje provocado por las alianzas en materias de la seguridad del paciente desarrolladas por las administraciones, se está implantando paulatinamente una conciencia y cultura de la seguridad entre los profesionales de la atención urgente así como el desarrollo de iniciativas de investigación con la consiguiente mejora de resultados y eficiencia en la prevención de riesgos¹⁰.

Un ejemplo de la creciente preocupación por la Seguridad del Paciente en los SU (servicios de urgencias) de España es la SEMES (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias), que emprende estrategias enfocadas a la mejora de la SP (seguridad del paciente) en la atención sanitaria en general y, de manera concreta y específica, en la atención de urgencias y emergencias¹³. De esta manera,

Cultura sobre Seguridad del Paciente en el Servicio de Urgencias.

como respuesta a las inquietudes manifestadas por los profesionales de la atención urgente, surge el Programa SEMES-Seguridad del Paciente, constituido por un conjunto de acciones que se pueden agrupar en 4 pilares¹³:

1. Cultura y formación en SP, mediante actividades formativas y la creación de una red de instructores en SP.
2. Investigación en SP (como el estudio EVADUR, estudio CULTURA o el futuro estudio EVADEM).
3. Innovación en SP, mediante el desarrollo de herramientas proactivas que faciliten la mejora continua de la calidad y de la SP en los SU españoles.
4. Creación de un observatorio en SP en urgencias y emergencias.

Respecto a la incidencia de EA, estudios realizados en diferentes países cifran que se producen en un 4 - 17% de los pacientes hospitalizados, de los que aproximadamente el 50% son considerados como evitables¹⁴. En España, el estudio ENEAS, cifró la incidencia de EA relacionados con la asistencia sanitaria en un 9,3%, además de que un 9,6% de los EA ocurridos en el periodo de prehospitalización ocurrieron en urgencias y un 37,5% de los EA hospitalarios tienen su origen en este servicio¹⁵. Por otro lado, el estudio APEAS¹⁶ (realizado en Atención Primaria) establece que la prevalencia de sucesos adversos fue de 18,6% consultas.

Aún así, la incidencia y/o prevalencia de EA en los SU no está determinada. La mayoría de los estudios se han realizado sobre pacientes hospitalizados que fueron atendidos previamente en servicios de urgencias, pero, si tenemos en cuenta que sólo entre el 10 y el 15% de los pacientes que acuden a estos servicios son finalmente hospitalizados, desconocemos la ocurrencia de efectos adversos en el alto porcentaje de pacientes que no son ingresados, que son la gran mayoría de las

atenciones urgentes que se practican^{4,10}. Por este motivo, se han puesto en marcha estudios como el EVADUR¹⁴, específico en los eventos adversos en el servicio de urgencias y realizado en 21 SU hospitalarios españoles. Se detectó que en el 12% de los casos se produjo algún tipo de incidente/EA. De ellos, el 54,8% se acompaña de daño al paciente y la mortalidad fue del 0,18%. Sobre el total de EA identificados, los relacionados con el manejo de los cuidados del paciente fueron los más frecuentes con un 25,3%, seguidos de los relacionados con el manejo de la medicación con un 23%, de los que el 8% eran reacciones adversas a la medicación y el 14,7% errores de la medicación. Hubo un 18% de problemas relacionados con el diagnóstico (error y/o retraso), mientras que los debidos a la comunicación se identificaron en el 17% de las ocasiones y los relacionados con la gestión del paciente se pudieron observar en un 9% de ocasiones. Resulta impactante que un 70% de los EA eran evitables, lo que demuestra la elevada capacidad de prevención de consecuencias graves que podemos obtener si se realizan acciones correctoras en los SU. Destacar que un porcentaje importante de los incidentes aparecen o son detectados posteriormente al alta (43%) (EA tardíos), fenómeno que es obviado en otros estudios. Uno de los aspectos más importantes del estudio fue la valoración de los efectos causales (Tabla III)¹³, hacia los cuales se deberían de dirigir las estrategias de mejora.

Factores causales responsables de incidentes en urgencias, según el estudio EVADUR*	
Causas	Frecuencia (%)
Manejo inadecuado del paciente	17,43
Retraso en el diagnóstico	14,85
Reacción adversa a la medicación	13,47
Manejo inadecuado de la técnica	13,27
Error en el diagnóstico	9,31
Omisión de dosis o medicación	8,91
Comunicación médico-paciente	7,92
Inadecuado manejo de signos de alerta	5,74
Comunicación médico-enfermera	5,35
Mantenimiento inadecuado de catéteres	4,95
Dosis incorrecta	4,75
Retraso en la consulta especializada	4,55
Comunicación enfermero-paciente	4,16

*Tabla III: factores causales de EA. *Adaptado de Tomas S et al¹⁶.*

Tampoco se conoce el peso que suponen las situaciones clínicas latentes (Tabla IV)¹³ que pueden acabar desencadenando un EA y cuya detección podría ayudar a prevenir la aparición del mismo¹⁰. La detección y prevención del riesgo de aparición de un EA, antes de que suceda, ha de ser un objetivo primordial en la mejora de la calidad de todo SU. Por otro lado, se estima que la gran mayoría de los EA no se declaran a pesar de la existencia de sistemas de notificación voluntaria anónima¹⁰, como es el caso del SINASP¹⁷ en el Sergas (Servicio Galego de Saúde). A esto se le suma, como se ha demostrado en diversos estudios, que los proveedores de atención de salud son reacios a admitir errores porque creen que no tienen las garantías adecuadas de protección legal¹⁸.

Condiciones latentes de riesgo en los servicios de urgencias y emergencias	
Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Afluencia • Tipología y gravedad • Complejidad clínica: <ul style="list-style-type: none"> – Pluripatología – Envejecimiento – Enfermedades crónicas – Variabilidad clínica
Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos y Enfermería: <ul style="list-style-type: none"> – Formación heterogénea – Plantilla, guardias, personal eventual, residentes... – Falta de seguimiento del paciente • Motivación (<i>burnout</i>) • Experiencia
Problemas de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Profesional-paciente • Profesional-profesional • Cambios de turno o guardia
Errores de medicación	<ul style="list-style-type: none"> • Reacciones adversas a la medicación (RAM) • Medicación de alto riesgo • Comunicación: <ul style="list-style-type: none"> – Órdenes verbales – Mala letra: órdenes médicas, recetas – Prescripción informática: fenómenos de “copia y pega” – No revisión por farmacia
Condiciones de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Escasa información sobre el paciente: <ul style="list-style-type: none"> – Paciente desconocido – Dificultad acceso a historia clínica • Interrupciones y distracciones • Turnos de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> – Guardias: cansancio, interrupción del sueño – Turnos: intercambios de información; mayor nº intervenciones por paciente • Presión asistencial: <ul style="list-style-type: none"> – Ratio médico-enfermero/paciente – Sobrecarga asistencial • Cambio de ubicación del enfermo • Cartera de servicios heterogénea

Tabla IV: condiciones que pueden desencadenar en un EA. Adaptado de Campodarve y Bleetman⁶.

Los sistemas de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente son sistemas que permiten la comunicación y el registro de incidentes, eventos, circunstancias o errores que afectan a la seguridad de los pacientes con el propósito de mejorar la calidad y seguridad de la atención sanitaria^{17,19}. La creación de un sistema de notificación y registro de incidentes y eventos adversos es uno de los objetivos incluidos en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS), en el marco de la Estrategia en Seguridad de Pacientes. La Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social ha contado con el apoyo técnico del Instituto Universitario Avedis Donabedian para el desarrollo y la coordinación de este sistema, denominado Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente, SiNASP. La implantación del SiNASP en los centros está siendo progresiva, con el fin de seguir adaptando y mejorando el sistema a partir de la información recogida de la experiencia de los centros que lo van utilizando. Su objetivo es mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes con el fin de promover los cambios necesarios en el sistema para evitar que estas situaciones vuelvan a producirse en el futuro^{17,19}.

Los SU han ido introduciendo progresivamente herramientas de trabajo y elementos de gestión que han contribuido, de manera directa o indirecta, a la mejora de la seguridad del paciente. La implantación de los sistemas de *triaje* estructurado (en los que se valora la priorización de la visita junto con la gravedad estimada por protocolos validados) y las políticas de mejora de la calidad mediante el seguimiento de indicadores y/o modelos de acreditación de SU (donde se valoran, entre otros elementos, la seguridad y el riesgo) han sido algunos de los avances más significativos, promovidos especialmente desde las sociedades científicas de medicina de urgencias¹⁰.

El triaje se trata de un sistema de jerarquización de las necesidades, se trata de un proceso que intenta evaluar de forma rápida la gravedad de la afección de cada paciente con la intención de priorizar el orden de tratamiento y asignar el lugar y los medios adecuados para el mismo^{20,21}, no consiste en establecer diagnósticos²⁰. En el año 2002 se introduce en España el Sistema de Triage Manchester (MTS), fruto de la integración de todos los sistemas de triaje que existían en el Reino Unido²⁰. Se ha realizado un estudio sobre la percepción de las enfermeras sobre el impacto de la experiencia y la seguridad del sistema de triaje Manchester en los departamentos de emergencia en el oeste de Suecia, cuyos resultados fueron que la experiencia de las enfermeras y los factores organizativos representaron el 65% de la seguridad del paciente²².

Para terminar, cabe destacar la importancia de la Cultura de Seguridad. El concepto de cultura de seguridad clínica se puede definir como un conjunto de creencias, valores y actitudes que comparten los profesionales sanitarios y que se reflejan en sus acciones diarias implementando prácticas seguras⁷. El alcanzar una cultura sobre seguridad adecuada se menciona como la primera de las “30 prácticas seguras” por el *National Quality Forum* de Estados Unidos, que además establece su medición como una recomendación capital²³. Por otra parte, la publicación del documento “La seguridad del paciente en 7 pasos” por el *National Health Service* (NHS) establece como primer paso el construir una cultura de seguridad (CS)²⁴. Ello es así ya que una buena cultura sobre seguridad es la clave para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos, fomentar la notificación y el aprendizaje de los errores e implantar las estrategias para evitar su repetición^{6,25}.

Hasta ahora, para conocer la cultura de seguridad, se han desarrollado diversos cuestionarios⁶. De entre todas las encuestas, disponemos de una herramienta auto administrada válida y fiable, que adapta al contexto español la encuesta original *Hospital Survey on Patient*

Safety Culture (HSOPS)²⁶ (Anexo 1) de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) de Estados Unidos, y que puede ser utilizada para medir este aspecto de la cultura de las organizaciones, identificar los aspectos en que habría que incidir para mejorarla, y poder monitorizar su evolución²⁵. Esta encuesta ha seguido un riguroso proceso de construcción y validación²⁷ y posee una extensa experiencia de aplicación que incluye más de 380 hospitales en Estados Unidos²⁸. Aparte de los estudios realizados en Estados Unidos, sólo se han publicado en Europa estudios con la misma herramienta en cinco hospitales belgas y uno noruego, y, con otra, en UCIs de hospitales del Reino Unido²⁵. Otros estudios, a veces circunscritos a un sólo tipo de profesional, se han realizado en países como Japón, Nueva Zelanda y Corea. En todos los casos, el objetivo ha sido averiguar cuál es la situación de esta importante característica de actitud en las organizaciones y cuáles serían las iniciativas a tomar para mejorarla²⁵.

3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La Cultura de Seguridad es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención²⁹. Por este motivo, es importante incluirla en todas las políticas dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.

Sensibilizar y dar formación a profesionales es importante para que adquieran una conciencia de seguridad. Por este motivo pretendemos con este estudio, centrado exclusivamente en los profesionales de Enfermería, conocer las actuaciones de los mismos dirigidas a una práctica segura y hacer que reflexionen sobre las mejoras que se podrían llevar a cabo.

Para concluir, pretendemos que el personal de Enfermería del Servicio de Urgencias del CHUF preste cuidados de calidad al paciente, garantizando siempre la seguridad en la prestación de sus servicios. Para lo que debemos de conocer el estado actual de conocimientos de los profesionales implicados. Además, es esencial en caso de que se produzca error la notificación de estos eventos aunque no lleguen a cursar daño al paciente.

La mejora en la seguridad del paciente es un objetivo de la Estrategia Sergas 2014 y ante la escasez de estudios realizados previamente y de bibliografía respecto al tema, hemos decidido llevar a cabo un estudio en nuestro hospital.

Consideramos que nuestra situación no es la ideal y, por tanto, según los resultados obtenidos se establecerán propuestas de mejora.

4. OBJETIVOS.

4.1. General:

- Conocer el nivel de Cultura sobre Seguridad del Paciente del personal de Enfermería del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

4.2. Específicos:

- Evaluar el nivel de cultura de seguridad del paciente de los profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol mediante la adaptación realizada gracias a la colaboración del Ministerio de Sanidad y la Universidad de Murcia de la encuesta original de la *Agency of Healthcare Research and Quality*.
- Determinar las dimensiones valoradas positiva y negativamente por los profesionales de Enfermería.
- Determinar las actitudes y comportamientos favorables relacionados con la Seguridad del Usuario en los profesionales de Enfermería del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.
- Establecer propuestas de mejora.

5. METODOLOGÍA

5.1 Estrategia de búsqueda bibliográfica.

La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo en diferentes bases de datos, tanto nacionales como internacionales. Entre ellas se encuentran: PubMed (MedLine), CINAHL, Cochrane Plus, CUIDEN Plus, ISI Web of Knowledge, ENFISPO, Scopus, DIALNET, SCIELO y Google Scholar.

Los descriptores MeSH y DeCS utilizados para la búsqueda han sido los siguientes:

- “Patient Safety” [MeSH] [DeCS].
- “Emergency Medical Services” [MeSH].
- “Urgencias Médicas” [DeCS].
- “Medical Errors” [MeSH] [DeCS].
- “Triage” [MeSH] [DeCS].
- “Organizational Culture” [MeSH].

Se ha limitado la búsqueda bibliográfica de la siguiente manera:

- Años: 2003-2013.
- Idioma: castellano e inglés.

Para terminar, a través de la página web del Sergas se ha obtenido información sobre el SINASP y también de la página Web del Ministerio de Sanidad se ha extraído bibliografía útil para este trabajo.

5.2 Tipo de estudio.

Se trata de un estudio:

- Descriptivo (se recolectan datos que describen la situación actual).
- Observacional (no hay intervención por parte del investigador).
- De corte transversal (se desarrolla en un momento concreto del tiempo).

Cultura sobre Seguridad del Paciente en el Servicio de Urgencias.

5.3 Ámbito de estudio.

El estudio se llevará a cabo en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF), que consta de una serie de salas y boxes en los que se prestará la atención al paciente. Estos son:

- Sala de espera filtro.
- Sala de triaje, donde establece la prioridad de atención.
- Filtros: F1, F2 y F3, que son boxes de atención para pacientes preferentemente con patología oftálmica, otorrinológica y traumatológica. F1 también es utilizado como box de aislamiento respiratorio.
- Abscesos: para pacientes con patologías que cursan con infección.
- Boxes de atención urgente general: Box 1, 2, 3, 4, 5 y 6. Para la asistencia de pacientes con prioridades de urgencia amarillo-naranja.
- Box de atención crítica: Box 10, para pacientes con prioridad roja.
- Sala de yesos: para valoración traumatológica.
- Salas de espera de pacientes no vistos.
- Salas de espera de mujeres y hombres: para pacientes pendientes de resultado o realización de pruebas que y han sido vistos por un equipo de atención media, con zonas habilitadas para aislamientos de contacto.
- Sala de observación: para pacientes inicialmente inestables o que precisen monitorización continua.
- Sala de urgencias de pediatría.

5.4 Periodo de estudio.

El periodo de estudio será desde el 1 de enero del 2013 al 10 de junio del 2013.

5.5 Criterios selección de la muestra:

5.5.1 Criterios de inclusión.

- Ser Enfermero/a en el Servicio de Urgencias del CHUF.

5.5.2 Criterios de exclusión.

- Enfermeros/as con contrato eventual en el Servicio de Urgencias del CHUF.

5.6 Mecanismo de selección de la muestra:

La selección de los profesionales de enfermería se llevará a cabo mediante un muestreo por conveniencia.

5.7 Tamaño muestral.

El Servicio de Urgencias del CHUF consta de 31 trabajadores. Para calcular el tamaño muestral utilizaremos los siguientes parámetros:

- Margen de error: 5%.
- Nivel de confianza: 95%.
- Tamaño del universo de la encuesta: 31.
- Nivel de heterogeneidad: 50%.

De esta manera sabemos que serán necesarios 29 profesionales para este estudio.

5.8 Mediciones.

Como resultado de la cooperación entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia, disponemos de una herramienta auto administrada válida y fiable, que adapta al contexto español la encuesta original de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) de Estados Unidos, y que puede ser utilizada para medir este aspecto de la cultura de las organizaciones, identificar los aspectos en

Cultura sobre Seguridad del Paciente en el Servicio de Urgencias.

que habría que incidir para mejorarla, y poder monitorizar su evolución. Por todo ello, se ha decidido elegir dicho cuestionario, que se adjuntará en el ANEXO 1.

Ítems y dimensiones de la cultura de seguridad que mide el cuestionario:

Las preguntas del cuestionario original se agrupan en un total de 12 dimensiones, cuyo significado, respetando la terminología de la versión original, se describe en la Tabla V. El análisis de las respuestas tiene sentido tanto para cada ítem en particular como para cada dimensión en su conjunto, según se explica más adelante. En todos los casos se indaga la percepción que sobre cada ítem y dimensión tienen los profesionales que responden.

A. RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD	
Dimensiones	Ítems
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 (Preg. 40). - Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (Preg. 41). - Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (Preg. 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 (Preg. 15). - Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (Preg. 18).

	<ul style="list-style-type: none"> - No se producen más fallos por casualidad (Preg. 10). - En esta unidad hay problemas relacionados con la “Seguridad del paciente” (Preg. 17).
B. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDAD/SERVICIO	
Dimensiones	Ítems
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 (Preg. 19). - Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (Preg. 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 (Preg. 21). - Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (Preg. 22).
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	<ul style="list-style-type: none"> - Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (Preg. 6). - 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). - Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (Preg. 13).
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	<ul style="list-style-type: none"> - El personal se apoya mutuamente (Preg. 1) - Cuando tenemos mucho trabajo,

	<p>colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (Preg. 3).</p> <p>- En esta unidad nos tratamos todos con respeto (Preg. 4).</p> <p>- Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (Preg. 11)</p>
6. Franqueza en la comunicación	<p>- Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (Preg. 35).</p> <p>- El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (Preg. 37).</p> <p>- El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta (Preg. 39).</p>
7. Feed-back y comunicación sobre errores	<p>- Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (Preg. 34).</p> <p>- Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad (Preg. 36).</p> <p>- En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (Preg. 38).</p>
8. Respuesta no punitiva a los errores	<p>- Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra (Preg. 8).</p> <p>- Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable" (Preg. 12).</p> <p>- Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (Preg. 16).</p>

9. Dotación de personal	<ul style="list-style-type: none"> - Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (Preg. 2). - A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (Preg. 5). - En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado sustitutos o personal temporal (Preg. 7). - Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (Preg. 14).
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	<ul style="list-style-type: none"> - La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (Preg. 23). - La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (Preg. 30). - 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).
C. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL	
Dimensiones	Ítems
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 (Preg. 26). - Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible (Preg. 32). - Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas(Preg. 24). - Suele resultar incómodo tener que trabajar

	con personal de otros servicios/Unidades (Preg. 28).
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	<ul style="list-style-type: none"> - La información de los paciente se pierde, en parte, cuando éstos se transfiere desde una unidad /servicio a otra (Preg. 25). - En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (Preg. 27). - El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático (Preg. 29). - Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (Preg. 33).

Tabla V: Dimensiones de la cultura de seguridad y los ítems que incluyen.

Consistencia interna de las dimensiones del cuestionario.

La consistencia interna de cada una de las dimensiones en la versión en español, calculando el α de Cronbach, se presenta en la Tabla VI. En todos los casos, la fiabilidad es de aceptable a excelente, a pesar de que el número de ítems que incluye cada dimensión es relativamente pequeño y dado que el α de Cronbach tiende a aumentar con el número de ítems considerados.

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

Tabla VI: Fiabilidad de las dimensiones contenidas en el cuestionario. Donde: > 0.6: aceptable; >0,7: buena ;> 0.8: excelente

5.9 Técnica de recogida de datos.

El cuestionario se entregó de manera personal a los profesionales de Enfermería, siempre en horario de mañana. Al mismo tiempo, se les proporcionó una breve explicación acerca de la manera de responder a los ítems, además de preguntarles si tenían algún tipo de duda para poder solventarla en el momento.

5.10 Análisis de datos.

Se ha efectuado un estudio descriptivo de la cultura sobre seguridad en el Servicio de Urgencias del CHUF y se han identificado las fortalezas y oportunidades de mejora siguiendo la metodología propuesta por la AHRQ.

Análisis estadístico descriptivo:

El cuestionario contiene preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. En el análisis de frecuencias inicial por ítems, se mantienen las opciones de respuesta originales, pero para el análisis global por dimensiones, se invierte la escala de las preguntas que están formuladas en sentido negativo para facilitar el análisis. Las formuladas negativamente se presentan en la Tabla VII:

Dimensión	Ítems
Frecuencia de eventos notificados	Ninguno
Percepción global de seguridad	10, 17
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	21, 22
Aprendizaje organizacional/mejora continua	Ninguno
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	Ninguno
Franqueza en la comunicación	39
Feed-back y comunicación sobre errores	Ninguno
Respuesta no punitiva a los errores	8, 12, 16
Dotación de personal	5, 7, 14
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	31
Trabajo en equipo entre unidades	24, 28
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	25, 27, 29, 33

Tabla VII: Ítems formulados negativamente en el cuestionario y que tendrán que ser invertidos para el análisis.

De forma general las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías de acuerdo con la siguiente tabla:

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

Tabla VIII: Categorías de las respuestas divididas en negativas, neutrales y positivas.

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

- $\geq 75\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” ó “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” ó “nunca/raramente”) a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar un ítem o una dimensión como **oportunidad de mejora** se emplean los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 50\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” ó “raramente/nunca”) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 50\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” ó “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en negativo.

Calificación del clima de seguridad.

Adicionalmente, la pregunta 43 presenta en una escala de cero a diez, la calificación global del clima de seguridad. Además de este ítem, 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.

6. RESULTADOS

Los resultados se han analizado siguiendo la metodología propuesta por la AHRQ. Se han estudiado 29 encuestas para lo que se han agrupado las respuestas en negativas, neutrales y positivas. Además se han calculado las frecuencias y porcentajes de cada uno de los ítems y tras invertir los ítems indicados anteriormente, se ha calculado el total de cada dimensión. Esto se representará en las siguientes gráficas.

Como ya se ha explicado en el apartado de metodología, el porcentaje de respuestas negativas o positivas de los ítems y dimensiones se ha utilizado para identificar las fortalezas y oportunidades de mejora en relación a este tema.

6.1. Datos socio-profesionales

Las preguntas 50 y 51 cuestionan sobre el servicio en el que trabajan y posición laboral, en las que todos han reflejado que son enfermeros/as del Servicio de Urgencias (puesto que estos eran los criterios de selección de la muestra) y a la pregunta de si mantienen un contacto directo con los pacientes, el total de los encuestados ha contestado que sí.

Los años que llevan en la profesión se encuentran en un rango de 4 a 28, encontrándose casi el 52% entre 4 y 12. Se puede observar un gradiente descendente del porcentaje a medida que aumentan los años, siendo el grupo más minoritario los que han comenzado a ejercer su oficio hace 24-28 años.

Esto mismo ocurre con el año en el que comenzaron a trabajar en este hospital. Podemos observar que casi el 60% trabaja en el CHUF desde hace 4-12 años.

Años en la profesión	%
4 - 7 años	24.14%
8 – 12 años	27.59%
13 – 17 años	20.69%
18 – 23 años	17.24%
24 – 28 años	10.34%

Tabla IX: Años que llevan trabajando como enfermeros

Años en este hospital	%
4 - 7 años	24.14%
8 – 12 años	34.48%
13 – 17 años	20.69%
18 – 23 años	13.79%
24 – 28 años	6.89%

Tabla X: Años que llevan trabajando en el CHUF.

El mínimo de experiencia en el Servicio de Urgencias es de 2 años, lo que asegura la inexistencia de gente no experta. Además, más de la mitad lleva trabajando en el SU entre 8 y 12 años, lo que puede garantizar un buen conocimiento del servicio y de su funcionamiento y, por tanto, de la seguridad del paciente en este mismo. Por otro lado, se puede observar que son pocos los que llevan 13 años o más.

Años en este servicio	%
2 - 7 años	34.48%
8 – 12 años	55.17%
13 – 17 años	3.44%
18 – 23 años	6.89%

Tabla XI: Años que llevan trabajando en este servicio

Horas de trabajo a la semana	%
31 horas	10.34%
35 horas	24.13%
37 horas	3.44%
38 horas	10.34%
40 horas	51.72%

Tabla XII: Tiempo de trabajo a la semana.

A la pregunta 52 en la que los encuestados pueden comentar lo que deseen sobre la seguridad del paciente que no se hayan tratado en el cuestionario, ninguno de ellos ha escrito nada.

6.2. Calificación del grado de seguridad.

El cuestionario proporciona una medida global del clima de seguridad mediante la pregunta 43 (en la que se pide a los encuestados que califiquen el grado de seguridad en su servicio), el número de eventos notificados y las dimensiones “Frecuencia de eventos notificados” y “Precepción global del clima de seguridad”.

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

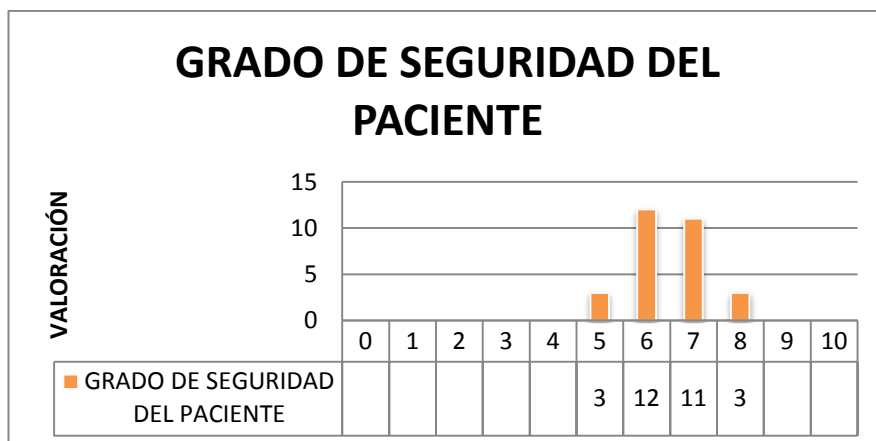


Figura 1: Calificación del clima de seguridad. Pregunta 43.

Se puede observar en la Figura 1 que en una escala de 0 a 10, la puntuación más baja fue de 5 y la más alta de 8 y, como se representa en la tabla XXXIII, la calificación media es de 6,48. Un 25% de los encuestados calificaron la seguridad del paciente por debajo de 6 y otro 25% por encima de 7, mientras que el 50% restante otorgó una calificación entre 6 y 7. Esta percepción la podríamos definir como poco dispersa y moderadamente alta, aunque obviamente mejorable.

Calificación del clima de seguridad	Media	6.48
	Mediana	6
	Moda	6
	Percentil 25	6
	Percentil 75	7

Tabla XIII: Resultados de la calificación del clima de seguridad.

6.2.2. Número de eventos notificados.

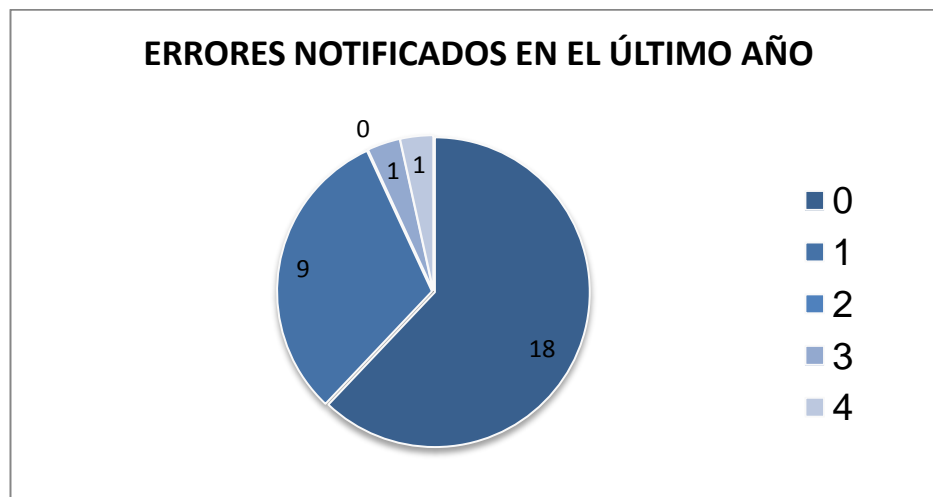


Figura 2: Número de errores notificados en el último año.

En el último año, más de la mitad de los encuestados (62%) refiere no haber notificado ningún evento, siguiéndoles con un 31% los que han

notificado un solo error y siendo una minoría (cerca del 7%) los que reflejan haberlo hecho 3 o 4 veces.

Errores notificados	%
0	62.07%
1	31.03%
2	0%
3	3.45%
4	3.45%

Tabla XIV: Porcentajes de los errores notificados en el último año.

6.2.3. Dimensión “Frecuencia de eventos adversos notificados”.

Esta dimensión va dirigida a los eventos o errores que no se han llegado a producir porque se han descubierto y corregido antes y que podrían haber causado daño pero no lo hicieron.

Los resultados de cada ítem se encuentran reflejados en la Tabla XV y los de la dimensión en total en la Tabla XVI, en las que podemos observar que no existen fortalezas (por no alcanzar ninguno el 75% de respuestas positivas) ni oportunidades de mejora (por no alcanzar el 50% de respuestas negativas).

Ítems	Nunca/Casi nunca		A veces		Casi siempre/ Siempre	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
- Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (Preg. 40).	5	17.24	8	27.59	16	55.17
- Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (Preg. 41).	7	24.13	4	19.79	18	62.06
- Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (Preg. 42).	8	27.59	13	44.82	8	27.59

Tabla XV: Frecuencias y porcentajes de respuestas negativas, neutrales y positivas de cada uno de los ítems de esta dimensión.

Total de la dimensión	Respuestas positivas	%	48.27%
		Frec.	14
	Respuestas neutras	%	28.73%
		Frec.	8.33
	Respuestas negativas	%	23%
		Frec.	6.67

Tabla XVI: Total de frecuencias y porcentajes de respuestas positivas, neutrales y negativas de esta dimensión.

6.2.4. Dimensión “Percepción global de seguridad”.

En esta dimensión nos encontramos con cuatro ítems, los dos últimos formulados de manera negativa (Preg. 10 y Preg. 17). Así, podemos encontrar una oportunidad de mejora en el ítem “No se producen más fallos por casualidad”, ya que posee un 62% de respuestas positivas. Además, la pregunta “Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si

eso implica sacrificar la seguridad del paciente” se encuentra cerca del límite, pero no llega a cumplir los criterios para considerarla oportunidad de mejora.

Respecto al total de la dimensión podemos observar que no se exceden los límites establecidos (75% de respuestas positivas o 50% de respuestas negativas), a pesar de que se trata de la segunda con más porcentaje de respuestas negativas de todo el cuestionario.

Ítems	Muy en desacuerdo/ En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo/ Muy de acuerdo	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
- Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (Preg. 15).	14	48.27	11	37.93	4	13.79
- Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (Preg. 18).	6	20.69	5	17.24	18	62.06
- No se producen más fallos por casualidad (Preg. 10).	5	17.24	6	20.69	18	62.07
- En esta unidad hay problemas relacionados con la “Seguridad del paciente” (Preg. 17).	16	55.17	0	0	13	44.83

Tabla XVII: Frecuencias y porcentajes de respuestas negativas, neutrales y positivas de cada uno de los ítems de esta dimensión.

Total de la dimensión	Respuestas positivas	%	37.07%
		Frec.	10.75
	Respuestas neutras	%	18.96%
		Frec.	5.5
	Respuestas negativas	%	43.96%
		Frec.	12.75

Tabla XVIII: Total de frecuencias y porcentajes de respuestas positivas, neutras y negativas de esta dimensión.

6.3. Dimensiones de “La Cultura de Seguridad a nivel de Unidad/Servicio”.

En este apartado se describen los resultados de las dimensiones centradas en la seguridad del paciente en el SU del CHUF. Estos son los siguientes.

6.3.1. Dimensión “Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad”.

En esta dimensión los encuestados reflejan su opinión acerca de la actitud de la dirección respecto a la seguridad del paciente y es la segunda con más porcentaje de respuestas positivas. En ella nos encontramos con dos fortalezas, que son los dos últimos ítems. El primero de ellos afirma que el superior pretende que trabajen más rápido poniendo en riesgo la seguridad del paciente y es rechazado por casi un 83% de las respuestas. El segundo se refiere a la despreocupación del jefe por los problemas de seguridad, en el que el 75,86% de los trabajadores manifiesta estar en desacuerdo o muy en desacuerdo.

Sin embargo, la dimensión en su conjunto no puede ser considerada fortaleza a pesar de que las respuestas positivas constituyen un gran porcentaje, como se observa en la Tabla XX.

Ítems	Muy en desacuerdo/ En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo/ Muy de acuerdo	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
- Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente (Preg. 19).	7	24.14	7	24.14	15	51.72
- Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (Preg. 20).	2	6.90	6	20.69	21	72.41
- 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).	24	82.76	1	3.45	4	13.79
- Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (Preg. 22).	22	75.86	3	10.34	4	13.79

Tabla XIX: Frecuencias y porcentajes de respuestas negativas, neutrales y positivas de cada uno de los ítems de esta dimensión.

Total de la dimensión	Respuestas positivas	%	70.70%
		Frec.	20.5
	Respuestas neutras	%	14.65%
		Frec.	4.25
	Respuestas negativas	%	14.65%
		Frec.	4.25

Tabla XX: Total de frecuencias y porcentajes de respuestas positivas, neutras y negativas de esta dimensión.

6.3.2. Dimensión “Aprendizaje organizacional/mejora continua”.

Se identifican tres ítems en esta dimensión en los que se evalúan las medidas dirigidas a mejorar la seguridad del paciente. No se detectan ni fortalezas ni oportunidades de mejora, pero sí que se puede afirmar en el global de la dimensión que las respuestas positivas son las que más abundan (Tabla XXII).

Ítems	Muy en desacuerdo/ En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo/ Muy de acuerdo	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
- Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (P. 6).	6	20.69	3	10.34	20	68.97
- 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).	6	20.69	3	10.34	20	68.97
- Los cambios para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (P. 13).	8	27.59	11	37.93	10	34.48

Tabla XXI: Frecuencias y porcentajes de respuestas negativas, neutras y positivas de cada uno de los ítems de esta dimensión.

Total de la dimensión	Respuestas positivas	%	57.48%
		Frec.	16.67
	Respuestas neutras	%	19.55%
		Frec.	5.67
	Respuestas negativas	%	23%
		Frec.	6.67

Tabla XXII: Total de frecuencias y porcentajes de respuestas positivas, neutras y negativas de esta dimensión.

6.3.3. Dimensión “Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio”.

Esta dimensión valora el apoyo mutuo del personal del SU tanto en general como en momentos de sobrecarga de trabajo. Con un 81% de respuestas positivas en el total (se considera fortaleza) es la mejor valorada de las doce dimensiones. Además, tres de los cuatro ítems se identifican como fortalezas, siendo el mejor de ellos “El personal se apoya mutuamente”, con más del 95% de respuestas positivas. El ítem “En esta unidad nos tratamos todos con respeto” es el peor valorado y el que no constituye una fortaleza (ver Tabla XXIII).

Ítems	Muy en desacuerdo/ En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo/ Muy de acuerdo	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
- El personal se apoya mutuamente (Preg. 1)	0	0	1	3.45	28	96.55
- Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos como un equipo para terminarlo (P. 3).	4	13.79	1	3.45	24	82.76
- En esta unidad nos tratamos todos con respeto (Preg. 4).	10	34.48	3	10.34	16	55.17
-Cuando alguien está sobrecargado, suele encontrar ayuda en los compañeros (P.11)	1	3.45	2	6.90	26	89.65

Tabla XXIII: Frecuencias y porcentajes de respuestas negativas, neutras y positivas de cada uno de los ítems de esta dimensión.

Total de la dimensión	Respuestas positivas	%	81.03%
		Frec.	23.5
	Respuestas neutras	%	6.03%
		Frec.	1.75
	Respuestas negativas	%	12.94%
		Frec.	3.75

Tabla XXIV: Total de frecuencias y porcentajes de respuestas positivas, neutras y negativas de esta dimensión.

6.3.4. Dimensión “Franqueza en la comunicación”.

Esta dimensión consta de 3 ítems en los que los trabajadores reflejan si existe o no la posibilidad de una comunicación abierta y sincera. En ellos no encontramos ninguna fortaleza, aunque sí son bastante numerosas las respuestas positivas, sobretodo del ítem “Cuando el personal ve algo que pueda afectar negativamente a la atención que

recibe el paciente, habla de ellos con total libertad” (72,41%). También se encuentra valorado positivamente el global de la dimensión con un 68.96%.

Ítems	Nunca/Casi nunca		A veces		Casi siempre/ Siempre	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
- Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (Preg. 35).	5	17.24	3	10.34	21	72.41
- El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (Preg. 37).	7	24.14	3	10.34	19	65.52
- El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta (Preg. 39).	20	68.96	5	17.24	4	13.79

Tabla XXV: Frecuencias y porcentajes de respuestas negativas, neutras y positivas de cada uno de los ítems de esta dimensión.

Total de la dimensión	Respuestas positivas	%	68.96%
		Frec.	20
	Respuestas neutras	%	12.65%
		Frec.	3.67
	Respuestas negativas	%	18.38%
		Frec.	5.33

Tabla XXVI: Total de frecuencias y porcentajes de respuestas positivas, neutras y negativas de esta dimensión.

6.3.5. Dimensión “Feed-back y comunicación sobre errores”.

En el total de la dimensión (Tabla XXVIII) las respuestas negativas son las más escasas, a éstas les siguen las neutras y se observa las respuestas positivas son las más numerosas, pero sin llegar a representar un porcentaje significativo (no alcanza el 46%). Es una de las dimensiones con más respuestas neutras y este resultado global de debe a que el 55.17% de los encuestados han elegido la opción “a veces” en el ítem “Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad”.

Negativamente, destaca el ítem “Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo” al que un 41% encuestados han contestado que no reciben ese tipo de información nunca o casi nunca. Pero a pesar de poseer abundantes respuestas negativas no se trata de una oportunidad de mejora.

Ítems	Nunca/Casi nunca		A veces		Casi siempre/ Siempre	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
- Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (Preg. 34).	12	41.38	7	24.14	10	34.48
- Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad (Preg. 36).	0	0	16	55.17	13	44.83
- En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (Preg. 38).	5	17.24	7	24.14	17	58.62

Tabla XXVII: Frecuencias y porcentajes de respuestas negativas, neutras y positivas de cada uno de los ítems de esta dimensión.

Total de la dimensión	Respuestas positivas	%	45.97%
		Frec.	13.33
	Respuestas neutras	%	34.48%
		Frec.	10
	Respuestas negativas	%	19.55%
		Frec.	5.67

Tabla XXVIII: Total de frecuencias y porcentajes de respuestas positivas, neutras y negativas de esta dimensión.

6.3.6. Dimensión “Respuesta no punitiva a los errores”.

Esta dimensión valora la intolerancia recibida por los trabajadores por parte de la organización o de sus compañeros después de haber cometido un error y consta de 3 ítems formulados de forma negativa, como se representa en la Tabla XXIX.

El mejor de los ítems es el primero de ellos, “Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra”, lo que niega el 72.41% de los encuestados consiguiendo un buen porcentaje de respuestas positivas.

El ítem peor valorado es “Cundo se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente”, con tan sólo un 27% de respuestas positivas y un 62% de respuestas negativas (“de acuerdo/muy de acuerdo” a una pregunta formulada en negativo). Esto hace que descienda el porcentaje de respuestas favorables en el global de la dimensión (Tabla XXX).

Ítems	Muy en desacuerdo/E n desacuerdo		Indiferente		De acuerdo/ Muy de acuerdo	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
- Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra (Preg. 8).	21	72.41	4	13.79	4	13.79
- Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable” (Preg. 12).	18	62.07	3	10.34	8	27.59
- Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (Preg. 16).	8	27.59	3	10.34	18	62.07

Tabla XXIX: Frecuencias y porcentajes de respuestas negativas, neutras y positivas de cada uno de los ítems de esta dimensión.

Total de la dimensión	Respuestas positivas	%	54.02%
		Frec.	15.67
	Respuestas neutras	%	11.49%
		Frec.	3.33
	Respuestas negativas	%	34.48%
		Frec.	10

Tabla XXX: Total de frecuencias y porcentajes de respuestas positivas, neutras y negativas de esta dimensión.

6.3.7. Dimensión “Dotación de personal”.

Cabe destacar que esta dimensión es la peor valorada de todo el cuestionario, aparte de que su porcentaje de respuestas positivas es el más bajo de todas las dimensiones. Posee un 62.06% de respuestas negativas (Tabla XXXII), por lo que evidentemente se trata de una

oportunidad de mejora. Además, observamos que un enorme porcentaje de encuestados (casi el 83%) está de acuerdo o muy de acuerdo con que “A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora”. Este ítem se encuentra entre los que más respuestas negativas han recibido en el total del cuestionario y también se incluye en las oportunidades de mejora.

Otros dos de los ítems de esta dimensión se suman a las oportunidades de mejora. El primero de ellos es “En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado sustitutos o personal temporal” (el 55.17% son respuestas positivas a una pregunta formulada en negativo) y el otro es “Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa”, en el que poco más del 62% afirma que es correcto.

El último de los ítems no puede considerarse una debilidad por no alcanzar el 50% de respuestas negativas, pero sí se observa que el porcentaje de estas respuestas es bastante elevado (48.27%).

Ítems	Muy en desacuerdo/E n desacuerdo		Indiferente		De acuerdo/ Muy de acuerdo	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
- Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (Preg. 2).	14	48.27	11	37.93	4	13.79
- A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (Preg. 5).	3	10.34	2	6.90	24	82.76
- En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado sustitutos o personal temporal (Preg. 7).	8	27.59	5	17.24	16	55.17
- Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (Preg. 14).	9	31.03	2	6.90	18	62.07

Tabla XXXI: Frecuencias y porcentajes de respuestas negativas, neutras y positivas de cada uno de los ítems de esta dimensión.

Total de la dimensión	Respuestas positivas	%	20.70%
		Frec.	6
	Respuestas neutras	%	17.24%
		Frec.	5
	Respuestas negativas	%	62.06%
		Frec.	18

Tabla XXXII: Total de frecuencias y porcentajes de respuestas positivas, neutras y negativas de esta dimensión.

6.3.8. Dimensión “Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente”.

Esta dimensión se encuentra entre las que poseen más porcentaje de respuestas negativas con casi un 37%. En sus ítems se puede observar bastante igualdad en los porcentajes de respuestas positivas y negativas, por lo que ninguno de ellos constituye una fortaleza o una debilidad. Positivamente, destaca más que los demás “La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades” y negativamente “La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente” con un 48.27% de respuestas negativas (a pesar de que ese mismo porcentaje lo encontramos también en sus respuestas positivas).

Ítems	Muy en desacuerdo/En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo/Muy de acuerdo	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
- La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (P23).	8	27.59	10	34.48	11	37.93
- La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (Preg. 30).	10	34.48	3	10.34	16	55.17
- La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (P31)	14	48.27	1	3.45	14	48.27

Tabla XXXIII: Frecuencias y porcentajes de respuestas negativas, neutrales y positivas de cada uno de los ítems de esta dimensión.

Total de la dimensión	Respuestas positivas	%	47.13%
		Frec.	13.67
	Respuestas neutras	%	16.09%
		Frec.	4.67
	Respuestas negativas	%	36.78%
		Frec.	10.67

Tabla XXIV: Total de frecuencias y porcentajes de respuestas positivas, neutras y negativas de esta dimensión.

6.4. Dimensiones de la “La Cultura de Seguridad a nivel de todo el Hospital”.

Este apartado está formado por dos dimensiones que valoran la seguridad del paciente en todo el CHUF, en la cooperación, comunicación y transiciones entre sus unidades o servicios.

6.4.1. Dimensión “Trabajo en equipo entre unidades/servicios”.

La dimensión valora la cooperación existente entre las diversas unidades del hospital y a pesar de que no llega a considerarse oportunidad de mejor, es una de las que menos porcentaje de respuestas positivas posee (tan sólo un 36.21%). En el global de la dimensión (Tabla XXXVI) podemos ver que la mayoría de las preguntas son neutrales.

El ítem “Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible” es el mejor valorado de todos los que forman esta dimensión y en él encontramos un porcentaje de respuestas positivas que ni siquiera llega al 50%.

Si la comparamos con la dimensión “Trabajo en equipo en la unidad/servicio” (Tabla XXIV) podemos observar la gran diferencia al ser mucho mejor valorada la cooperación del personal dentro del propio servicio de urgencias.

Ítems	Muy en desacuerdo/ En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo/ Muy de acuerdo	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
- Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente (Preg. 26).	4	13.79	16	55.17	9	31.03
- Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible (Preg. 32).	6	20.69	9	31.03	14	48.27
- Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas (Preg. 24).	10	34.48	10	34.48	9	31.03
- Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/Unidades (Preg. 28).	9	31.03	14	48.27	6	20.69

Tabla XXXV: Frecuencias y porcentajes de respuestas negativas, neutras y positivas de cada uno de los ítems de esta dimensión.

Total de la dimensión	Respuestas positivas	%	36.21%
		Frec.	10.5
	Respuestas neutras	%	42.24%
		Frec.	12.25
	Respuestas negativas	%	21.55%
		Frec.	6.25

Tabla XXXVI: Total de frecuencias y porcentajes de respuestas positivas, neutras y negativas de esta dimensión.

6.4.2. Dimensión “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades”.

Esta dimensión es mejor valorada por los encuestados que la anterior, pero aún así no se observa en ella ninguna fortaleza.

Positivamente puede destacar el ítem “La información de los paciente se pierde, en parte, cuando éstos se transfiere desde una unidad /servicio a otra”, que es negado por casi un 70% de los profesionales. A continuación encontramos el ítem “En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente” con más de un 65% de respuestas negativas (en una pregunta formulada de forma negativa).

El ítem con menor porcentaje de respuestas favorable (tan sólo un 27.59%) es “El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático”, frente al que un 52% se muestra indiferente. Éste es el responsable del descenso del porcentaje de respuestas positivas en el total de la dimensión.

Los resultados son representados en las tablas XXXVII y XXXVIII.

Ítems	Muy en desacuerdo/ En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo/ Muy de acuerdo	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
- La información de los paciente se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad /servicio a otra (Preg. 25).	20	68.96	3	10.34	6	20.69
- En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (Preg. 27).	19	65.52	4	13.79	6	20.69
- El intercambio de información entre los servicios es habitualmente problemático (Preg. 29).	8	27.59	15	51.72	6	20.69
- Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (Preg. 33).	17	58.62	11	37.93	1	3.45

Tabla XXXVII: Frecuencias y porcentajes de respuestas negativas, neutras y positivas de cada uno de los ítems de esta dimensión.

Total de la dimensión	Respuestas positivas	%	55.17%
		Frec.	16
	Respuestas neutras	%	28.45%
		Frec.	8.25
	Respuestas negativas	%	16.38%
		Frec.	4.75

Tabla XXXVIII: Total de frecuencias y porcentajes de respuestas positivas, neutras y negativas de esta dimensión.

6.5. Diagrama de Pareto:

Para establecer un orden de prioridades en la toma de decisiones se ha realizado un diagrama de Pareto, el que nos permite mostrar gráficamente el Principio de Pareto: en todo grupo de elementos o factores que contribuyen a un mismo efecto, unos pocos son responsables de la mayor parte de dicho efecto.

En la gráfica (Figura 3) se pueden observar los problemas vitales (muy importantes) a la izquierda y los triviales (poco importantes) a la derecha.

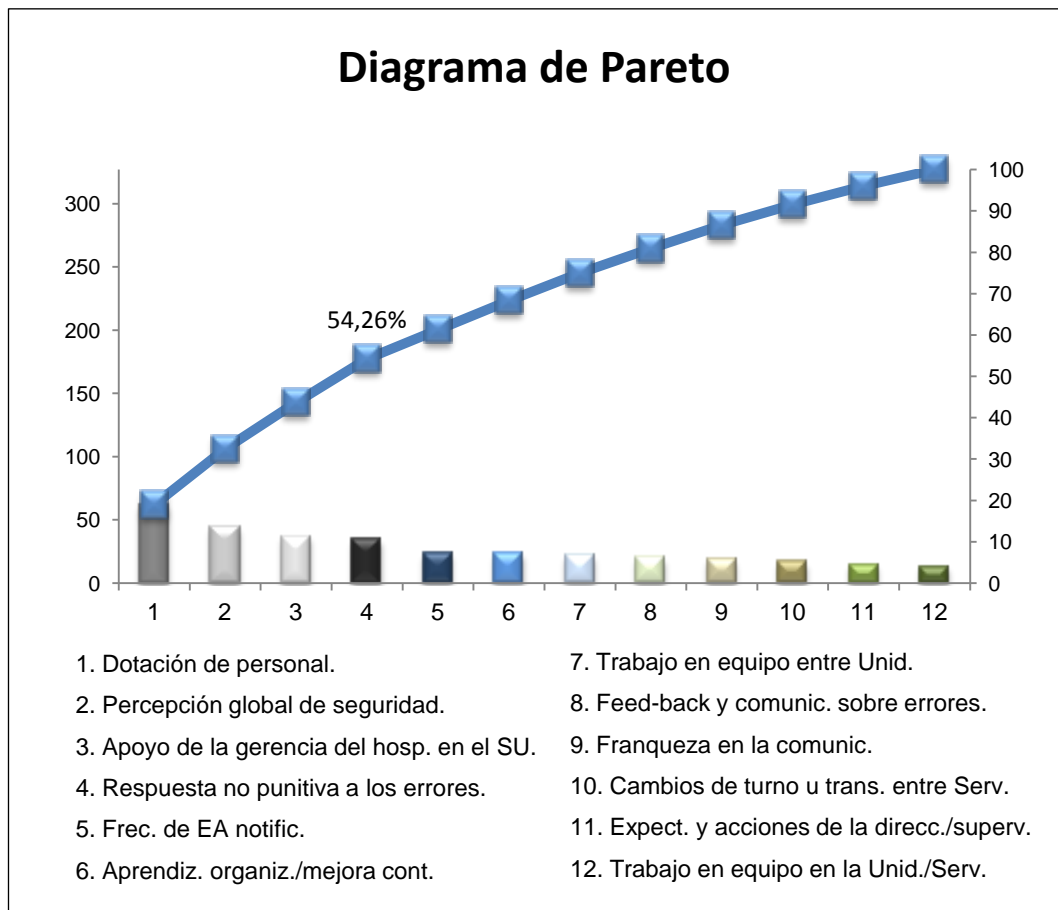


Figura 3: Diagrama de Pareto.

En el diagrama podemos observar que 4 dimensiones (del total de 12) son las responsables de más del 50% de las respuestas negativas del total: dotación de personal, percepción global de seguridad, apoyo de la gerencia y respuesta no punitiva a los errores.

6.6. Ordenación de las dimensiones:

6.6.1. Según el porcentaje de respuestas positivas:

Dimensiones	%
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	81.03%
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	70.70%
Franqueza en la comunicación	68.96%
Aprendizaje organizacional/mejora continua	57.48%
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	55.17%
Respuesta no punitiva a los errores	54.02%
Frecuencia de eventos notificados	48.27%
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	47.13%
Feed-back y comunicación sobre errores	45.97%
Percepción global de seguridad	37.07%
Trabajo en equipo entre unidades	36.21%
Dotación de personal	20.70%

Tabla XXXIX: Orden de las dimensiones (de mayor a menor) según el porcentaje de respuestas positivas.

6.7.2. Según el porcentaje de respuestas negativas:

Dimensiones	%
Dotación de personal	62.06%
Percepción global de seguridad	43.96%
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	36.78%
Respuesta no punitiva a los errores	34.48%
Frecuencia de eventos notificados	23%
Aprendizaje organizacional/mejora continua	23%
Trabajo en equipo entre unidades	21.55%
Feed-back y comunicación sobre errores	19.55%
Franqueza en la comunicación	18.38%
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	16.38%
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	14.65%
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	12.94%

Tabla XL: Orden de las dimensiones (de mayor a menor) según el porcentaje de respuestas negativas.

6.7. Fortalezas y debilidades identificadas:

Para clasificar las fortalezas y las debilidades se han seguido los criterios establecidos por la AHRQ, de esta manera se han identificado las siguientes:

6.7.1. Fortalezas:

Se consideran fortalezas las dimensiones e ítems con un porcentaje de respuestas favorables mayor del 75%. Sólo se ha identificado una dimensión como fortaleza (a pesar de que existen otras con porcentaje

Cultura sobre Seguridad del Paciente en el Servicio de Urgencias.

alto de respuestas positivas), mientras que en lo que respecta a los ítems, hemos encontrado cinco que se incluyen dentro de esta categoría.

6.7.1.1. Dimensiones:

- “Trabajo en equipo en la unidad/servicio” (81.03% de respuestas positivas).

6.7.1.2. Ítems:

- “El personal se apoya mutuamente” (96.55% de respuestas positivas).
- “Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros” (89.65% de respuestas positivas).
- “Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo” (82.76% de respuestas positivas).
- “Cuando aumenta la presión de trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente” (82.76% de respuestas negativas a una pregunta formulada negativamente).
- “Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente” (75.86% de respuestas negativas a una pregunta formulada negativamente).

6.7.2. **Oportunidades de mejora:**

Se consideran oportunidades de mejora las dimensiones e ítems con un porcentaje de respuestas desfavorables mayor del 50%. Al igual que ocurre con las fortalezas, sólo se ha identificado una dimensión como debilidad (a pesar de que existen otras con porcentaje alto de respuestas negativas) y cinco ítems son los que se incluyen en las oportunidades de mejora. Éstos son los siguientes:

6.7.2.1. Dimensiones:

Cultura sobre Seguridad del Paciente en el Servicio de Urgencias.

- “Dotación de personal” (62.06% de respuestas negativas).

6.7.2.2. Ítems:

- “A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora” (82.76% de respuestas positivas a una pregunta formulada negativamente).
- “Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa” (62.07% de respuestas positivas a una pregunta formulada negativamente).
- “Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente” (62.07% de respuestas positivas a una pregunta formulada negativamente).
- “No se producen más fallos por casualidad” (62.07% de respuestas positivas a una pregunta formulada negativamente).
- “En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal” (55.17% de respuestas positivas a una pregunta formulada negativamente).

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

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 CHUF, de manera que se puedan identificar las debilidades de este servicio 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 el de F. Roqueta et al⁶ o el del MSPS²⁵ (Ministerio de Sanidad y Política Social) nos permite saber si los resultados de nuestro colectivo difieren de los demás. De esta forma, observamos que nuestros resultados son mejores que los del estudio realizado por F. Roqueta et al⁶, en el número total de respuestas positivas es inferior (45% frente a 52%) y el de negativas es superior a las de nuestro trabajo (29% frente a 27%). Respecto a la calificación global del grado de seguridad, en nuestro estudio hemos obtenido una puntuación media de 6.8, mientras que en los trabajos con los que hemos comparado la calificación ha sido de 6.1 (en el de F. Roqueta et al⁶) y de 7 (en el del MSPS²⁵). Esta puntuación nos hace que nos percatemos de la existencia de las numerosas mejoras que se podrían realizar buscando una actuación de los Enfermeros/as y de la dirección ideal para la seguridad del paciente.

En nuestros resultados se observa que un 62% de los encuestados refiere no haber notificado ningún evento adverso para el paciente en el último año, mientras que en 31% han notificado un solo error, lo que hace un total de 93%, porcentaje similar al obtenido por el MSPS²⁵. En la dimensión "Frecuencia de eventos adversos notificados" podemos ver que, aunque no sea una oportunidad de mejora, habría que reflexionar sobre la notificación de los errores que no han tenido consecuencias

adversas, ya que una mínima parte de los participantes (27%) aseguran que esto se realiza, frente a un 47% obtenido en el del MSPS.

Centrándonos en el porcentaje de respuestas positivas de cada dimensión encontramos como fortaleza “Trabajo en equipo en la Unidad/ Servicio” (tres de sus ítems son también fortalezas) y destaca también la dimensión “Expectativas y acciones de la dirección en el apoyo de la seguridad. Esto coincide con los resultados obtenidos por los estudios citados anteriormente^{6,25}, aunque en este se puede observar un mayor porcentaje de respuestas positivas. A pesar de que el objetivo en el que nos centramos es establecer recomendaciones para mejorar las debilidades, no debemos olvidar la enorme importancia de mantener estas fortalezas e incluso mejorarlas en todo lo posible.

En lo relativo a las dimensiones peor valoradas, como ya se ha reflejado en los resultados, son “Dotación de personal” (dentro de la que nos encontramos tres ítems que son debilidades) y “Percepción global de seguridad”. La primera de ellas coincide con los trabajos comparados^{6,25}, obteniendo en nuestro estudio un 62.06% de respuestas negativas (considerada oportunidad de mejora), dato parecido al que muestra el MSPS (61.7% de respuestas negativas en esta dimensión). Esto es algo peor que en el estudio de F. Roqueta el at, en el que el porcentaje de respuestas negativas en este apartado es del 57%.

Como ya se ha dicho anteriormente, la finalidad última de la encuesta es detectar todos aquellos aspectos susceptibles de mejora y aplicar estrategias para alcanzarla. Para esto es importante priorizar estas áreas donde se debe actuar, para lo que se ha realizado un Diagrama de Pareto en el que observamos que 4 dimensiones son responsables del 54% de las respuestas negativas. Estas son: “Dotación de personal”, “Percepción global de seguridad”, “Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente” y “Respuesta no punitiva a los errores”. Las tres primeras coinciden también con los estudios de comparación^{6,25}, lo que demuestra que lo que está fallando en nuestro Servicio de Urgencias es lo mismo

que en 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. Ello supone el desarrollo de las siguientes actuaciones: establecer y mantener un liderazgo que promueva una cultura de seguridad, comunicar los resultados y tomar medidas para mejorarla, formar a los profesionales en técnicas de trabajo en equipo y de los principios de reducción de errores y establecer programas de notificación y aprendizaje, para identificar y analizar los incidentes que se producen y las situaciones de riesgo, y aplicar y evaluar acciones de mejora en relación con los mismos³⁰.

De manera más específica y centrándonos en las oportunidades de mejora que han resultado de nuestro estudio, se podrían formular recomendaciones como éstas:

- Dado que la dimensión peor valorada es “Dotación del personal” es de vital importancia que se produzca una mejoría de los recursos humanos, de manera que los profesionales no tengan que trabajar bajo presión, ni aumentar el ritmo poniendo en peligro la seguridad del paciente^{25,30}. Además, deberían de tenerse en cuenta las situaciones de sobredemanda en las que se produce una saturación del servicio y la carga de trabajo aumenta notablemente^{6,31}.
- Para una mejora de la percepción global que el personal tiene sobre la seguridad, sería necesario analizar exhaustivamente los eventos adversos que se producen para identificar las causas y aprender lecciones de seguridad²⁴. Para ello, se debe realizar una medición del daño y de las repercusiones, considerar las circunstancias presentes cuando se produjo e implementar soluciones para evitar que vuelva a ocurrir^{6,24}.

- La implicación de los líderes es uno de los puntos claves en la cultura de seguridad. Ejemplos de las acciones que estos deberían de llevar a cabo son las siguientes: fomentar una cultura abierta y justa, integrar la gestión de riesgos con la gestión global de la organización (establecer objetivos, implementar planes de mejora...), promover la notificación de eventos adversos, involucrar a los pacientes y familiares, aprender de los errores y enseñar a aprender al personal de cómo y por qué los EA suceden y, por último, implementar soluciones que reduzcan el riesgo mediante cambios en prácticas, proceso y sistema²⁴.
- Lo idóneo sería que los temas de seguridad se trataran como un problema de equipo y no individual²⁵, de esta manera el personal no se sentiría cohibido por el miedo a las represalias a la hora de reconocer que ha cometido un error, fomentando a la vez la notificación de los EA pudiendo así tener un mejor conocimiento de los errores que se producen en el servicio y actuar sobre sus causas para evitar que se repitan en un futuro.

En este estudio ofrecemos una breve muestra de los cambios que se podrían llevar a cabo en este servicio para mejorar la cultura de seguridad, pero claro está que debería de ampliarse la investigación y realizarse en más servicios y a más profesionales, pudiendo ofrecer así unas recomendaciones más precisas y, por último, lo idóneo sería evaluar periódicamente la cultura de seguridad para saber si se ha producido una favorable evolución.

8. CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES.

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. Entre ellos se encuentra la Declaración de Helsinki (ANEXO 2), el Principio de Beneficencia (que deriva de la máxima hipocrática "*primum non nocere*" o "*ante todo no dañar*"), el Principio de Respeto a la Dignidad Humana (que incluye el derecho a la autodeterminación y el conocimiento irrestricto de información) y el Principio de Justicia (que engloba el derecho a un trato justo y el derecho a la privacidad). Por último, afirmamos que no ha existido conflicto de intereses.

9. LIMITACIONES.

- El estudio ha sido realizado solamente a los enfermeros/as del Servicio de Urgencias del CHUF, ya que está enfocado a este colectivo. No obstante, sería interesante realizarlo a mayores en otros servicios y a otros profesionales como médicos y auxiliares de enfermería, ya que éstos también están directamente vinculados a la seguridad del paciente.
- Por el mismo motivo, nos hemos encontrado con un limitado tamaño muestral.
- La gran cantidad de ítems de los que consta el cuestionario (52 ítems) hace que a los encuestados les resulte largo y se cansen de cubrirlo.

10. AGRADECIMIENTOS

- A los tutores del proyecto, María Gema García Rivera y Javier Hermida Yáñez, por su paciencia, consejo, y ánimos en los momentos de agobio en los que creía que todo estaba mal.
- A los profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias del CHUF, por dedicar una parte de su tiempo a la colaboración en este estudio.
- A la Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol, por formarme durante los últimos cuatro años como enfermera capaz de realizar este trabajo.

En general, me gustaría dar las gracias a todas las personas que han estado apoyándome durante estos meses, que me ha animado y empujado para seguir hacia delante, invirtiendo su tiempo y su paciencia para que este proyecto se pudiera llevar a cabo.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. L. Bigham, B, Bull E, Morrison M, Burgess R, Maher J, Brooks S.C *et al.* Patient safety in emergency medical services: executive summary and recommendations from the Niagara Summit. *CJEM* [revista en internet] 2011 [acceso 2 de enero de 2013]; 13(1):13-18. Disponible en: <http://www.cjem-online.ca/v13/n1/p13>
2. Atack L, Maher J. Emergency medical and health providers' perceptions of key issues in prehospital patient safety. *Prehosp Emerg Care* [revista en internet] 2010 [acceso 3 de enero de 2013]; 14(1):95-102. Disponible en: <http://www.janetmaher.ca/content/Atack-Maher-in-Prehospital-emergency-Care-Jan-2010.pdf>
3. Bigham B.L, Buick J.E, Brooks S.C, Morrison M, Shojania K.G, Morrison L.J. Patient safety in emergency medical services: A systematic review of the literature . *Prehosp Emerg Care* [revista en Internet] 2012 [acceso 10 de enero de 2013]. 16(1): 20-35. Disponible en: <http://www.emergencymedicine.utoronto.ca/Assets/EmergeMed+Digital+Assets/Patient+safety+in+EMS.pdf>
4. Chanovas M, Campodarve I, Tomás S. Eventos adversos en los servicios de urgencias: ¿El servicio de urgencias como sinónimo de inseguridad clínica para el paciente? *Emergencias*. 2007; 1(3): 7-13.
5. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 [acceso 7 de enero de 2013]. Patient safety research: a guide for developing training programmes. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75359/1/9789241503440_eng.pdf
6. Roqueta F, Tomás S, Chanovas M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30

hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Emergencias. 2011; 23: 356-364.

7. SEMESEUSKADI.org [sede Web]. Euskadi: Servicio de Urgencias, Hospital de Txagorritxu; 2011 [acceso 23 de enero de 2013]. Seguridad del Paciente en Urgencias: Cultura de la Seguridad Clínica. Disponible en: http://semeseuskadi.org/Portals/0/Jornadas/Archivo_Documentos/XVI_Jornadas/Seguridad%20del%20paciente%20de%20urgencias.pdf
8. Tomás S. Introducción a la seguridad clínica del paciente. Emergencias. 2007; 2:1-6.
9. Lu D.W, Guenther E, Wesley A.K, Gallagher T.H. Disclosure of Harmful Medical Errors in Out-of-Hospital Care. Ann Emerg Med [revista en Internet] 2012 [acceso 7 de enero de 2013]; 61(2): 215-221. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0196064412011754/1-s2.0-S0196064412011754-main.pdf?_tid=4370950e-c6fd-11e2-bfbd-00000aab0f26&acdnat=1369680363_9e199bfe33cea9915ac788957511146a
10. Tomás S, Gimena I. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. Sn Sist San Navar [revista en Internet] 2010 [acceso 10 de enero de 2013]; 33(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272010000200015&script=sci_arttext
11. Grupo de estudio del proyecto IDEA. De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria. Valencia: Generalitat Valenciana; 2004.
12. Aranaz JM, Aibas C, Galán A, Limón R, Requena J, Álvarez E et al. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. Gac Sanit [revista en Internet] 2006

Cultura sobre Seguridad del Paciente en el Servicio de Urgencias.

[acceso 2 de enero de 2013]; 20(1): 41-47. Disponible en:
<http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/78.pdf>

13. Tomás S, Chánovas M, Roqueta F, Toranzo T. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del Programa SEMES-Seguridad Paciente. *Emergencias*. 2012; 24: 225-233.
14. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T y Grupo de Trabajo EVADUR-SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*. 2010; 22: 415-428.
15. Ministerio de Sanidad y Consumo [sede web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [acceso 15 de enero de 2013]. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Disponible en:
<http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
16. Ministerio de Sanidad y Consumo [sede web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [acceso 15 de enero de 2013]. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Disponible en:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_ap_eas.pdf
17. Ministerio de Sanidad. SINASP [sede web]. Madrid: Ministerio de Sanidad. [Acceso 20 de enero de 2013]. Disponible en:
<https://www.sinasp.es/>
18. Rodham H, Obama B, Making Patient Safety the Centerpiece of Medical Liability Reform. *N Engl J Med* [revista en Internet] 2006

[acceso 7 de enero de 2013]; 354: 2205-2208. Disponible en:
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp068100>

19. Ministerio de Sanidad y Política Social [sede web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [acceso 18 de enero de 2013]. El establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en el sector sanitario: aspectos legales. Disponible en:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Establecimiento_Sistema_Nacional_Notificacion.pdf
20. Grupo Español de Triage Manchester. Triage de Urgencias Hospitalarias. 1ª ed. London: Blackwell Publishing Ltd ; 2004.
21. Gómez J. urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. Emergencias. 2006; 18:156-164.
22. Forsman B, Forsgren S, Carlström E. Nurses working with Manchester triage – The impact of experience on patient security. AENJ [revista en Internet] 2012 [acceso 12 de enero de 2013]; 15(2): 100-107. Disponible en:
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiailImageURL&_cid=273448&_user=2345166&_pii=S1574626712000304&_check=y&_origin=article&_zone=toolbar&_coverDate=2012-May-31&_view=c&_originContentFamily=serial&_wchp=dGLbVlt-zSkWA&_md5=be59ff52f7775a3eccebc68e6f6c306f&_pid=1-s2.0-S1574626712000304-main.pdf
23. The National Quality Forum [sede web]. Washigton, DC: The National Quality Forum; 2003 [acceso 22 de enero de 2013]. Safe Practices for Better Healthcare. Disponible en:
<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/nqfpract.pdf>

Cultura sobre Seguridad del Paciente en el Servicio de Urgencias.

24. Ministerio de Sanidad y Consumo [sede web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [acceso 22 de enero de 2013]. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA), Sistema Nacional de Salud (NHS) Reino Unido. La seguridad del paciente en 7 pasos. Disponible en:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp5.pdf
25. Ministerio de Sanidad y Política Social [sede web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [acceso 20 de enero de 2013]. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Disponible en:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf
26. Ministerio de Sanidad y Consumo [sede web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [acceso 14 de enero de 2013]. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Disponible en:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>
27. AHQR [sede web]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004 [acceso 14 de enero de 2013]. De Sorra J, Nieva V. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Disponible en:
<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/resources/hospcult.pdf>
28. AHQR [sede web]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007 [acceso 14 de enero de 2013]. De Sorra J, Nieva V, Famolaro T, Dyer N. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 Comparative Database Report. Disponible en:
<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/surveys/hospital/2007/hospsurveydb1.pdf>

Cultura sobre Seguridad del Paciente en el Servicio de Urgencias.

29. Institute for Healthcare Improvement [sede Web]. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; 2011 [acceso 4 de enero de 2013]. Develop a Culture of Safety. Disponible en: <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Changes/DevelopaCultureofSafety.aspx>
30. Ministerio de Sanidad y Política Social [sede web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [acceso 15 de junio de 2013]. Unidad de urgencias hospitalarias. Estándares y recomendaciones. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
31. Flores C.R. La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. Emergencias. 2011; 23: 59-64.

12. ANEXOS

ANEXO 1



CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Versión española del Hospital Survey
on Patient Safety

Agency for Health Care Research and Quality
(AHRQ)



Su opinión es muy importante para todos

Esta es una adaptación fruto del convenio entre la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia.



Universidad de Murcia
 Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad
 Proyecto CUSEP

Agency for Healthcare Research and Quality –AHRQ– (versión original)

*Adaptación al español: Juan J. Gascón Cánovas, Pedro J. Sabido Hernández y
 Grupo de Trabajo del Proyecto sobre Cultura de Seguridad del Paciente –
 CUSEP– (Pedro Pérez Fernández, Inmaculada Vicente López, Arantza González
 Vicente, José Martínez Mas y M^a del Mar Saura)*

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, plene en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo

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

19. Mi superior(jefe) expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	<input type="radio"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> 2 En desacuerdo	<input type="radio"/> 3 Indiferente	<input type="radio"/> 4 De acuerdo	<input type="radio"/> 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.	<input type="radio"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> 2 En desacuerdo	<input type="radio"/> 3 Indiferente	<input type="radio"/> 4 De acuerdo	<input type="radio"/> 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.	<input type="radio"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> 2 En desacuerdo	<input type="radio"/> 3 Indiferente	<input type="radio"/> 4 De acuerdo	<input type="radio"/> 5 Muy de acuerdo
22. Mi superior(jefe) pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	<input type="radio"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> 2 En desacuerdo	<input type="radio"/> 3 Indiferente	<input type="radio"/> 4 De acuerdo	<input type="radio"/> 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.	<input type="radio"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> 2 En desacuerdo	<input type="radio"/> 3 Indiferente	<input type="radio"/> 4 De acuerdo	<input type="radio"/> 5 Muy de acuerdo
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	<input type="radio"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> 2 En desacuerdo	<input type="radio"/> 3 Indiferente	<input type="radio"/> 4 De acuerdo	<input type="radio"/> 5 Muy de acuerdo
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	<input type="radio"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> 2 En desacuerdo	<input type="radio"/> 3 Indiferente	<input type="radio"/> 4 De acuerdo	<input type="radio"/> 5 Muy de acuerdo
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	<input type="radio"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> 2 En desacuerdo	<input type="radio"/> 3 Indiferente	<input type="radio"/> 4 De acuerdo	<input type="radio"/> 5 Muy de acuerdo
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	<input type="radio"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> 2 En desacuerdo	<input type="radio"/> 3 Indiferente	<input type="radio"/> 4 De acuerdo	<input type="radio"/> 5 Muy de acuerdo
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	<input type="radio"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> 2 En desacuerdo	<input type="radio"/> 3 Indiferente	<input type="radio"/> 4 De acuerdo	<input type="radio"/> 5 Muy de acuerdo
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	<input type="radio"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> 2 En desacuerdo	<input type="radio"/> 3 Indiferente	<input type="radio"/> 4 De acuerdo	<input type="radio"/> 5 Muy de acuerdo
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	<input type="radio"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> 2 En desacuerdo	<input type="radio"/> 3 Indiferente	<input type="radio"/> 4 De acuerdo	<input type="radio"/> 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.	<input type="radio"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> 2 En desacuerdo	<input type="radio"/> 3 Indiferente	<input type="radio"/> 4 De acuerdo	<input type="radio"/> 5 Muy de acuerdo
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	<input type="radio"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> 2 En desacuerdo	<input type="radio"/> 3 Indiferente	<input type="radio"/> 4 De acuerdo	<input type="radio"/> 5 Muy de acuerdo
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	<input type="radio"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> 2 En desacuerdo	<input type="radio"/> 3 Indiferente	<input type="radio"/> 4 De acuerdo	<input type="radio"/> 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.	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECEs	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 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.	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECEs	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 5 SIEMPRE

36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECEA	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 5 SIEMPRE
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECEA	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 5 SIEMPRE
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECEA	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 5 SIEMPRE
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECEA	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 5 SIEMPRE
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECEA	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 5 SIEMPRE
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECEA	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 5 SIEMPRE
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECEA	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 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"/> Hemodíalisis
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"/> Farmacéutica	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

ANEXO 2

DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

Adoptada por la
18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964
y enmendada por la
29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975
35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983
41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989
48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996
52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000
Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM,
Washington 2002
Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM,
Tokio 2004
59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008

A. INTRODUCCION

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo no debe ser aplicado sin considerar todos los otros párrafos pertinentes.

2. Aunque la Declaración está destinada principalmente a los médicos, la AMM insta a otros participantes en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

3. El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

4. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos. Las poblaciones que están subrepresentadas en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

6. En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.

7. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

8. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

9. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

B. PRINCIPIOS PARA TODA INVESTIGACION MEDICA

11. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

12. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

13. Al realizar una investigación médica, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan dañar el medio ambiente.

14. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos debe describirse claramente en un protocolo de investigación. Este debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. El protocolo debe describir los arreglos para el acceso después del ensayo a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o el acceso a otra atención o beneficios apropiadas.

15. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité.

16. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la formación y calificaciones científicas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

17. La investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y si existen posibilidades razonables de que la población o comunidad, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

18. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y las comunidades que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o comunidades afectadas por la enfermedad que se investiga.

19. Todo ensayo clínico debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

20. Los médicos no deben participar en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender inmediatamente el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

21. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para la persona que participa en la investigación.

22. La participación de personas competentes en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona competente debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

23. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.

24. En la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

25. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, el médico debe pedir normalmente el consentimiento para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación o podría ser una amenaza para su validez. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

26. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

27. Cuando el individuo potencial sea incapaz, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud de la población representada por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas competentes y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

28. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incompetente es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

29. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

30. Los autores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Los autores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

C. PRINCIPIOS APLICABLES CUANDO LA INVESTIGACION MEDICA SE COMBINA CON LA ATENCION MEDICA

31. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

32. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con la mejor intervención probada existente, excepto en las siguientes circunstancias:

- El uso de un placebo, o ningún tratamiento, es aceptable en estudios para los que no hay una intervención probada existente.

- Cuando por razones metodológicas, científicas y apremiantes, el uso de un placebo es necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención que no implique un riesgo, efectos adversos graves o daño irreversible para los pacientes que reciben el placebo o ningún tratamiento. Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

33. Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio tienen derecho a ser informados sobre sus resultados y compartir cualquier beneficio, por ejemplo, acceso a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o a otra atención apropiada o beneficios.

34. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe perturbar la relación médico-paciente.

35. Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas han resultado ineficaces o no existen, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales intervenciones deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público.