



Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

“Seguridad del Paciente en Urgencias de Pediatría en el Hospital Universitario Central de Asturias. Diseño de protocolos de mejora”

Autora: Tamara Gea Berlanga
Fecha: 19 de Junio de 2015

Trabajo Fin de Máster



Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

“Seguridad del Paciente en Urgencias de Pediatría en el Hospital Universitario Central de Asturias. Diseño de protocolos de mejora”

Autora: Tamara Gea Berlanga

Tutor: Julián Rodríguez Suárez



**MÁSTER UNIVERSITARIO DE ENFERMERÍA EN
URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS**



MÁSTER UNIVERSITARIO DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

JULIÁN RODRIGUEZ SUAREZ, Doctor en MEDICINA Y CIRUGIA por la Universidad de OVIEDO , Exponer Área y Departamento al que pertenece y su condición del Profesor del Máster de Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo, o bien Grupo al que pertenece dentro de la Universidad de Oviedo, Hospital Universitario u otro centro asociado.

NOMBRE DEL COTUTOR, Doctor en _____ por la Universidad de _____, Exponer Área y Departamento al que pertenece y su condición del Profesor del Máster Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo

CERTIFICA/N:

Que el Trabajo Fin de Máster presentado por D/Dña. TAMARA GEA BERLANGA , titulado “ Seguridad del Paciente en Urgencias de Pediatría en el Hospital Universitario Central de Asturias. Diseño de protocolos de mejora ”, realizado bajo la dirección del Dr/Dra. JULIÁN RODRIGUEZ SUAREZ , dentro del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo, reúne a nuestro juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Máster en la Universidad de Oviedo.

Y para que así conste dónde convenga, firman la presente certificación en Oviedo a 19 de JUNIO de 2012.

Vº Bº

Vº Bº

Fdo. Julián rodriguez Suarez
Director/tutor del proyecto

Fdo.
Cotutor del proyecto

ÍNDICE

1. Introducción	Página 7
2. Hipótesis	Página 10
3. Objetivos	Página 10
4. Metodología	
- Tipo de estudio	Página 11
- Tiempo y Lugar de estudio	Página 11
- Población a estudio	Página 11
- Criterios de inclusión y exclusión	Página 11
- Recogida de datos	Página 11
- Variables de estudio	Página 12
- Análisis Estadístico	Página 12
5. Presupuesto	Página 13
6. Cronograma	Página 14
7. Bibliografía	Página 15
8. Anexo I	Página 18
9. Anexo II	Página 20
10. Anexo III	Página 22

INTRODUCCIÓN

La cultura en seguridad del paciente es algo básico y que, afortunadamente, está muy integrada en la mayoría de los sistemas sanitarios desde los últimos años, ya que se ha comprobado que muchos eventos adversos podrían haber sido evitados si se hubiera tenido en cuenta una serie de premisas indispensables. Un evento adverso ocurre cuando una acción planeada falla o cuando se usa un plan incorrecto para conseguir un objetivo. Dichos eventos han sido agrupados en categorías, para facilitar así la elaboración de protocolos y programas ya que conociendo su causa se puede prevenir su aparición, como son: errores de medicación, prevención inadecuada, errores de documentación, órdenes equivocadas, errores de diagnóstico, cuidado insuficiente, cirugía en el miembro incorrecto o incluso muerte del paciente^{1,2}. Y en los últimos años numerosos expertos en la materia dan a entender que muchos de estos eventos adversos están relacionados con omisiones de información sobre el paciente ³⁻⁶, incluso en otras disciplinas se analizaron eventos adversos y aquellos causados por interrupciones en la comunicación fueron dos tercios del total⁷. Viendo la magnitud del proceso se han desarrollado varios programas y proyectos, como aquellos de la Agency for Health Care Research and Quality's, el National Quality Forum en EEUU o OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement en Australia, para crear un consenso sobre su realización.

Se entiende por esta transferencia de información o Transferencia de Responsabilidad Asistencial (TRA) aquel proceso interactivo que se produce entre dos profesionales sanitarios, en el que se transmite la información sobre un paciente concreto, así como la responsabilidad en su cuidado con el fin de garantizar la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente^{8,9}.

Dicha TRA, concretamente la que se produce entre el personal de enfermería ha sido un punto de interés desde 1969, aunque la mayoría de lo publicado son meras anécdotas sin un análisis crítico del mismo⁷. Pero en los últimos años ha surgido un auge en su interés, incluso desde 2005 la Joint Commission, entre otros organismos de acreditación, lo señala como un indicador de calidad, estableciendo su estandarización como una prioridad en seguridad del paciente^{10,11}, incluyendo un tiempo de preguntas y respuestas en dicha transferencia¹².

La literatura muestra que son muchas las enfermeras que no están satisfechas con la TRA debido a continuas interrupciones, poco tiempo o factores de organización del trabajo¹³, más concretamente en el servicio de Urgencias donde las particularidades de este servicio, como son su entorno ruidoso, el alto volumen de pacientes y su flujo inconstante, mayor probabilidad de cambio en el estado de salud del paciente y el aumento de intervenciones de enfermería con respecto a otros servicios, hacen que esta transferencia tenga que ser mucho más reglada y estandarizada¹⁴. Los estudios han identificado varios problemas con respecto al TRA como son: incompleta o incorrecta información, diagnósticos erróneos, falta de tiempo para preguntas y repuestas, entre otros¹⁵.

Cualquier Transferencia de Responsabilidad Asistencial (TRA), ya sea en un cambio de turno o en un traslado de un servicio a otro, supone un riesgo de pérdida de información, omisiones y errores ya que se ha comprobado que en numerosas ocasiones tras dicho procedimiento el personal tiene que emplearse en buscar la información correcta antes de ponerse al cuidado de sus pacientes⁷.

Puesto que la actividad enfermera es tan amplia, se pueden encontrar varios tipos de TRA dependiendo de cómo, dónde y a quién se realicen:

1. Cómo: cara a cara, telefónicamente, grabado o escrito.
2. Dónde: en una sala a parte, al pie de la cama del paciente.
3. A quién: individual a la enfermera responsable del cuidado del paciente, o multidisciplinario incluyendo otros profesionales.

Todos estos tipos tienen ventajas y desventajas, por lo que su aplicación dependerá del servicio en el que se produzcan, por ejemplo en un servicio de oncología, realizar la transferencia al pie de la cama del paciente puede ir en contra del derecho a la intimidad del paciente, lo que es preferible antes de crear un tipo único. Incluso cuando esta transferencia empieza a ser digitalizada gracias a la tecnología, no debería ser suprimido el método tradicional si no que debe ser completada por la misma⁷.

Aún siendo una materia bastante estudiada, no hay un claro acuerdo de los autores sobre su estructura ni formato, puesto que la TRA varía de unos hospitales a otros, incluso de unos servicios a otros dentro de un mismo hospital. Se pueden citar muchos formatos aceptados internacionalmente: SBAR, es uno de los mas aceptados, pero también se pueden encontrar otros como SHARED, P-VITAL, 5-Ps ^{14,16}.

REGLAS MNEMOTÉCNICAS

SBAR	SHARED	P-VITAL	5-Ps	SOUND
Situation	Situation	Present patient	Patient	Synthesis
Background	History	Vital sings	Plan	Objective data
Assesment	Assesment	Input/output	Purpose	Uncoming tasks
Recommendation	Risk	Treatment= diagnosis	Problems	Nursing input
	Events	Ambulation (pacient safety)	Precautions	Double check
		Legal (documentation)		

La TRA contribuye a una continuidad del cuidado de calidad, por lo que si no es adecuado , el cuidado del paciente se puede ver comprometido⁷. De esta manera es básico asumir que la información recibida debe ser lo más correcta y acorde posible, de tal manera que permita a la enfermera entrante asumir la responsabilidad del cuidado de manera efectiva. Con la revisión bibliográfica se observa que la información esencial sería: nombre, edad y alergias, motivo de consulta o diagnóstico si se tiene, antecedentes relevantes, constantes vitales, pruebas realizadas, tratamiento y plan de cuidado ^{8,14,17} .

En lo que sí se encuentra un consenso por parte de las organizaciones y autores que han estudiado este proceso es en la forma en que debe realizarse, dando lugar a unos mínimos básicos a cumplir ^{9,14}:

- Lenguaje claro, evitando abreviaturas y términos que puedan dar lugar a confusión.
- Uso de técnicas de comunicación efectiva, como dejar un tiempo para preguntas y respuestas, contacto visual o escucha activa.
- Crear sistema estandarizado para cada unidad
- Limitarse a lo estrictamente necesario para poder prestar una atención segura al paciente.
- Facilitar la transferencia entre los profesionales
- Uso de la tecnología a favor del proceso



JUSTIFICACIÓN

Dado que enfermería es la disciplina que más tiempo pasa con el paciente, y en el servicio de urgencias es fácil que pase por más de una enfermera concreta al turno, la calidad del cuidado que esta disciplina proporciona al paciente tiene relación directa con su problema de salud. Mejoras en la seguridad del paciente pueden ser conseguidas mejorando el proceso y el entorno enfermero¹⁷ por lo que es básico crear una lista de verificación con recomendaciones a llevar a cabo en dicho proceso de transferencia.

La literatura habla de TRA de un turno a otro dentro de la misma unidad, pero cabe señalar que esta transferencia de información también se produce cuando un paciente es trasladado de una unidad a otra, por lo que también es interesante estudiar su uso en este proceso.

HIPÓTESIS

Partiendo de un estudio de investigación que se llevó a cabo el año pasado en el área de Gestión Clínica de Pediatría (AGCP) del Hospital Universitario Central de Asturias sobre el nivel de cultura de seguridad del paciente, basándose en una encuesta adaptada al español por la Universidad de Murcia de la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) en la cual una de las variables con mayor número de respuestas negativas fueron aquellas sobre las diferentes unidades del hospital y su coordinación entre ellas, solamente el 35% de los encuestados pensaba que la comunicación entre los diferentes servicios del hospital es buena, lo que nos lleva a pensar en un déficit en este ámbito en la seguridad del paciente.

De acuerdo con la literatura que se encuentra en estos momentos, establecer una guía para coordinar y estandarizar la transferencia de información entre la Unidad de Urgencias Pediátricas y la Unidad de Hospitalización Pediátrica ayudaría a fortalecer la unión entre dichas unidades y, a su vez, a reforzar la seguridad del paciente evitando así posibles efectos adversos relacionados con la transferencia de información.

OBJETIVOS

● OBJETIVO GENERAL:

Definir la implantación y utilización de una guía para la Transferencia de Responsabilidad Asistencial (TRA) en los traslados dentro del propio servicio de Urgencias Pediátricas, así como en aquellos que se produzcan desde Urgencias a otros servicios dentro del Hospital Universitario Central de Asturias

● OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- crear e implantar una guía para la TRA
- conocer la valoración de las enfermeras del servicio de Urgencias Pediátricas sobre la guía
- Valorar y reevaluar la repercusión de dicha guía sobre el nivel de cultura de seguridad del paciente.

METODOLOGÍA

- Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo transversal.

- Tiempo y lugar de estudio

El estudio será realizado en el servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital Universitario Central de Asturias desde Septiembre de 2015 a Febrero de 2015.

- Población a estudio

La población a estudio de este proyecto serán todas aquellas enfermeras que quieran participar voluntariamente rellenando la encuesta.

- Criterios de inclusión

Todas aquellas enfermeras que trabajen de forma permanente en el servicio de Urgencias del HUCA.

- Criterios de exclusión

Las enfermeras que NO trabajen permanentemente en el servicio de urgencias del HUCA

- Recogida de datos

Dado que este estudio continúa la línea de otro acontecido el año pasado sobre cultura de seguridad del paciente, el permiso del Comité de Ética ya está solicitado y admitido.

En primer lugar se enseñará e instruirá en el uso de la lista de verificación adaptada a partir de otra lista ya creada en el Sistema de Salud público del País Vasco a todo el personal de enfermería del servicio de Urgencias, para ello se llevarán a cabo charlas informativas a todo el personal de enfermería y, a su vez, se adjuntará a dicha lista una hoja informativa con las recomendaciones descritas anteriormente y con la técnica SBAR descrita. Se indicará que debe ser usada como guía para cada transferencia de información con la unidad de Hospitalización cuando un paciente vaya a

ser trasladado a otra unidad así como para los traslados dentro del servicio a la Unidad de Corta Estancia. Esta información será obtenida de la Historia clínica del paciente, así como de la información proporcionada por el mismo y sus acompañantes (hay que tener en cuenta que son pacientes pediátricos y no siempre se pueden comunicar).

En caso de la TRA a la Unidad de Hospitalización, dicha transferencia se realizará vía telefónica, en un lugar lo más tranquilo posible y siguiendo las recomendaciones que se encuentran añadidas a la lista de verificación, se transmitirá al profesional enfermero que vaya a ser responsable del cuidado del paciente transferido, teniendo en cuenta que no se encuentre en un momento de máxima presión asistencial para que la información sea recibida de la manera mas fidedigna. Si fuera el caso de se puede realizar en otro momento antes de que el paciente sea trasladado.

Todo este proceso será llevado a cabo durante los tres primeros meses del estudio para facilitar al personal su adaptación y poder estudiar sus posibles efectos con la ayuda de la encuesta sobre cultura en seguridad del paciente.

● Variables de estudio

Para evaluar la información transferida, se utilizará la lista de verificación, que consta de 10 ítems, medidos en una escala cualitativa ordinal. Al final de cada lista de verificación, hay 3 ítems sobre satisfacción con dicha lista, medidos en una escala cualitativa ordinal, de los que también se analizará su cumplimiento.

En segundo lugar, para evaluar nuevamente el nivel de cultura de seguridad del paciente, las variables a estudiar serán cada una de las preguntas de la encuesta adaptada de la AHRQ.

● Análisis estadístico

En primer lugar se presentarán los datos descriptivos de las variables incluidas, con medidas de tendencia central porcentajes, medias, medianas, y su respectivo IC al 95%.

En segundo lugar, se agruparan según sus diferentes dimensiones de forma que se facilite el análisis como se hizo en el estudio anterior: nivel de cultura de seguridad (preguntas 10, 15, 17, 18, 40, 41 y 42), cultura de seguridad en la unidad o servicio (preguntas 1 a la 9, 11 a la 14, 16, 23, 30, 31 y 34 a la 39) y cultura de seguridad a nivel

de todo el hospital:(preguntas de la 24 a la 29, 32 y 33). El análisis será descriptivo estadístico aplicando la metodología de la AHRQ (la agencia que diseñó el cuestionario) y de la adaptación española. Se examinarán los porcentajes de respuesta para los diferentes ítems seleccionados (positivas, negativas y neutras).

Para analizar la relación entre la frecuencia de respuestas positivas, neutras o negativas, y los factores socio-laborales, así como por tamaño de hospital, se ha empleado el test de la chi-cuadrado para explorar relaciones bivariadas.

PRESUPUESTO

● GASTOS DE PERSONAL	0,00 euros
El trabajo será llevado a cabo por personal propio del servicio sin gastos añadidos.,	
● GASTOS DE EJECUCIÓN	
- Imprenta: fotocopias de hojas de registro, instrucciones y artículos importantes para el estudio	50,00 euros
- Material fungible: varios de papelería, memoria USB	20,00 euros
- Encuadernación del trabajo	10,00 euros
● TOTAL:	80,00 euros



CRONOGRAMA

Para realizar este estudio se tendrá en cuenta la siguiente secuencia:

1. Septiembre: Implantación de la lista de verificación de TRA en el Servicio de Urgencias. Como ya se dijo antes, se realizarán breves charlas informativas para todo el personal de enfermería sobre dicha lista. A su vez, esta misma lleva adosada unas recomendaciones para facilitar su puesta en marcha (revisado por T.G.)
2. Octubre y Noviembre: uso de la lista de verificación de enfermería por parte del personal. (revisado por T.G. y Sup)
3. Diciembre: Realización de la encuesta y recogida de datos. Aunque la encuesta ya es conocida por el personal, se llevarán acabo breves charlas informativas también. (revisado por T.G., Sup y M.A.)
4. Enero: Análisis de datos. (revisado por T.G. y M.A.)
5. Febrero: Descripción de resultados y desarrollo de conclusiones. (revisado por T.G. y M.A.)

CRONOGRAMA						
TAREA	PERIODO DE TIEMPO					
	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO
Implantación	■					
Lista de verificación		■	■			
Encuesta				■		
Análisis de datos					■	
Resultados y conclusiones						■

tabla 1. Cronograma



BIBLIOGRAFÍA

1. Benner P, Sheets V, Uris P, Malloch, K, Schwed K Jamison D. Individual, practice and system causes of errors in nursing: a taxonomy. *J Nurs adm.* 2002; 32: 509-523.
2. Agency for health-care research and Quality. Inpatient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses. EEUU: 2008.
3. Farhan M, Brown R, Woloshynowych M, Vincent C. The ABC of handover: a qualitative study to develop a new tool for handover in the emergency department. *Emerg Med J.* 2012 ; 29(12):941-946.
4. Croteau R. JCAHO comments on handoff requirement. *O R Manager.* 2005; 21, 8.
5. Pezzolesi C, Schifano F, Pickles J, Randell W, Hussain Z, Muir H, et al. Clinical Handover incident reporting in one UK general Hospital. *International Journal of quality in health care.* 2010; 22: 396-401.
6. Jeffcot S, Evans S, Cameron P, Chin G, Ibrahim J. Improving measurement in clinical handover. *Quality and safety in health care.* 2009; 18; 272-277.
7. Staggers N, Blaz J. Research on nursing handoffs for medical and surgical settings: an integrative review. *J adv nurs.* 2012; 69(2):247-262.
8. Savet R, Moattari M, Nikbakht, Momennasab M, Yektatalab S. Challenges of nursing handover: a qualitative study. *Clin Nurs Res.* 2015; 24(3): 234-252.
9. Bernardez D, Luna L. Calidad: aportes para el mejoramiento de la continuidad del cuidado. ITAES [revista en internet]. 2011 [acceso 5 de mayo de 2015]; 13 (4): [p 22-29]. Disponible en: <http://www.itaes.org.ar/biblioteca/4-2011/ITAES-4-2011-calidad.pdf>
10. Queensland Health [sede web]. Australia; 2011 [acceso 5 de mayo de 2015]. De Chaboyer W. Clinical Handover. Disponible en: http://www.health.qld.gov.au/psq/handover/docs/ch_presentation2.pdf
11. Schroeder S. Piking up the PACE: a new template for shift report. *Nursing.* 2006; 36(10): 22-23.
12. Default M, Duquette E, Ehman J, Hehl R, Lavin M, Martin V, et al. Translating an evidence-based protocol for nurse-to-nurse shift handoffs. *Worldviews evid based nurse.* 2010; 7(2):59-75.



13. Meißner A, Hasselhorn H, Estreyn-Behar M, Nezet O, Pokoroski J, Gould D. Nurses' perception of shift handovers in Europe: reresults from the European Nurses' early exit study. *J Adv Nurs*. 2007; 57: 535-542.
14. Klim S, Kelly A, Kerr D, Wood S, McCann T. Developing a framework for nursing handover in the emergency department: an individual and systematic approach. *J Clin Nurs*. 2013; 22: 2233-2243.
15. Horwitz L, Dombroski J, Murphy T, Farnan J, Johnson J, Arora V. Validation of a handoff assessment tool: the handoff CEX. *J Clin Nurs*. 2013; 22(0): 1477-1486.
16. Gopwani PR, Brown KM, Quinn MJ, Dorosz EJ, Chamberlain JM. SOUND: a structured handoff tool improves patient handoffs in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2005; 31(2): 83-87.
17. DeLucía P, Ott T, Palmieri P. Performance in Nursing. *Reviews of human factors and ergonomics*. 2009; 5:1-40.



MÁSTER UNIVERSITARIO DE ENFERMERÍA EN
URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

RECOMENDACIONES PARA LA TRANSFERENCIA DE RESPONSABILIDAD ASISTENCIAL (TRA)

1. Lenguaje claro, evitando abreviaturas y términos que puedan dar lugar a confusión.
2. Uso de técnicas de comunicación efectiva, como dejar un tiempo para preguntas y respuestas, contacto visual o escucha activa.
3. Crear sistema estandarizado para cada unidad
4. Limitarse a lo estrictamente necesario para poder prestar una atención segura al paciente.
5. Facilitar la transferencia entre los profesionales
6. Uso de la tecnología a favor del proceso
7. Según la literatura, la información esencial que toda TRA debe incluir es: nombre, edad y peso, alergias, motivo de consulta o diagnóstico si se tiene, antecedentes relevantes, constantes vitales, pruebas realizadas, tratamiento y plan de cuidado.
8. La TRA debe realizarse según la técnica SBAR, se añade hoja informativa para facilitar su uso.

TÉCNICA SBAR

SBAR: modelo de comunicación estructurada para proporcionar información del paciente, asegurar la transferencia de la información completa y ofrecer al receptor una estructura para retener los detalles transmitidos

SITUATION (SITUACIÓN)

Describir la situación inicial

- nombre, puesto y unidad de trabajo
- tema sobre el que se necesita comunicar
- cambios en el estado del paciente
- cambios en el plan de tratamiento

BACKGROUND (INFORMACIÓN/ANTECEDENTES)

Proporcionar la información clínica del paciente que sea preciso

ASSSESSMENT (EVALUACIÓN)

Describir la situación mediante los signos y síntomas del paciente

RECOMENDATION (RECOMENDACIÓN)

Solicitar una instrucción o realizar una recomendación



PREGUNTAS SOBRE SATISFACCIÓN CON EL PROCESO

1. ¿LE HA SIDO ÚTIL LA UTILIZACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN?

SÍ

NO

NO SABE/NO CONTESTA

2. ¿CREE QUE ES PRÁCTICO SU USO EN SU ACTIVIDAD DIARIA?

SÍ

NO

NO SABE/NO CONTESTA


3. ¿CREE QUE SERÍA NECESARIO INCLUIR OTRO ÍTEM?

SÍ

NO

NO SABE/NO CONTESTA

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUAL:

	<p>MÁSTER UNIVERSITARIO DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS</p>	 <p>CENTRO INTERNACIONAL DE POSTGRADO CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL</p>
---	--	---

CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Versión española del Hospital Survey
on Patient Safety

Agency for Health Care Research and Quality
(AHRQ)



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. Saturno 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, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo

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

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

Sección B: Su Hospital

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

23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad

Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad de trabajo

34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE

36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	<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
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 VECES	<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 VECES	<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 VECES	<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 VECES	<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 VECES	<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 VECES	<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.

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

44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad? En el año ...

45. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital? En el año...

46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio? En el año....

47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital? horas/semanas

48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?incidentes

49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes? 1 SI 2 NO

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

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

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

1 <input type="checkbox"/> Gerencia/Dirección	7 <input type="checkbox"/> Farmacéutico Residente
2 <input type="checkbox"/> Administración	8 <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta
3 <input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermería	9 <input type="checkbox"/> Médico
4 <input type="checkbox"/> Dietista	10 <input type="checkbox"/> Médico Residente
5 <input type="checkbox"/> Enfermero(a)	11 <input type="checkbox"/> Técnico (por ejemplo EKG, Laboratorio, Radiología)
6 <input type="checkbox"/> Farmacéutico/a	12 <input type="checkbox"/> Otro, por favor, especifique.....

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

Anexo: Información adicional sobre su Servicio/Unidad*

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

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

Muchas gracias por su colaboración