



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ADMINISTRACIÓN**

CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores:

Br. Alonso, Cintia
Br. Bardazano, Letizia
Br. Cardozo, Celica
Br. Laco, Belisa
Br. Pedernera, Ana

Tutores:

Lic. Enf Sandra Figueroa
Lic. Enf. Mirian Gorrassi
Lic. Enf Alicia Nantes
Lic. Enf. Uber Amador

Montevideo, 2011

ÍNDICE

Palabras claves.....	Pág.3
Resumen.....	Pág.4
Planteamiento del problema y justificación	Pág.6
Marco teórico.....	Pág.8
Objetivos de la investigación.....	Pág.13
Diseño Metodológico.....	Pág.14
Instrumentos y técnicas de recolección de datos.....	Pág.16
Plan de procesamiento y análisis de los datos.....	Pág.18
Resultados.....	Pág.20
Análisis.....	Pág.23
Conclusiones.....	Pág.25
Propuesta.....	Pág.26
Referencias bibliográficas.....	Pág.27
Anexos.....	Pág. 28

PALABRAS CLAVES:

- Cultura de la seguridad
- Seguridad del paciente
- Gestión de calidad

RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN:

La presente tesina fue realizada por un grupo de 5 estudiantes de la Lic. en Enfermería de la Universidad de la República, cursando el 9º semestre, siendo este requisito para la obtención del título.

Se enmarca en una línea de investigación que promueve la cátedra de Administración de la Facultad de Enfermería. Como base tiene la realización de una encuesta a enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería de un hospital público de la ciudad de Montevideo un periodo de 07 días comenzando el 14/02/11 y finalizando el 20/02/11 inclusive, con el propósito de conocer cual es el concepto de cultura de la seguridad del paciente que tienen formado los encuestados.

Varios aspectos tuvimos en cuenta al momento de realizar esta investigación: en primer lugar saber que estudios existen sobre el tema a nivel nacional, ya que este no es un tema de un nosocomio específico. En segundo lugar cuales son los elementos de la cultura de la seguridad, ya que no solo alcanza con describir casos notificados y no notificados. Sino que es necesario conocer otros componentes tales como la comunicación, el trabajo en equipo, el manejo de la información de los pacientes, la respuesta del jefe y hasta la perspectiva que tiene el personal sobre la dirección relativo a este tema.

El instrumento para la recolección de datos fue una encuesta predeterminada y autoadministrada entregada por la cátedra de Administración. La participación de los encuestados fue anónima y voluntaria. Se establecieron requisitos por lo que se excluyó a todos los enfermeros profesionales (operativos) y los auxiliares de enfermería encontrándose de licencia de cualquier tipo al momento de aplicar el instrumento, así mismo se excluirán los enfermeros profesionales y todos los auxiliares de enfermería con ejercicio menor a 1 año de desempeño.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, la técnica de muestreo fue no probabilística por conveniencia; el cual fue aplicado a 50 funcionarios de un Hospital público en el cual se investiga elementos de la cultura de la seguridad del paciente, a través de las dimensiones en el área de trabajo, seguridad de los pacientes, comunicación, relación con el Jefe-Dirección y de sucesos notificados.

Los datos obtenidos se analizarán con los 5 ítems correspondientes a la escala de Lickert, posterior al conteo se clasificará el puntaje en dos grandes grupos: fortalezas y debilidades.

Se investigó la característica de los encuestados, el comportamiento de estos en las diferentes áreas de trabajo y los diferentes elementos que componen la cultura de la seguridad.

Como resultado obtuvimos que de un total de 50 encuestas, analizamos 39 que corresponde al 80% de las realizadas en los diferentes servicios y entre ellos hubo diferentes comportamientos que se investigaron.

Para poder analizar las encuestas se tomaron diferentes variables que se consideraron representativas del estudio que se está realizando, tanto para enfermeros profesionales y como para auxiliares de enfermería.

Con respecto al área de trabajo: el 65,5% de los auxiliares de enfermería y el mismo porcentaje de enfermeros profesionales piensa que existe un apoyo mutuo entre el personal de la unidad de trabajo.

El 76% de los auxiliares de enfermería y el 46,8% de los enfermeros profesionales afirma que los errores son utilizados en su contra, a su vez el 90% de los auxiliares de enfermería y el 64,8% de los enfermeros profesionales cree que cuando se detecta algún fallo se pone en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.

Al referirnos al tema comunicación el 90% de los auxiliares respondió que en su unidad de trabajo se informa sobre los errores cometidos y el 59.3% de los enfermeros profesionales.

PREGUNTA PROBLEMA:

¿Qué elementos de cultura de la seguridad del paciente tienen los enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería en un Hospital Público de la ciudad de Montevideo?

JUSTIFICACION:

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones Sanitarias se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos y poder aprender de los errores y también de forma proactiva, para rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir y evitar aquellos que no se han producido. En este sentido, la consecución de una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente ha sido señalado como la primera de las “*buenas prácticas*” o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente en el informe publicado en 2003 por el National Quality Forum de Estados Unidos, reforzado en la reciente actualización de este informe, en el que se indica además la medición de la cultura de seguridad y las intervenciones consecuentes, como uno de los elementos necesarios para llevar a cabo esta recomendación.

Un estudio en Harvard sobre los eventos adversos en el estado de Nueva York puso de manifiesto la relación entre eventos adversos, negligencia y reclamos por mala praxis (Brennan, 1991) y posteriormente el Instituto de Medicina (IOM) de EEUU, con su publicación “*To err is human*”, destacó la realidad acerca de los errores médicos, su manejo y el alto costo insumido por los mismos, tendiendo a prevenirlos con técnicas similares a las utilizadas en el ámbito de la aviación. Por consiguiente, la visión y el análisis médico sobre las implicancias del error y de los eventuales eventos adversos son muy distintos que el jurídico.

¿Existe una relación entre errores médicos y juicios por responsabilidad profesional? Los datos no parecen sustentar esta hipótesis, en atención a la incidencia de sentencias condenatorias. (1)

A partir del informe del IOM (1999) se ha hecho público y relevante el tema, que si bien no era desconocido, dio cuenta de un diagnóstico de situación catastrófica en cuanto a la frecuencia de los errores producidos a los pacientes hospitalizados en los hospitales americanos y se enfatizó en la necesidad de mejorar la calidad de la atención. A partir de entonces, otras iniciativas internacionales de países como el Reino Unido, Australia, Canadá y Nueva Zelanda, han producido información sobre la magnitud de los eventos producidos en pacientes internados, y relatan una prevalencia del 4 al 17%. (2)

El tradicional juramento hipocrático (“*Lo primero es no hacer daño*”) rara vez es violado intencionalmente por parte de los médicos, enfermeros u otros profesionales de la salud, pero los hechos señalan que los pacientes sufren daños todos los días, en todos los países del mundo, en el proceso de obtención de atención sanitaria.

Todos los pacientes tienen derecho a una atención eficaz y segura en todo momento.⁽⁴⁾

Al realizar la búsqueda a nivel nacional hasta marzo de 2011 no encontramos investigaciones de los profesionales de la salud a nivel público en cuanto a la cultura de la seguridad del paciente. A nivel privado solamente una Institución maneja cifras referentes al tema a la cual no pudimos acceder.

Por lo antes expuesto y teniendo en cuenta la realidad de nuestro país en lo que respecta a la cultura en la seguridad del paciente, agregado al incremento de los costos para el sistema de salud y la sociedad que conllevan los efectos adversos, creemos fundamental conocer cuales son las creencias valores y actitudes que comparten los miembros de una organización y se reflejan en sus acciones diarias que tienen los enfermeros profesionales y auxiliar de enfermería de un Hospital público de la ciudad de Montevideo en 2 áreas específicas para tomarlo como punto de partida para nuevas investigaciones.

Creemos que existe un creciente convencimiento en los profesionales de la salud, en los medios de comunicación y en la sociedad en general, de que el acceso a los conocimientos sobre la salud y la enfermedad son un derecho de todos. Es más, el principio de que el acceso a la información sobre cultura de la seguridad, no es sólo un derecho, sino también una necesidad; dado que cuando se alcanza una instrucción adecuada los riesgos disminuyen y la calidad de vida mejora.

En resumen, teniendo en cuenta las tendencias de los países en desarrollo y en especial en el nuestro, considerando la incidencia de que la prevención sobre los errores cometidos por el personal de enfermería, la prevención en salud se hace imprescindible, así como el relevamiento de datos y la difusión y publicidad a nivel Nacional a fin de concientizar a los profesionales.

Como grupo, por supuesto, nos interesa que el análisis y las conclusiones de nuestro estudio contribuyan al conocimiento sobre el tema en cuestión y sirva como apoyo y/o disparador para posteriores investigaciones.

MARCO TEORICO:

Para comenzar empezaremos dando un concepto de lo que es la Cultura de la Seguridad, la que se define como un conjunto de creencias, valores y actitudes que comparten los miembros de una organización y que se reflejan en sus acciones diarias. Es lógico pensar que la ocurrencia diaria de múltiples eventos adversos prevenibles y no prevenibles en primer y segundo nivel de atención, algunos de ellos fatales, son el resultado de la ausencia de una cultura de la seguridad que genere diariamente hábitos y prácticas más seguras en el personal de la salud.

Históricamente se ha observado en las instituciones de salud que cuando un miembro del equipo comete un error es penado el mismo. En el ámbito de la salud la cultura punitiva no genera beneficio. Teniendo en cuenta que siempre van a existir errores, lo más correcto sería la creación de una cultura institucional educativa, que analice los errores y eventos adversos cometidos.

Lograr un cambio entre el personal que tiene contacto directo con los usuarios, es tarea que conlleva un largo tiempo y trabajo exhaustivo. Significa cambiar hábitos adquiridos por mucho tiempo, los cuales, a juicio de quien los practica, no han mostrado ser perjudiciales para los usuarios. Además está demostrado que las personas no cambian sus conductas sólo con actividades educativas, si bien son necesarias, se requiere también de actividades prácticas que les muestren al equipo de salud, la bondad del cambio sugerido.

La seguridad del usuario no sólo corresponde a las instituciones y al equipo de salud si no también al gobierno, a los formación académicos y tecnológicos relacionados con la atención directa del usuario que muchas veces no son tenidos en cuenta durante su atención y se traducen en fallas potenciales que cuando se alinean producen el error. La construcción de una cultura institucional en seguridad del usuario que genere en el personal de la salud la adopción de prácticas seguras, es el punto de partida para disminuir al mínimo posible la incidencia de eventos adversos.

Las consecuencias sanitarias, sociales y económicas de los errores en la asistencia, han conducido a organismos internacionales a reflexionar sobre la seguridad del paciente y a desarrollar recomendaciones para prevenir los eventos adversos y a formular estrategias para implementar.

En este sentido, la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, creada por resolución de la Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud en el año 2004, plantea que los estados miembros adopten políticas de mejoras para poner en marcha mecanismos que disminuyan los eventos adversos asociados a la atención sanitaria.

La Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente propone acciones como:
“Abordar el problema de las infecciones asociadas con la atención de salud en una campaña denominada “Atención higiénica es atención más segura”
“Formular una taxonomía de la seguridad del paciente que sirva para notificar sucesos adversos. Identificar y divulgar las “mejores prácticas”.
“Elaborar sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las

causas que originan errores y prevenirlos”
“Lograr la participación plena de los pacientes en la labor de la Alianza” (3)

Los programas que ha desarrollado la Alianza para cumplir con las metas en el bienio 2005-2006 se centró en las infecciones asociadas a la atención de la salud, y para el próximo 2007-2008 se focalizó en el lema una “*cirugía segura salva vidas*”.

Siguiendo daremos un concepto de lo que es la Administración la cual es una “*disciplina entendida como un conjunto de conocimientos y actividades específicas encaminadas a la búsqueda de mejores resultados del trabajo y el esfuerzo humano.*” (5)

Se caracteriza por ser una ciencia racional lo que es fundamental en el método científico para la resolución de los problemas, la misma tiene carácter universal, o sea válido en cualquier lugar aunque es dinámica y continua en su acción y con cierta flexibilidad como para ajustarse a los cambios, según lo requieran las posibilidades y exigencias del entorno. Así como las metas a las que se desea llegar.

Antes de definir el término de gestión de calidad creemos conveniente definir los términos de calidad, calidad de atención y gestión de calidad.

Por Calidad entendemos que la misma está basada en lo que el usuario percibe, puede parecer una definición muy simple pero ésta nos permite medir con una mayor apreciación la calidad y los niveles de satisfacción de los usuarios, en las instituciones de salud la calidad es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios con las soluciones técnicamente óptimas.

En lo que refiere a la Calidad de Atención la mayor parte de las organizaciones, cualquiera su fin, ofrecen su servicio con el propósito de satisfacer las necesidades de los usuarios.

El sistema de calidad de una organización está influenciado por los objetivos de la misma, por sus servicios y por sus propias prácticas por lo que varía de una organización a otra.

Nadie más que un usuario está capacitado para valorar la “*calidad humana*” del servicio que presenta un hospital, su opinión es fundamental, naturalmente se necesita técnica para curar; las dos cosas son igualmente esenciales, un aspecto no debe abandonar al otro.

La dificultad estriba en cómo determinar el grado de satisfacción del usuario.

El método más accesible y sencillo sería instrumentar cuestionarios a completar por el usuario o sus familiares durante o después de una internación.

La Gestión de Calidad es aquel aspecto de la gestión general de una organización que define y aplica la política, incluye la planificación estratégica, la asignación de recursos y la evaluación entre otras.

La Calidad de la Atención Sanitaria en 1991 la Organización Mundial de la Salud la definía como que: “*Una atención sanitaria de alta calidad es la que*

identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa y distinta de los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”.

El concepto de calidad asistencial está compuesto por:

- La eficacia y eficiencia que es el nivel científico-técnico.
- La adecuación que es la pertinencia de los servicios ofertados en relación con las necesidades presentes en la población y en cada individuo a los que se atiende. (La cantidad de servicios, el número de profesionales y los medios, tienen la importancia para la valoración de la calidad, cuando se estudian en relación con las situaciones de salud que se abordan, desde la valoración de las necesidades y del impacto producido, que se traduce en cambios evidentes en la situación de salud y el costo evaluado).
- La pertinencia que es el grado que cada individuo tiene a pertenecer a dicho lugar.
- La relación de necesidades es el vínculo que se tiene en el servicio con el fin de brindar la mayor calidad de atención posible.
- La accesibilidad es la posibilidad real de disponer del servicio o del profesional que se precise, éste componente se establece en aspectos legales tales como la existencia de condiciones para poder obtener la atención y se mide por cuestiones organizativas, como pueden ser los medios de comunicación, teléfono y de localización física del servicio o del profesional.
- La competencia es el grado y tipo de los conocimientos y habilidades presentes en cada uno de los trabajadores del sistema de servicios de salud.

Las relaciones personales son el trato y cortesía, el respeto, la intimidad, vestido y comunicación entre otras que el profesional de la salud debe de tener con el usuario; éste elemento influye en la calidad de atención y se traduce en las condiciones presentes en la atención de trato individual, personalización de cuidado, cortesía, corrección en la comunicación, y en respecto a los valores, opiniones y creencias.

La seguridad tiende a minimizar los riesgos potenciales o reales, evitar los riesgos es un componente esencial que se basa en cuestiones organizativas, normas y procedimientos, así como la dotación de instalaciones que reúnan las condiciones necesarias; un componente importante de ésta es la confidencialidad de la información referida a los usuarios.

La comodidad se aprecia o valora por las condiciones de confort que se tienen en la atención sanitaria en lo que se refiere a las características de las instalaciones, espacios, mobiliarios y comunicaciones.

La satisfacción se puede observar del profesional que presta los servicios y del usuario que los recibe, la del profesional se relaciona principalmente con las condiciones organizativas, tecnológicas y de relación interpersonal en que tiene la oportunidad de desarrollar su trabajo, también se relaciona con la motivación,

suponiendo que si se dispone de personal satisfecho con su trabajo éste será de buena calidad; la satisfacción del usuario es un tema más complejo ya que incide de diversas maneras en la calidad, por una parte permite establecer los límites y criterios de las actividades que se estudien.

El usuario tiende a manifestarse satisfecho o no de una forma global, y es más ambiguo para valorar las particularidades o acciones específicas dentro de la atención integral prestada por lo que puede generarse así una insatisfacción que no es justificada y por lo cual incide sesgadamente en la valoración de la calidad.

En lo que respecta a la Seguridad del Paciente se define como al conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías fundamentadas en evidencias científicas probadas que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o atenuar sus consecuencias.

Un Incidente es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que al ocurrir se incorporan fallas en los procesos de atención.

Una Complicación es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en la salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

El Riesgo es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

Mientras que un Evento Adverso es el resultado de una atención en salud de manera no intencional ocasionó un daño; los mismos pueden ser prevenibles o no.

Un evento adverso prevenible es aquel cuyo resultado no deseado, no intencional se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponible en el momento determinado.

Un evento adverso no prevenible es el resultado no esperado que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. Existen acciones o circunstancias que reducen la probabilidad de presentarse un incidente o evento adverso a esto se lo denomina Barrera de Seguridad.

Al conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar el grado de una falla y la producción de daño a un usuario, con el propósito de prevenir o atenuar sus consecuencias se le denomina Sistema de Gestión del Evento Adverso.

Para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso existen intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud las que se denominan Acciones de Reducción de Riesgo; las mismas pueden ser preactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilística del riesgo mientras que las reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente.

La Violación de la Seguridad de la Atención en Salud es intencional e implica la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

OBJETIVO GENERAL

Describir la cultura de la seguridad del paciente desde la perspectiva del personal enfermero profesional y auxiliar de enfermería de los servicios mencionados.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1-Describir el comportamiento de los diferentes áreas de trabajo donde se aplico el cuestionario relacionados con la cultura de la seguridad del paciente.

2-Characterizar la población encuestada:

- Tiempo que lleva trabajando en el nosocomio y en el área específicamente.
- Horas dedicadas al trabajo semanalmente.
- Estamento al cual pertenece (auxiliar de enfermería o enfermera profesional)

3-Describir los elementos relacionados con la cultura de la seguridad del paciente en las áreas a trabajar:

- Área de trabajo.
- Jefe.
- Comunicación.
- Sucesos notificados.
- Dirección.

DISEÑO METODOLOGICO

METODOLOGIA

Tipo y diseño general del estudio:

El diseño a utilizar para la investigación será de tipo descriptivo, de corte transversal.

Universo de estudio:

Todos los enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería que se encuentran trabajando con pacientes médicos y neurológicos en un Hospital público de la ciudad de Montevideo en el periodo del 14 al 20 de febrero del 2011.

Técnica de muestreo:

No probabilística, por conveniencia.

Selección y tamaño de la muestra:

La muestra seleccionada corresponderá al número total de Licenciados en enfermería y el 30% de auxiliares de enfermería correspondiente a dicha institución, en el período establecido para la recolección de datos.

La forma de llegar al 30% será a través del muestreo casual o incidental: se trata de un proceso en el que el investigador selecciona directa e intencionadamente los individuos de la población. El caso más frecuente de este procedimiento es el utilizar como muestra los individuos a los que se tienen fácil acceso.

Método:

Encuesta predeterminada y autoadministrada.

Unidad de Análisis:

La unidad de análisis que utilizaremos será la encuesta preestablecida.

Tiempo:

El período seleccionado para la recolección de datos se estableció en el período comprendido entre el 14 al 20 de febrero del corriente año

Criterios de Inclusión:

Todos los enfermeros profesionales (operativos) y los auxiliares de enfermería que se desempeñan en los diferentes turnos en los pisos médicos y neurológicos, así mismo deberán contar con un ejercicio profesional mayor a 1 año de desempeño en los Servicios mencionados

Criterios de Exclusión:

Todos los enfermeros profesionales (operativos) y los auxiliares de enfermería encontrándose de licencia de cualquier tipo al momento de aplicar el instrumento, así mismo se excluirán los enfermeros profesionales y todos los auxiliares de enfermería con ejercicio menor a 1 año de desempeño en los Servicios mencionados.

Métodos, Técnicas e Instrumentos:

Para la recopilación de datos se utilizó la encuesta, en un período de 07 días. La técnica es la encuesta preestablecida.

Cuadro de variables (ver anexo 4)

INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se utilizará para recabar la información una encuesta, de carácter anónimo, voluntario y los datos obtenidos serán de uso académico. (Ver anexo 1).

El primer paso es realizar una nota dirigida a la División Enfermería del Hospital donde se realizara el estudio presentándonos como estudiantes de la Licenciatura de Enfermería refiriendo áreas de trabajo, tiempo estimado y horario para la realización de la aplicación del instrumento.

Una vez autorizados nos dirigimos a la Jefa del Servicio para presentarnos y solicitarle cita para la presentación formal de los estudiantes, para la realización del trabajo quien verbalmente nos autoriza.

A posterior nos dirigimos a cada piso para presentarnos con la Jefa de área respectivamente y explicar el trabajo a realizar, el tiempo estimado y la presentación del instrumento.

Luego se entregará a enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería de un Hospital público en los servicios de Medicina y Neurología de todos los turnos una encuesta informando en forma verbal el objetivo a investigar que es de carácter anónimo, voluntario y los datos obtenidos serán de uso académico.

La aplicación del instrumento se realizará del 14 al 20 de febrero del 2011 en todos los turnos.

La encuesta se entregará a cada enfermero profesional y/o auxiliares de enfermería al comienzo de cada guardia y se retirará cuando se acuerde con los mismos.

Los datos obtenidos se procesarán utilizando la escala de Lickert para luego analizarlos, extraer conclusiones y sugerencias.

Se enviará a sectores pre establecidos una copia del informe final con la finalidad de promover nuevas intervenciones, las cuales lleven a la realización de propuestas para conocimientos sobre el tema.

Esta investigación constará con los siguientes recursos:

Recursos Humanos:

Los recursos humanos necesarios para poder llevar a cabo la investigación serán: 5 investigadoras (estudiantes de Facultad de Enfermería).

Recursos Materiales:

Los recursos materiales que se emplearán para poder llevar a cabo la investigación estarán a cargo de las investigadoras.

Recursos Financieros:

Los recursos financieros estarán a cargo de las 5 estudiantes de la Facultad de Enfermería.

RUBRO	CANT.	TOTAL (\$)
Viajes- transporte local-inter	15	5.370
Material		330
Impresión de instrumentos	60	680
Tiempo de computadora	45 horas	675
Gastos celular	2 tarjetas	300
Gastos de fotocopia	120	1.100
Imprevistos		400
TOTAL		9.955

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

ACTIVIDADES	12/09	02/10	03/10	08/10	09/10	12/10	01/11	02/11	03/11
Elección de cátedra	X								
Revisión bibliográfica		X							
Armado del 1º Protocolo "Satisfacción del usuario"			X						
Cambio del tema a "Cultura de la seguridad"				X					
Elaboración marco teórico del 2º tema					X				
Presentación del Instrumento						X			
Selección de área y tiempo de aplicación							X		
Aplicación del instrumento								X	
Corrección del protocolo									X

ACTIVIDADES	04/11	05/11	06/11	07/11	08/11	10/11
Corrección del protocolo	X	X				
Análisis de datos			X	X		
Conclusiones					X	
Pedido tribunal						X

PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

Los datos se analizará cada variable con los 5 ítems correspondientes a la escala de Lickert. La cual se define: como una escala psicométrica comúnmente utilizada en cuestionarios y es la escala de uso más amplio en encuestas para la investigación. Cuando respondemos a un elemento de un cuestionario elaborado con esta técnica lo hacemos especificando el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración (elemento ítem o reactivo) (7)

El plan de análisis es un aspecto muy importante, pues es el que determinará si se da respuesta a nuestra pregunta problema de la investigación. (Campos 1982) afirma que significa determinar exponer el plan que se deberá seguir para el tratamiento estadístico de los datos, en general, consiste en describir como será tratada la información.

Los datos cuantitativos se refieren a información numérica sobre variables, cuyos valores se miden en grados, ejemplo edad, peso y talla.

La estadística sirve para reducir, resumir, organizar, evaluar, interpretar y comunicar la información numérica (Polit y Hungler 2000).

Esto es lo que da sentido a una serie de datos que, sin ser sometidos a estos procesos no tendrían significado. Las técnicas estadísticas se clasifican en descriptivas y deductivas. Las descriptivas sirven para describir y sintetizar datos utilizando distribuciones de frecuencia, promedios, porcentajes, varianza, entre otros. (Bush 1985) plantea que este tipo de estadística se utiliza cuando se desea organizar la información para una presentación mas clara; mientras que la deductiva se utiliza para decidir si la ocurrencia o no de un fenómeno se debe al azar. La estadística deductiva se utiliza cuando se desea generalizar de una muestra a la población. Para esto, se usa gama de técnicas entre las que se puede mencionar la prueba chi cuadrado, análisis de varianza, etc.

La técnica estadística utilizada en nuestra investigación será de carácter descriptivo tomando porcentajes para resumir e interpretar la información obtenida en la encuesta establecida.

Para clasificar una variable como fortaleza se emplean los Siguiete criterios alternativos:

- $\geq 75\%$ de respuestas positivas (“ni de acuerdo/ni en desacuerdo” o “de acuerdo/ muy de acuerdo”) a preguntas formuladas en positivo.

- $\geq 75\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo”) a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar una variable como debilidad u oportunidad de mejora se emplean los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 50\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo”) a preguntas formuladas en positivo.

- $\geq 50\%$ de respuestas positivas (“ni de acuerdo/ ni en de acuerdo” o “de acuerdo / muy de acuerdo”) a preguntas formuladas en negativo

Las encuestas no respondidas serán analizadas a través del Sesgo de no respuesta o efecto del voluntario. El grado de interés o motivación que pueda tener un individuo que participa voluntariamente en una investigación puede diferir sensiblemente en relación con otros sujetos. En el primer caso puede existir por ejemplo un mayor compromiso o motivación con respecto a la información solicitada. Igualmente, la negativa de algunos sujetos para ser incluidos en un estudio puede estar dada por motivaciones sistemáticas experimentadas por ellos

RESULTADOS:

Se analizan un total de 39 encuestas que corresponde al 80% de las realizadas.

El 32% de las encuestas corresponden a auxiliares de enfermería de los cuales el 62.5 % fueron contestadas y el 32.5% no contestaron.

El 68% de las encuestas corresponden a enfermeros profesionales de los cuales el 85.3 % fueron contestadas y el 14.7% no contestaron.

A nivel global se consiguió una buena participación de enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería.

Entre los servicios a investigar hubo diferentes comportamientos:

Dentro del servicio de Medicina existe tres sectores: un sector no fue representativo ya que respondió la encuesta predeterminada mínimamente, otro más del porcentaje esperado y el último contesto lo esperado al estudio.

El servicio de Neurología no consta de sectores, en cuanto a la respuesta de la encuesta contesto lo esperado para el estudio.

Para poder analizar las encuestas se tomaron diferentes variables que se consideraron representativas del estudio que se está realizando.

Comenzamos definiendo como respondieron los **auxiliares de enfermería**:

Con respecto al área de trabajo: el 65,5% de los encuestados piensa que existe un apoyo mutuo entre el personal de la unidad de trabajo. El 34% cree que el personal es suficiente para afrontar la carga de trabajo; el 84% refiere que se trabaja en equipo y el 82% con respeto.

El 76% del personal afirma que los errores son utilizados en su contra a su vez el 90% cree que cuando se detecta algún fallo se pone en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.

-En lo que respecta a introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes y evaluar su efectividad un 78% de los auxiliares piensan afirmativamente.

En lo que refiere al Jefe / Supervisor: el 84% de los encuestados afirma que este considera seriamente las sugerencias para mejorar la seguridad de los pacientes al mismo tiempo el personal de los servicios en igual porcentaje al ítem anterior responde que al aumentar la presión de trabajo el superior o jefe quiere que se trabaje más rápido aunque esto ponga en riesgo la seguridad de los pacientes.

Al referirnos al tema comunicación el 90% de los auxiliares respondió que en su unidad de trabajo se informa sobre los errores cometidos; el 54% cree que se discute como prevenir los errores para que no vuelvan a suceder y el 78% de los encuestados opina que se informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que se han notificado.

En lo que respecta a los sucesos notificados: con respecto a la frecuencia de comunicación: antes de dañar al paciente, cuando no tiene potencial de dañarlo y cuando pudiese dañarlo contestaron un 84%, 76% y 74% respectivamente.

-En relación a la dirección el 22% de los encuestados afirma que ésta propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente; el 28% que no existe coordinación entre los servicios y el 32% que la información se pierde cuando un paciente es trasladado de una unidad a otra.

A continuación describiremos los datos obtenidos a nivel de **enfermeros profesionales**:

Con respecto al área de trabajo: el 65,5% de los encuestados piensa que existe un apoyo mutuo entre el personal de la unidad de trabajo. El 33.7% cree que el personal es suficiente para afrontar la carga de trabajo; el 60.6% refiere que se trabaja en equipo y el 68.9% con respeto.

El 46.8% del personal afirma que los errores son utilizados en su contra a su vez el 64.8% cree que cuando se detecta algún fallo se pone en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.

En lo que respecta a introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes y evaluar su efectividad un 64.1% de los enfermeros profesionales piensan afirmativamente

En lo que refiere al Jefe / Supervisor: el 59.3% de los encuestados afirma que este considera seriamente las sugerencias para mejorar la seguridad de los pacientes al mismo tiempo el personal de los servicios en igual porcentaje al ítem anterior responde que al aumentar la presión de trabajo el superior o jefe quiere que se trabaje más rápido aunque esto ponga en riesgo la seguridad de los pacientes.

Al referirnos al tema comunicación el 59.3% de los enfermeros profesionales respondió que en su unidad de trabajo se informa sobre los errores cometidos; el 59.3% cree que se discute como prevenir los errores para que no vuelvan a suceder y el mismo porcentaje de los encuestados opina que se informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que se han notificado.

En lo que respecta a los sucesos notificados con respecto a la frecuencia de comunicación: antes de dañar al paciente, cuando no tiene potencial de dañarlo y cuando pudiese dañarlo contestaron un 64.8%, 55.8% y 62% respectivamente

En relación a la dirección el 40% de los encuestados afirma que ésta propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente; el 9.6% que no existe coordinación entre los servicios y el 11% que la información se pierde cuando un paciente es trasladado de una unidad a otra. (Tabla de datos y gráficos ver Anexo 2).

ANÁLISIS:

Para clasificar una variable como **fortaleza** tuvimos en cuenta que : $\geq 75\%$ de respuestas positivas (“ni de acuerdo/ni en desacuerdo” o “de acuerdo/ muy de acuerdo”) a preguntas formuladas en positivo y $\geq 75\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo”) a preguntas formuladas en negativo se obtuvieron los siguientes datos, según el criterio de los **auxiliares de enfermería**: “*Trabajo en equipo (84%) y el respeto dentro de las unidades/servicios (82%)*”, “*El jefe considera seriamente las sugerencias para mejorar la seguridad de los pacientes (84%)*”, “*cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir y se informan sobre los cambios realizados* ” (78%) y se observo el mismo porcentaje que “*después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes se evalúa su efectividad*”. Como últimas 2 fortalezas se destaca con un (84%) la frecuencia de los sucesos notificados “*antes de dañar al paciente, y con (76%) cuando no tiene potencial de dañarlo*”.

Para clasificar una variable como **debilidad** u oportunidad de mejora tuvimos en cuenta que $\geq 50\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo”) a preguntas formuladas en positivo y $\geq 50\%$ de respuestas positivas (“ni de acuerdo/ ni en de acuerdo” o “de acuerdo / muy de acuerdo”) a preguntas formuladas en negativo se obtuvieron los siguiente datos: “Dotación de personal” (34%), “en la unidad de trabajo se discuten los errores para que no vuelvan a suceder”(54%). “Trabajo en equipo entre unidades/servicios (28%)” y pérdida de información cuando un paciente es trasladado a otra Unidad (32%), con un (22%) corresponde al “Apoyo de la dirección en la seguridad del paciente”.

Para clasificar una variable como **fortaleza** tuvimos en cuenta que : $\geq 75\%$ de respuestas positivas (“ni de acuerdo/ni en desacuerdo” o “de acuerdo/ muy de acuerdo”) a preguntas formuladas en positivo y $\geq 75\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo”) a preguntas formuladas en negativo se obtuvieron los siguientes datos, según el criterio de los **enfermeros profesionales** no encontramos grandes diferencias con respecto a los auxiliares de enfermería. Es de destacar de las encuestas analizadas que no se llego al porcentaje estipulado para ser considerado como fortaleza pero por su proximidad se tomo en cuenta como tal: “*Trabajo en equipo (61%) y el respeto dentro de las unidades/servicios (66%)*”, “*El jefe considera seriamente las sugerencias para mejorar la seguridad de los pacientes (60%)*”, “*cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir y se informan sobre los cambios realizados* ” (65%) y un (64%) “*después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes se evalúa su efectividad*”.

Como últimas 2 fortalezas se destaca con un (65%) la frecuencia de los sucesos notificados “*antes de dañar al paciente, y con (62%) cuando pudiese dañarlo*”.

Para clasificar una variable como **debilidad** u oportunidad de mejora tuvimos en cuenta que $\geq 50\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo”) a preguntas formuladas en positivo y $\geq 50\%$ de respuestas positivas (“ni de acuerdo/ ni en de acuerdo” o “de acuerdo / muy de acuerdo”) a preguntas

formuladas en negativo se obtuvieron los siguiente datos: “*dotación del personal (34%)*”, en cuanto a dirección los encuestados afirman que ésta no propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente (40%); “*que no existe coordinación entre los servicios (10%)*” y con (11%) la “*información se pierde cuando un paciente es trasladado de una unidad a otra*”.

CARACTERISTICAS DE LOS ENCUESTADOS

Haciendo referencia en el tiempo que los mismos llevan trabajando en el nosocomio y dentro de su área, la mayoría de auxiliares de enfermería y enfermeros profesionales tienen menos de 5 años cumpliendo su rol respectivamente; enfatizamos que el Hospital se encuentra con un recambio generacional de personal de enfermería esto es positivo porque el contar con personal nuevo trae aparejado cambios en lo que refiere a conocimientos y al concepto de cultura en la seguridad del paciente con respecto al concepto que tienen arraigado personal con más años de labor.

En relación a las horas semanales de trabajo en el centro observamos según los datos obtenidos que más del 50% de los encuestados trabaja entre 20 y 39 horas, esto quiere decir que los funcionarios tienen la posibilidad de tener otro empleo. (Ver Anexo 3)

CONCLUSIONES:

Dentro de los servicios de Medicina y Neurología destacamos como elementos de la cultura de la seguridad como fortaleza el trabajo en equipo y el respeto entre el personal, una vez ocurrido un error se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir y se evalúan los cambios realizados.

En lo que refiere al Jefe este considera las sugerencias para mejorar la seguridad del paciente.

En general, las oportunidades de mejora que se perciben tienen que ver en todos los servicios con la dotación de personal, el ritmo de trabajo y sobre con la necesidad de una actitud más proactiva por parte de la gerencia, y la necesidad de mejorar la coordinación entre unidades y servicios.

Al hacer referencia de las diferentes áreas de trabajo donde se aplicó la encuesta podemos concluir que dentro del servicio de Medicina existe tres sectores: un sector no fue representativo ya que respondió la encuesta predeterminada mínimamente, otro más del porcentaje esperado y el último contestó lo esperado al estudio. El servicio de Neurología no consta de sectores, en cuanto a la respuesta de la encuesta contestó lo esperado para el estudio.

Con relación a la característica de los encuestados llegamos a la conclusión que el Hospital cuenta con personal menor a 5 años de antigüedad en su función esto implica un cambio generacional que con lleva consigo un cambio de actitud en cuanto a elementos de la cultura de la seguridad se refiera.

PROPUESTAS

A la vista de los resultados obtenidos, las propuestas de intervención para mejorar la cultura de la seguridad de los pacientes en nuestra área de investigación serían las siguientes:

1-Fomentar la notificación interna y discusión de los errores que puedan ocurrir. La clara actitud positiva para aprender de ellos, es una fortaleza que debe ser aprovechada.

2-Tratar los temas de cultura de la seguridad del paciente como un problema de equipo, no individual. La buena percepción de la importancia de la interrelación interna en las diversas Unidades o Servicios debe ser así mismo aprovechada.

3-Prestar atención prioritaria a la racionalidad de la dotación y organización del personal y los ritmos de trabajo a que se puedan ver sometidos. Ya que en este ámbito, es donde se percibe la existencia de debilidades u oportunidades de mejora.

4-Fomentar la responsabilidad compartida y la coordinación entre Unidades y Servicios. Particularmente en los servicios de medicina, se percibe la necesidad de mejorar la coordinación entre unidades y servicios y debería por tanto desarrollarse una estrategia tendente a hacer extensiva la sensación de trabajo en equipo entre todas las unidades.

5-Mostrar una actitud más claramente proactiva hacia la cultura de la seguridad del paciente por parte de la Dirección del Hospital.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Cooper MD. Towards a model of safety culture. Saf Sci. 2000; 36 111-36.
- (2) Dynamics Research Corporation. Evaluation of a teamwork intervention in labor and delivery units. Andover, (MA): Dynamics Research Corporation; 2001.
- (3) Reid Ponte P, Peterson K. A patient- and family-centered care model paves the way for a culture of quality and safety. Crit Care Nurs Clin North Am. 2008; 20; 451-64.
- (4) Clark PG, Leinhaas MM, Filinson R. Developing and 9; 20:185-8.
- (5) Mompert MP. Administración de los servicios de enfermería. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas; 1994.
- (6) Hernández de Canales F, de Alvarado E, Pineda E. Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud. Washington: OPS; 1994.
- (7) Sanches F. Psicología social. Madrid: Mc Graw-Hill; 1998.

Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill; 2008.

Hernández de Canales F, de Alvarado E, Pineda E. Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud. Washington: OPS; 1994.

Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill; 1991.

Pineda E, de Alvarado E. Metodología de la investigación. Washington: OPS; 2008.

ANEXOS