

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autora: Mercedes Panno

ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN UNA CLÍNICA DE ATENCIÓN DE AGUDOS EN CABA

2018

Citar como: Panno, M. (2018). Análisis de la percepción de seguridad de pacientes en una clínica de atención de agudos en CABA. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE

Resumen/ Abstract	3	3
Palabras clave	3	3
Glosario de siglas y abreviaturas	4	4
1. Introducción	5	5
1.1. Lugar y período	6	6
1.2. limitaciones	6	6
2. Planteamiento del problema	7	7
2.1. Objetivo general	7	7
2.2. Objetivos específicos	7	7
2.3. Tipo de trabajo realizado	7	7
2.4. Unidad de análisis	8	8
2.5. Recolección de datos	8	8
2.6. Criterios de inclusión	9	9
2.7. Criterios de exclusión	9	9
2.8. Reclutamiento y consentimiento	9	9
2.9. Descripción de la Clínica AMEBPBA	9	9
3. Desarrollo	11	11
4. Resultados	21	21
5. Discusión	24	24
6. Conclusión	27	27
7. Bibliografía	29	29
8. Anexos	36	36

Resumen/ Abstract

La medición de seguridad del paciente sigue siendo un desafío global. Los pacientes son una fuente de aprendizaje importante pero subvalorada, sin embargo se sabe poco sobre lo que los pacientes pueden agregar a nuestra comprensión de la seguridad. En esta investigación se analizan las preocupaciones de seguridad informadas por los pacientes en la clínica AMEBPBA durante el segundo semestre año 2018.

Para la recolección de datos se utilizó una encuesta de la Agency for Healthcare Research and Quality-AHQR, validada como cuestionario sobre seguridad de los pacientes.

De los 80 pacientes encuestados para el estudio, 21 reportaron incidentes y sólo 9 de ellos (42,85%) fueron clasificados como incidentes de seguridad del paciente. Esto quiere decir que aproximadamente 1 de cada 10 pacientes internados sería capaz de identificar un incidente de seguridad, con riesgo para ellos o para otros pacientes. Lo que más les preocupaba a los pacientes cuando se trataba de su seguridad eran los problemas de comunicación, los temas vinculados con los derechos del paciente (dignidad, privacidad, respeto, compasión) y los problemas vinculados con el personal (falta de disponibilidad, poco staff, o indicadores de esto – como falta de respuesta a los timbres de llamado-). La mayoría de los reportes clasificados como incidentes de seguridad fueron considerados como insignificantes, menores o moderados en términos de severidad. Asimismo la totalidad se consideró como “probablemente” o “definitivamente” evitable.

La práctica de la seguridad está viviendo un cambio de paradigma, con tendencia a focalizarse cada vez menos en los daños pasados y cada más en la comprensión de los riesgos y la atención segura diaria en nuestros servicios y sistemas.

Los hallazgos del presente estudio sugieren que los pacientes pueden proporcionar información que complementa la medición de seguridad, con una frecuencia de incidentes de seguridad del paciente similar a los obtenidos a través de la revisión bibliográfica de la investigación.

Palabras Clave: percepción, seguridad de paciente, calidad.

Glosario de siglas y abreviaturas:

AMEBPBA: Asociación Mutualista Empleados Banco Provincia de Buenos Aires

AHQR: Agency for Healthcare Research and Quality

EA: Eventos Adversos

IACS: Infecciones Asociadas a Cuidados de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

PRASE: Patient Reporting and Action for a Safe Environment

PMOS: Patient Measure Of Safety

PIRT: Patient Incident Reporting Tool

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

1-INTRODUCCIÓN:

La búsqueda de seguridad frente a los riesgos que se dan al brindar los servicios de salud, se toman como un estándar de calidad y es una constante preocupación de quienes gestionan los mismos. Todas las sociedades, han conformado sus sistemas de salud y su organización desde su estructura social, que se encuentra en constante cambio, ya que en ella están presentes los procesos sociales que establecen el binomio riesgos-seguridad, como paradigma del cambio contemporáneo del siglo XXI. Se trata de establecer un análisis necesariamente abstracto y sociológico (historia de la Institución de salud), de la relación entre lo estructural, lo no estructural, lo funcional, lo administrativo, la gestión, la dirección, la seguridad y en consecuencia el riesgo con las emergencias a la que se puede ver sometido un establecimiento de salud.

Los médicos y demás profesionales de la salud suelen limitar la opinión de los pacientes a todo lo que tenga que ver con mejorar dimensiones de la calidad, cómo conseguir una atención más centrada en la persona, más atenta a sus necesidades físicas, espirituales y logísticas. No parece importar mucho lo que puedan aportar para que se pueda mejorar la eficiencia, efectividad, equidad, oportunidad y seguridad de su atención, dimensiones que suelen ser abordadas por distintos especialistas del sector salud en cada una de las áreas.

Sin embargo, en los últimos años se ha tomado conciencia del importante rol que tienen los pacientes para garantizar que su atención, además de estar centrada en ellos, sea segura y apropiada. De hecho, es sabido hoy que los comentarios de los pacientes sobre la calidad y seguridad de su atención, a partir de experiencias propias, brindan abundantes detalles sobre problemas específicos que suelen pasar desapercibidos en los tradicionales reportes de incidentes del personal sanitario. A diferencia de los incidentes reportados por el personal, los eventos o experiencias notificadas por los pacientes suelen carecer del limitado vocabulario "técnico" de la seguridad, lo que permite conocer detalles muy ricos del contexto en el que ocurrieron los incidentes. Esto a su vez puede ser útil para comprender mejor la naturaleza del problema y poder así explorar soluciones que prevengan su recurrencia. Hallazgos recientes indican que, si bien los pacientes pueden ser reacios a reportar de manera espontánea incidentes de seguridad, sí lo hacen cuando se los aborda y estimula a hacerlo.

A pesar del énfasis internacional en la participación del paciente en la seguridad, hay una escasez de pruebas de investigación sobre la aceptabilidad de esta implicación para los pacientes y pruebas equívocas hasta la fecha sobre si dicha participación conduce a mejoras en la seguridad. La evidencia que existe indica que los pacientes están dispuestos y pueden participar en estrategias de prevención de errores que tienen el potencial de mejorar la seguridad. Sin embargo, muchos

factores dificultan la participación del paciente, incluida la aceptación del nuevo rol del paciente, la falta de conocimiento médico sobre seguridad, la falta de confianza, la comorbilidad y los factores sociodemográficos. Por lo tanto, es claramente necesario comprender mejor cómo los pacientes pueden participar mejor en iniciativas de seguridad y la efectividad de dicha participación para mejorar la seguridad.

Lugar y período

Lugar: Clínica de internación de agudos de CABA. Clínica AMEBPBA

Período: segundo semestre año 2018 (hasta completar 80 encuestas de reporte activo)

Limitaciones

No se reclutaron pacientes que carecían de capacidad o estaban demasiado enfermos para participar. Si bien esto es éticamente justificable, es posible que también se haya excluido involuntariamente a aquellos pacientes que, al experimentar una gama más amplia de intervenciones relacionadas con el tratamiento y a veces durante un período de tiempo más largo, podrían haber proporcionado una perspectiva importante sobre la seguridad de la organización. La investigadora fue consciente de esto y regresó a visitar a los pacientes que no se pudieron reclutar el día 1 para verificar si podían dar su consentimiento un día posterior (por ejemplo, cuando tenían 2 días de postoperatorio o si estaban teniendo un episodio más lúcido). También puede ser apropiado, en el futuro, obtener las opiniones de estos grupos pidiendo a familiares o cuidadores que completen el registro en nombre del paciente.

2-Planteamiento del problema:

Dadas las limitaciones de los sistemas de reportes de incidentes por parte del personal de la salud de la Clínica AMEBPBA para identificar riesgos y apoyar el aprendizaje organizacional las preguntas son:

¿Cuáles son los eventos percibidos por los pacientes sobre su seguridad en la clínica AMEBPBA?

¿Podemos aprender desde su perspectiva?

2.1-Objetivo general:

Analizar la percepción de la seguridad de los pacientes a través del reporte activo durante su internación en Clínica AMEBPBA.

2.2-Objetivos específicos:

2.2.1 Evaluar qué preocupaciones sobre seguridad reportan los pacientes en la sala de internación de Clínica AMEBPBA

2.2.2 Analizar en qué medida las percepciones reportadas se vinculan a diferentes categorías de incidentes de seguridad y como las categorizan según severidad y en la posibilidad de ser prevenidos.

2.2.3 Analizar la naturaleza e incidencia de los eventos experimentados por los pacientes.

2.3-Tipo de Trabajo realizado

Se trata de un estudio cuantitativo, transversal, en el que se incluyeron pacientes mayores de 16 años de edad que pudieran dar su consentimiento, desde las 24 hs del ingreso que se admitieron en el servicio de internación, durante el período estacional comprendido desde el 1 Septiembre del 2018 al 16 de Octubre del mismo año. Cabe aclarar que los pacientes que realizaron la encuesta podían tener internación de causa clínica o quirúrgica. Se excluyeron los pacientes que estaban demasiado enfermos, inestables o angustiados como para participar, reingresos que ya hubieran participado en la encuesta o si eran pacientes con deterioro cognitivo o si su comunicación era por medio de idioma de señas. La encuesta se obtuvo en cualquier momento de la estadía del paciente,

después de un mínimo de 24 hs en el servicio. Se obtuvo el consentimiento en forma verbal, verbal, preferentemente con testigo siendo en la mayoría de los casos el acompañante o familiar del familiar del paciente. paciente.

Se solicitó a los participantes que proporcionaran información demográfica básica sobre la edad, el edad, el sexo, al momento de la admisión actual. actual.

2.4-Unidad de Análisis

Pacientes en la dimensión de su seguridad que se encontraban internados en el Servicio de de Internación de la Clínica AMEBPBA. AMEBPBA.

2.5- Recolección de Datos

El instrumento utilizado para el análisis de la percepción de seguridad fue una encuesta de la de la Agency for Healthcare Research and Quality-AHQR, validada como Cuestionario sobre seguridad de seguridad de los pacientes, el cual está compuesto de 42 ítems. (ver anexo 1 "Encuesta percepción de la de la seguridad"). Cantidad de encuestas realizadas: 80 80.

Escala de respuesta utilizada en la encuesta de 5 puntos para responder a las preguntas:

1: Totalmente de acuerdo y 2: de acuerdo

3: Ni de Acuerdo, ni en desacuerdo

4: No estoy de acuerdo y 5: totalmente en desacuerdo

Los ítems hacen preguntas basadas en dominios diferentes que son:

- ✓ comunicación y trabajo en equipo
- ✓ organización y planificación de la atención
- ✓ acceso a los recursos
- ✓ tipo y disposición de la sala
- ✓ flujo de información
- ✓ roles y responsabilidades del personal
- ✓ equipo
- ✓ retrasos

2.6 - Criterios de inclusión:

- ✓ Masculino o femenino internado en la sala de clínica médica.
- ✓ De 16 años o más
- ✓ Lúcido, capaz de dar su consentimiento
- ✓ Período mínimo de 24 hs en la sala de internación.
- ✓ No poseer medicación para deterioro cognitivo.

2.7 - Criterios de exclusión:

- ✓ No tener capacidad para consentir
- ✓ Menor de 16 años
- ✓ Tener capacidad pero está demasiado enfermo o angustiado para participar (por ejemplo, dificultad para respirar, dolor, sangrado, postoperatorio inmediato)
- ✓ Recibir medicación para deterioro cognitivo.

2.8 - Reclutamiento y consentimiento

Los pacientes fueron encuestados por una administrativa de la Institución capacitada en la teoría de la seguridad del paciente, desarrollando un repertorio específico de habilidades que le permite relacionarse con los pacientes sobre su seguridad. La investigadora se puso en contacto con el personal de enfermería y con la jefatura de Clínica médica para identificar a los pacientes que tenían capacidad para responder y se consideraron lo suficientemente estables como para participar en la investigación. La investigadora a diario le informaba a la encuestadora los pacientes apropiados para darles información sobre el estudio. Si el paciente aceptaba participar, se obtenía su consentimiento y se le informaba que era una encuesta voluntaria y anónima. Se les aseguró que la decisión de no participar no afectaría el nivel de atención que recibirían. El proceso de encuestar los pacientes en sus habitaciones se realizó de manera respetuosa y sensible.

2.9 - Descripción técnica de la Clínica AMEBPBA

La Clínica AMEBPBA es un establecimiento polivalente de agudos con atención restringida a los afiliados activos y pasivos de AMEBPBA.

AMEBPBA cuenta con aproximadamente 55.000 afiliados y 6.000 beneficiarios y su principal característica es que no se trata de una Obra Social sino de una Mutual. Ésta es la responsable de la administración y financiamiento de la Clínica.

Ubicada en el área de la Comuna 3 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sobre la calle Bartolomé Mitre entre Ayacucho y Junín.

La Clínica AMEBPBA está destinada exclusivamente a la asistencia de adultos, población mayoritariamente añosa, con un promedio de edad en la internación de 68 años, por lo que no cuenta con servicios de Maternidad, Neonatología ni Pediatría.

El edificio tiene cuatro pisos y un subsuelo.

Cuenta con 43 camas individuales de Internación General que se distribuyen sobre el frente y el contra frente del edificio.

La Unidad de Terapia Intensiva tiene 6 camas, el Área Quirúrgica tres quirófanos y 4 camas para recuperación anestésica y un área equipada para procedimientos endoscópicos bajo anestesia general.

El Hospital de Día cuenta con 4 puestos con sillones.

Durante el mes de Setiembre y Octubre al momento de realizarse la encuesta, se realizaron 262 internaciones y 257 procedimientos quirúrgicos.

3-DESARROLLO

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido la seguridad del paciente como: "La reducción del riesgo de daños innecesarios asociados con la asistencia médica a un mínimo aceptable. Un mínimo aceptable se refiere a las nociones colectivas del conocimiento de los recursos disponibles y el contexto en el cual el cuidado fue entregado, pesado contra el riesgo de no tratamiento u otro tratamiento". El diccionario de la Seguridad del Paciente de Canadá (2003) define la seguridad del paciente como "la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de asistencia médica, así como el empleo de las mejores prácticas mostradas para conducir a resultados óptimos en la atención de los pacientes".

La seguridad del paciente fue promovida por la OMS (2004) a través de La Alianza para la Seguridad del Paciente . A raíz del libro publicado por el Institute of Medicine de los Estados Unidos en 1999, titulado To Err Is Human el cual , estimó que "entre 44.000 a 98.000 pacientes mueren anualmente en Estados Unidos por Eventos Adversos Evitables", además, consideró que "mueren más personas por Errores Médicos que por accidentes de tránsito, por cáncer de mama o SIDA " "constituyéndose en la octava causa de muerte en Estados Unidos"; con un costo total de los eventos adversos prevenibles en ese país, que oscilan entre 19 y 29 billones de dólares. Actualmente es un tema universal que ha impactado globalmente el ejercicio moderno de la medicina, incluso se le ha denominado la nueva medicina del siglo XXI. Desde la Organización Mundial de la Salud, hasta diversas entidades sanitarias gubernamentales en el mundo, así como profesionales de la salud se han convocado para el despliegue de los procesos de seguridad del paciente como una prioridad de la atención en salud a nivel mundial el desarrollo de estrategias que involucren la reducción de los eventos adversos, definido como "el daño no intencional o complicación que resulta en estancia hospitalaria prolongada, discapacidad al momento del alta o muerte y es causado por el manejo de la atención en salud más que de la enfermedad subyacente del paciente".

Para evitar confusiones, el programa de las Instituciones afiliadas a Harvard propone utilizar las siguientes definiciones:

Calidad: El grado en el cual los servicios de salud prestados a individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.

Riesgo: Contingencia o proximidad de un daño.

Seguridad: Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención médica hasta un mínimo aceptable.

Evento Adverso: daño ocasionado por el manejo médico y no por la enfermedad subyacente del paciente; a menudo también llamado como “daño”, “lesión” o “complicación”. Un evento adverso puede o no ser el resultado de un error. Pueden clasificarse en prevenibles y no prevenibles.

El “manejo médico” hace referencia a todos los aspectos de la atención, no solamente a las decisiones o actos de los médicos o enfermeros.

Error médico: La falla para completar una acción planificada como se pretendió o la utilización de un plan equivocado para alcanzar un objetivo. Los errores médicos pueden ser serios, menores o “near misses” (casi accidentes). Un error médico puede o no causar un daño. Un error médico que no deriva en daños al paciente no constituye un evento adverso.

Error serio: un error que tiene el potencial de causar un daño permanente o que, siendo transitorio, amenaza la vida.

Error menor: un error que no causa daño ni tiene el potencial de hacerlo.

Near Miss (“casi accidente”): Un error que podría haber causado daño pero que no alcanzó al paciente porque fue interceptado.

Evento adverso prevenible: Un daño (o complicación) que resulta de un error o de una falla del sistema.

Aún habiendo coincidencia en que los errores individuales son a menudo el resultado de fallas sistémicas, son percibidos por los pacientes y por los cuidadores como eventos muy personales.

Por eso resulta útil dividir a los eventos adversos prevenibles en tres categorías:

Tipo 1: error del médico a cargo (ej. Error técnico durante un procedimiento).

Tipo 2: error de cualquier otra persona del equipo de salud.

Ejemplos:

- Un enfermero que administra una medicación incorrecta.
- Un residente que comete un error técnico de juicio.
- Un radiólogo al que se le pasa por alto una lesión.

Tipo 3: fallas sistémicas sin que se pueda individualizar una persona.

Ejemplos:

-Falla de una bomba de infusión IV que origina una sobredosis.

-Falla de un sistema para comunicar resultados anormales de laboratorio al médico que pidió el análisis.

Evento adverso no prevenible: un daño (o complicación) que no resulta de un error o de una falla en el sistema y que no siempre es prevenible con los conocimientos actuales. Se dividen en dos categorías mayores:

Tipo 1: riesgos comunes y bien conocidos de tratamientos de alto riesgo. Los pacientes los comprenden (consentimiento informado) y los aceptan en busca de los beneficios que propone la terapéutica indicada. (ej. Complicaciones de quimioterapia o de cirugías)

Tipo 2: riesgos conocidos pero poco frecuentes de tratamientos comunes. El paciente puede haber o no sido informado de los mismos con antelación;(Ej. Efectos adversos de la medicación; ciertas infecciones de heridas)

Incidente: un evento adverso o un error serio. También denominado muchas veces como "evento".

Revelación ("Disclosure"): brindar información al paciente y/o a su familia sobre un incidente. También denominado en varios programas como "comunicación". Algunos (Harvard) prefieren el termino "revelación", haciendo referencia implícita al hecho de optar por descubrir información privilegiada.

Reporte: Brindar información sobre eventos adversos o errores a las autoridades apropiadas internas o externas.

Mala Praxis: cuando se obra con impericia, imprudencia, negligencia o inobservancia de los deberes. No todos los eventos adversos ni errores prevenibles son mala praxis. Para constituirse, deben opinar peritos expertos que consideren que el profesional se apartó de los estándares de práctica aceptados para ese lugar y circunstancia.

Diferentes estudios a nivel internacional evidencian que a diario los pacientes sufren EA en las instituciones de atención en salud, tanto en el plano asistencial como administrativo. El interés actual, se centra en minimizar a través de estrategias preventivas la ocurrencia de EA.

En una revisión sistemática realizada por de Vries, se observó que en promedio, uno de cada diez pacientes ingresados a hospitalización sufrió alguna forma de daño evitable que pudo provocar discapacidades graves o incluso la muerte. La incidencia de eventos adversos en hospitales fue

estimada en entre un 3.7 - 16.6 %, de los cuales el 50% se consideraron evitables. Brennan, publicó The Harvard Medical Practice Study , estudio realizado en New York en 1984, en el que se evaluó la incidencia de eventos adversos y la negligencia en pacientes hospitalizados, encontró en 30121 registros analizados aleatoriamente de instituciones (sin tener en cuenta los pacientes psiquiátricos) una incidencia de eventos adversos de 3.7% (IC 95% 3,2 - 4.2). Wilson y otros , publicaron The quality in Australian health care study, una revisión de 14000 registros médicos de 28 hospitales en Nueva Gales y el sur de Australia, encontrando que el 16.6% (IC 95% 15.2-17.9) de las admisiones 7 estaban asociadas con un evento adverso. Vicent , estudió EA en hospitales Británicos de Londres entre 1999-2000, en 1014 registros médicos encontró una incidencia de 10.8% EA, de los cuales el 48% fueron catalogados como prevenibles. El 66% de los pacientes que presentaron EA tuvo daño mínimo y se recuperaron en menos de un mes; en el 34% el daño fue moderado o permanente. Davis , en Nueva Zelanda, realizó un análisis retrospectivo de 6.579 registros médicos en 1998 en 13 hospitales, encontró que la proporción de admisiones asociados con EA fue de 12.9%, el 15% de los paciente sufrieron discapacidad permanente o muerte. Kable, en el 2002 en Australia, observó que las admisiones por EA quirúrgicos fueron del 21.9%, el 48% de los casos fueron catalogados como prevenibles. En Latinoamérica el estudio IBEAS, "Prevalencia de Eventos Adversos en Hospitales de Latinoamérica", fue llevado a cabo a gran escala en América Latina donde participaron Colombia, México, Costa Rica, Perú y Argentina, con el objetivo de medir los eventos adversos que ocurren como resultado de la atención médica. En él evaluaron 58 centros asistenciales de los 5 países participantes, llegando a analizar un total de 11.555 pacientes hospitalizados. Se puso de manifiesto que 10 de cada 100 pacientes que ingresan en un día a un hospital sufren daño producido por los cuidados sanitarios; además este riesgo se duplica si se considera todo el tiempo en que el paciente estuvo hospitalizado. Las cifras cuantifican que 20 de cada 100 pacientes ingresados a los centros hospitalarios presentan al menos un incidente dañino a lo largo de su estancia; mostró una incidencia global EA de 19.8% y una prevalencia de 10.5%. El perfil de los eventos adversos identificados en el estudio IBEAS es altamente coincidente con lo encontrado en otros estudios internacionales como España 2005, Dinamarca 2001, Canada 2000 , entre otros.

El extraordinario desarrollo de la atención sanitaria en los últimos 20 años ha permitido restablecer la salud en situaciones antes impensadas, pero al mismo tiempo su gran complejidad tecnológica y la interacción entre diferentes actores suponen una situación de mayor riesgo para los pacientes. Los ciudadanos ayudados por las tecnologías de la información han ido adquiriendo conocimientos sobre las enfermedades y los posibles tratamientos, llegando a cuestionar más que nunca la actuación de los profesionales sanitarios, que en muchas ocasiones no son capaces de responder a este nuevo reto.

En el cuidado de la salud asegurar la calidad implica procesos que garanticen que la atención clínica se ajuste a los criterios o normas establecidos. Uno de los principios básicos de la calidad es la prevención y la mejora continua. Esto significa que la calidad es un proceso dinámico y un proyecto interminable, cuyo objetivo es detectar disfunciones tan rápido como sea posible una vez que ocurran. Por lo tanto gestionar la calidad en salud requiere de aplicar principios fundamentales como son: prácticas centradas en el paciente, mejora continua con implicación y liderazgo del equipo directivo y participación de todo el equipo de trabajo; identificación de procesos claves y superar las barreras existentes; toma de decisiones basadas en evidencias con dominio de la información.

La seguridad del paciente desde la perspectiva de la atención de salud supone un conjunto de normas, procedimientos, instrumentos y métodos basados en evidencias científicas destinados a minimizar el riesgo de daño sobre agregado y de eventos adversos en la atención de la salud. Incluye medidas que garantizan prácticas diagnósticas, terapéuticas y de cuidados de enfermería seguros, así como de ajuste del medio ambiente, organización y funcionamiento institucional, incluyendo la dotación, competencias y sostenimiento del personal.

El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2001, en relación a la calidad de la atención y seguridad del paciente establece que: "Las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar al paciente pero también pueden causarles daño. La combinación compleja de procesos, tecnología e interacciones humanas, que constituyen el sistema moderno de prestación de atención de salud, pueden aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran eventos adversos".

Haciendo Historia:

Hipócrates en 400 a.c. acuñó la premisa "Primum non nocere", en 1857 Semmelweis concluyó que la desinfección de manos llevaba a menos infecciones (fiebres puerperales). En 1818 la A. C. Surgery realizó el primer programa de inspección y certificación hospitalaria que muchos años después en 1951 daría origen a la Joint Commission.

En los años cincuenta del siglo XX se publicaron los primeros estudios sobre los riesgos de la hospitalización y los errores médicos. La contribución de estos estudios y otros posteriores permitió la implementación de prácticas seguras que han logrado reducir de forma extraordinaria la muerte relacionada con eventos adversos en los últimos 25 años. Al mismo tiempo, los estudios epidemiológicos han contribuido de forma especial al conocimiento sobre la frecuencia del daño asociado a la atención sanitaria. Schimmel, en 1964, llamó la atención tempranamente sobre los riesgos de la hospitalización. En 1983 N. McIntyre y K. Popper publican su editorial "The critical

attitude in medicine: the need for new ethics”, donde establecen la evaluación de los resultados finales en los hospitales. Brennan, en 1984, aportó una metodología para el estudio de los eventos adversos que se replicaría en todo el mundo. En 1990 James Reason, publica Humans Errors y 7 años después Managing the risk of Organizational Accidents, en donde describe su nueva teoría del error como resultado de fallas en el sistema. Gracias a estos estudios hoy se conoce mejor la frecuencia de los eventos adversos y sus determinantes.

En 1999, el informe del Instituto de Medicina de EE.UU. “Errar es de humanos: construyendo un sistema más seguro de salud” marca un antes y un después en la concientización sobre este tema y ha hecho que la investigación sobre seguridad del paciente y las iniciativas para actuar sobre los riesgos evitables sean una prioridad para todas las autoridades sanitarias. Este estudio estimó que los errores clínicos prevenibles son responsables de entre 44.000 y 98.000 muertes de pacientes en hospitales por año.

En marzo de 2002 la OMS en su 55a Asamblea Mundial informó tasas muy altas de eventos adversos para diferentes países desarrollados que oscilaron entre 3,2 y 16,6%, corroborando el gran problema existente en el ámbito mundial. Si se adiciona a las miles de personas que como producto del error no murieron pero que quedaron con una discapacidad transitoria o permanente, el problema toma dimensiones casi epidémicas, por lo cual la OMS lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad Clínica del Paciente.

Los seis objetivos de la calidad de atención médica son:

- 1- La atención **debe ser segura.**
- 2- La atención debe ser efectiva.
- 3- La atención debe estar centrada en el paciente.
- 4- La atención debe ser oportuna.
- 5- La atención debe ser eficiente.
- 6- La atención debe brindarse con equidad.

Las metas en seguridad son:

- 1- Identificación de pacientes.
- 2- Comunicación efectiva
- 3- Medicamentos de alto riesgo
- 4- Cirugías seguras
- 5- Reducción de las IACS
- 6- Prevención de caídas

En concordancia con dichas metas tenemos mejores prácticas de seguridad: checklist perioperatorios de anestesia, bundle vías centrales, planes de remoción de sondas vesicales, bundle neumonía asociada al respirador, higiene de manos, listado de abreviaturas peligrosas, planes para prevenir úlceras por presión, precauciones de barrera para prevenir IACS , catéteres centrales bajo control ecográfico, planes para la prevención de trombosis venosa profunda y tromboembolismo de pulmón.

Pese a todo el conocimiento acumulado, su paso a la acción se demora y los progresos en seguridad son más lentos que lo deseado.

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones de salud se perfila como uno de los requisitos esenciales para gestionar el riesgo inherente a las prácticas de atención de salud, con el aprendizaje de los errores y el rediseño de los procesos para evitar que vuelvan a producirse. En este sentido, conseguir una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente ha sido señalada como la primera de las “buenas prácticas” o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente en el informe publicado el 2003 por el National Quality Forum de los Estados Unidos, en cuya última actualización se indica, además, la medición de la cultura de seguridad, feed-back de los resultados, y las intervenciones consecuentes, como uno de los elementos necesarios para llevar a cabo esta recomendación.

Cuando la cultura de seguridad es aplicada al cuidado de la salud tiene aún mayor importancia, ya que la seguridad no sólo aplica para la fuerza de trabajo sino también para pacientes que podrían ser dañados por las acciones del personal. La tradicional cultura de seguridad del paciente “culpa y vergüenza” en organizaciones del cuidado de la salud ha sido criticada por obstruir la posibilidad de “aprender de los errores” y ser responsable de causar errores clínicos. Hay un reconocimiento creciente de la necesidad de transformar la cultura organizacional del cuidado de la salud.

Helmreich define a la cultura organizacional, como “una compleja red de actitudes racionales, organizacionales, profesionales y los valores en base a los cuales funcionan los individuos y grupos”. Con frecuencia la cultura organizacional se compara de manera figurada como el pegamento que mantiene unida a la organización y, por lo tanto, se asume que dicha cultura es un componente importante y contribuye al desempeño de la organización en su conjunto, a la socialización de los trabajadores, de tal manera que estos aumentan su compromiso con los objetivos de la organización.

La cultura de seguridad de acuerdo a la Agency for Healthcare Research and Quality-AHQR, se define como el resultado de los valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la

competencia de una organización hacia la salud, y el manejo de la seguridad, la cual se caracteriza por una comunicación fundada en la confianza mutua, producto de las percepciones compartidas acerca de la importancia de la seguridad, y por la confianza depositada en la eficacia de las medidas preventivas implementadas para evitar los eventos adversos.

Todo el personal de una Institución de Salud, como miembro del equipo de salud, debe desarrollar una cultura de calidad e incorporarse a los programas con una actitud proactiva. La calidad en la atención es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de implementar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad. Enfermería, siendo el grupo más grande de los proveedores del cuidado de la salud, constituyen una parte indispensable de los equipos multidisciplinares que están encontrando soluciones innovadoras para mejorar la seguridad en beneficio del paciente. Una aproximación de los sistemas toma una perspectiva más amplia al buscar soluciones en el ambiente físico y cultural para dar cuidado seguro de alta calidad.

Actualmente analizar la cultura de la seguridad en la atención de los pacientes dentro de los sistemas de salud, constituye un pilar fundamental, para implementar y arraigar en la organización el valor de la seguridad en una Institución, permite identificar áreas de fortalezas y oportunidades hacia la mejora continua que permitan establecer un plan de intervenciones, que guíen a establecer cuidados seguros y de calidad en beneficio de los pacientes y sus familias y con ello, minimizar las repercusiones de eventos adversos que dañan la integridad física, emocional y económica de los implicados. Con el aumento del énfasis en el propósito de la seguridad en las organizaciones de cuidado de la salud, crear una cultura de seguridad del paciente se vuelve extremadamente importante.

Por lo tanto, valorar la cultura de seguridad proporciona a una organización un entendimiento básico relacionado con percepciones y actitudes de sus gerentes y personal. Las medidas de cultura de seguridad pueden ser usadas como herramientas de diagnóstico para identificar áreas para mejorar. Una evaluación en este aspecto ayuda a una organización a determinar áreas consideradas más problemáticas que otras; esta valoración puede proporcionar a una organización material para análisis de "causa/raíz" y generar ideas del propio personal involucrado hacia el mejoramiento. De esta forma, la evaluación en sí misma puede ser manejada como una intervención de seguridad del paciente.

A pesar del mayor foco y algunos indicios de mejoría 1 de cada 10 pacientes internados sufre un evento adverso (AHRQ Efforts, 2014). Investigaciones recientes han demostrado que en aproximadamente 1 de cada 2 cirugías se produce algún error de medicación y/o un evento

adverso vinculado a la medicación (Nanji et al, 2015). Globalmente, hay 421 millones de hospitalizaciones por año y aproximadamente, 42,7 millones de eventos adversos (Jha et al, 2013).

Durante los últimos 5 años, se estuvieron desarrollando abordajes novedosos para permitir que los pacientes brinden feedback sobre la seguridad de su atención. El primer problema ha sido explorado provisionalmente por O'Hara y su equipo de investigación entre otros trabajos, donde buscaron saber si el feedback de los pacientes sobre temas de seguridad podía ser recolectado al pie de la cama. La intervención PRASE (Patient Reporting and Action for a Safe Environment) permite que los pacientes reporten anónimamente preocupaciones de seguridad utilizando un instrumento de reporte con sustento teórico y basado en la evidencia. Con esta herramienta, implementaron un sistema de reporte de incidentes de pacientes en 33 salas de internación clínica y quirúrgica durante doce meses para explorar cuáles eran las principales preocupaciones de los pacientes en términos de seguridad, cómo tomaban conciencia y categorizaban estas preocupaciones estudiando luego su naturaleza e incidencia.

Tomando las experiencias de estas investigaciones la investigadora utilizó dos herramientas para obtener el feedback de los pacientes. Se tratan de cuestionarios/encuestas basadas en el modelo de seguridad organizacional de J.Reason. La primera de ellas, denominada PMOS (Patient Measure of Safety – ver ANEXO 2), solicita a los pacientes comentarios sobre los principales factores contribuyentes a la seguridad identificados en la literatura: comunicación y trabajo en equipo, roles y responsabilidades y ambiente del lugar en donde se encontraban internados. La segunda herramienta, llamada PIRT (Patient Incident Reporting Tool) pide a los pacientes que reporten cualquier incidente de seguridad que hayan sufrido o presenciado, alentándolos también a que notifiquen cualquier experiencia de seguridad que les haya resultado positiva. La información conjunta de estas dos herramientas fue evaluada por la investigadora.

Todos los pacientes que participaron del estudio eran mayores de 16 años y habían otorgado su consentimiento. El feedback fue solicitado en cualquier momento, luego de un mínimo de 24 horas de internados. Los datos obtenidos fueron luego analizados y dividido en distintas categorías de incidentes. Esto resultaba necesario para transformar el texto libre de los distintos incidentes reportados en una base de datos más codificada a partir de la cual se pudieran extraer conclusiones. Se establecieron así categorías de incidentes. Dentro de las categorías, figuraban, entre otros, problemas vinculados a la comunicación, personal, ambiente, dignidad y respeto, medicación, entrenamiento del personal, etc. La investigadora clasificó del total de los reportes aquellos que podían calificar como incidentes de seguridad del paciente, definidos como "cualquier incidente inesperado o no intencional que dañó o podría dañar a uno o más pacientes atendidos en los hospitales bajo estudio". (Ver ANEXO 3)

Finalmente, los incidentes de seguridad fueron clasificados por la investigadora en una tabla de riesgo según su severidad y posibilidad de ser prevenidos.

Algunos ejemplos de incidentes que fueron considerados eventos de seguridad en algunas de las categorías:

Comunicación: "Esperé cinco días un medicamento que no había sido pedido por el especialista". "Tuve que realizar la preparación para la endoscopia dos veces porque no estaba en la lista de estudios y el médico se fue".

Temas de personal: "Tardan en contestar al llamado, falta personal de enfermería". "El médico que debía hacerme el estudio no estaba disponible y tardo muchas horas en venir".

Ambiente: "La ducha no tenía la cortina, se mojó todo el piso del baño, al salir de bañarme pisé el piso mojado lo cual es peligroso".

Dignidad/Privacidad/Compasión/Respeto: "El traumatólogo de guardia no me reviso, debería tratar con más humanidad al paciente". "Mi hijo salió a pedirle una noche a los enfermeros que no hicieran tanto ruido, se oían las carcajadas y la música del celular. Los enfermeros se enojaron con mi hijo y conmigo y ya no me atendieron con cuidado".

Medicación: "Uno de los medicamentos que tomo hace años diariamente no me fue administrado, el enfermero insistía que no estaba indicado. Debe leerse la historia clínica y subsanar el error cometido en un principio cuando enumere la medicación habitual".

Acceso a los recursos: "solicitan un equipo para ayudarme a respirar y tarda muchas horas en llegar, cuando lo traen suena la alarma todo el tiempo por tener mal puesta la máscara".

Algunos ejemplos de incidentes reportados que NO fueron considerados eventos de seguridad en algunas de las categorías: falta de toallas, falta de ventana en la habitación, el personal parece sobrepasado y eso significa que las cosas a veces no se hacen a tiempo, el personal del turno noche hace mucho ruido, hablan fuerte, se hace muy difícil dormir. Además, algunas puertas se golpean al sacar la basura. "La mesita para comer esta vencida y no sube, me hizo sentir incómodo". "El baño es chico uno se puede golpear". "debería haber un llamador en el baño". "Deberían limpiar más seguido, no hay rico olor". "Debería haber más médicos de guardia".

4-RESULTADOS

De los 80 pacientes encuestados se desprenden los siguientes datos demográficos: los varones corresponden al 48% y las mujeres al 52% (Gráfico 1).

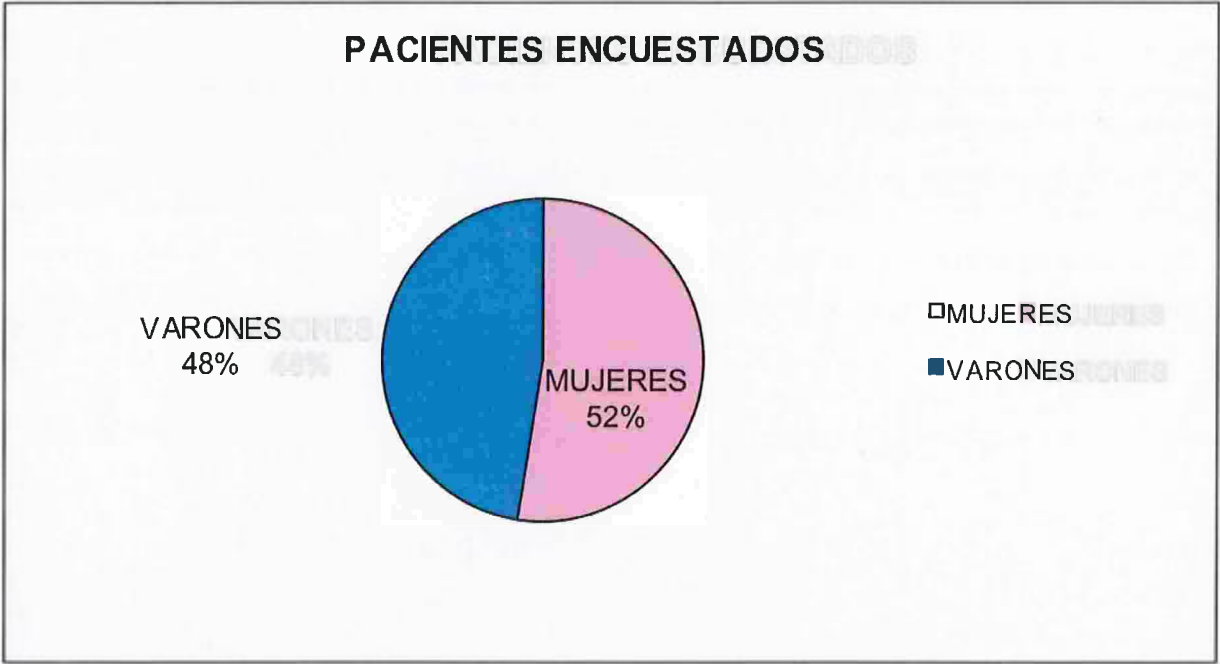


Gráfico 1: distribución por sexo.
Fuente: elaboración propia.

Con respecto al rango etario, más del 80% de los encuestados tienen más de 61 años

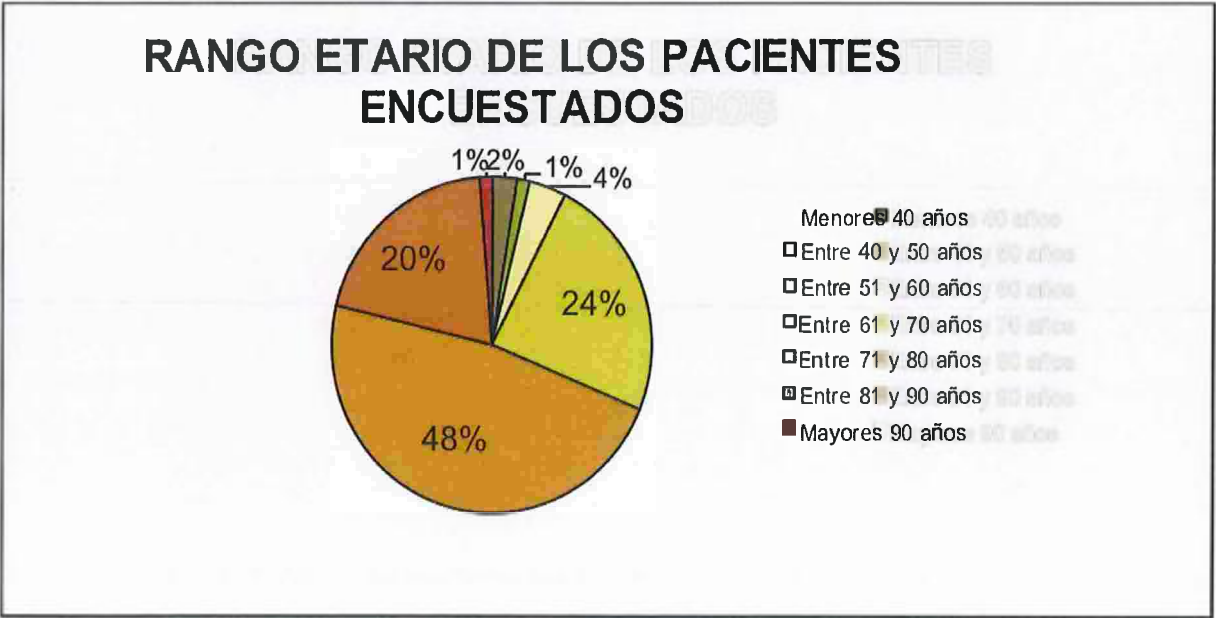


Gráfico 2: rango etario de los pacientes encuestados.

De los 80 pacientes encuestados para el estudio, 21 reportaron incidentes y sólo 9 de ellos (42,85%) fueron clasificados como incidentes de seguridad del paciente, definidos como "cualquier incidente inesperado o no intencional que dañó o podría dañar a uno o más pacientes atendidos en los hospitales bajo estudio". Esto quiere decir que aproximadamente 1 de cada 10 pacientes internados sería capaz de identificar un incidente de seguridad, con riesgo para ellos o para otros pacientes.

Dichos incidentes fueron agrupados en 6 categorías.

Lo que más les preocupaba a los pacientes cuando se trataba de su seguridad eran los problemas de comunicación, con 2 reportes (22,22% del total), los temas vinculados con los derechos del paciente (dignidad, privacidad, respeto, compasión) con 2 reportes, 22,22% del total y los problemas vinculados con el personal (falta de disponibilidad, poco staff, o indicadores de esto – como falta de respuesta a los timbres de llamado-) con 2 reportes, 22,22% del total.

El resto de los problemas son los vinculados al ambiente. (n=1; 11,11%), los problemas vinculados a la medicación (n=1; 11,11%) y los problemas vinculados con acceso a los recursos. (n=1; 11,11%).

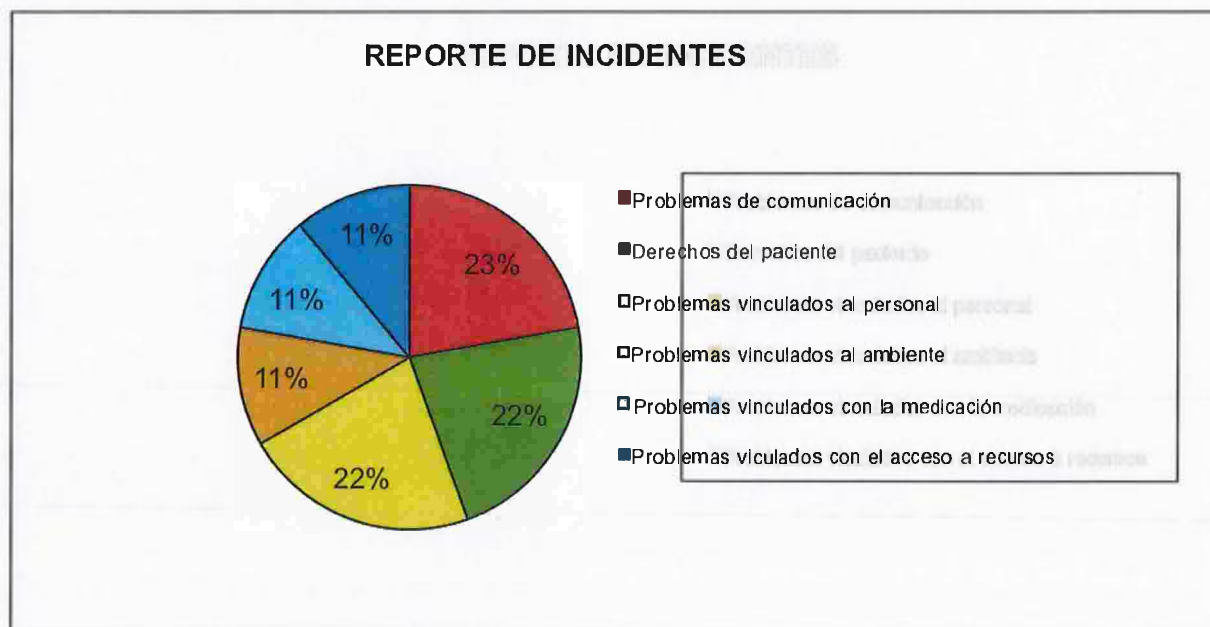


Gráfico 3: porcentaje de Incidentes de Seguridad del paciente clasificados por categoría.

La mayoría de los reportes clasificados como incidentes de seguridad fueron considerados como insignificantes, menores o moderados en términos de severidad. Asimismo la totalidad se consideró como "probablemente" o "definitivamente" evitable.

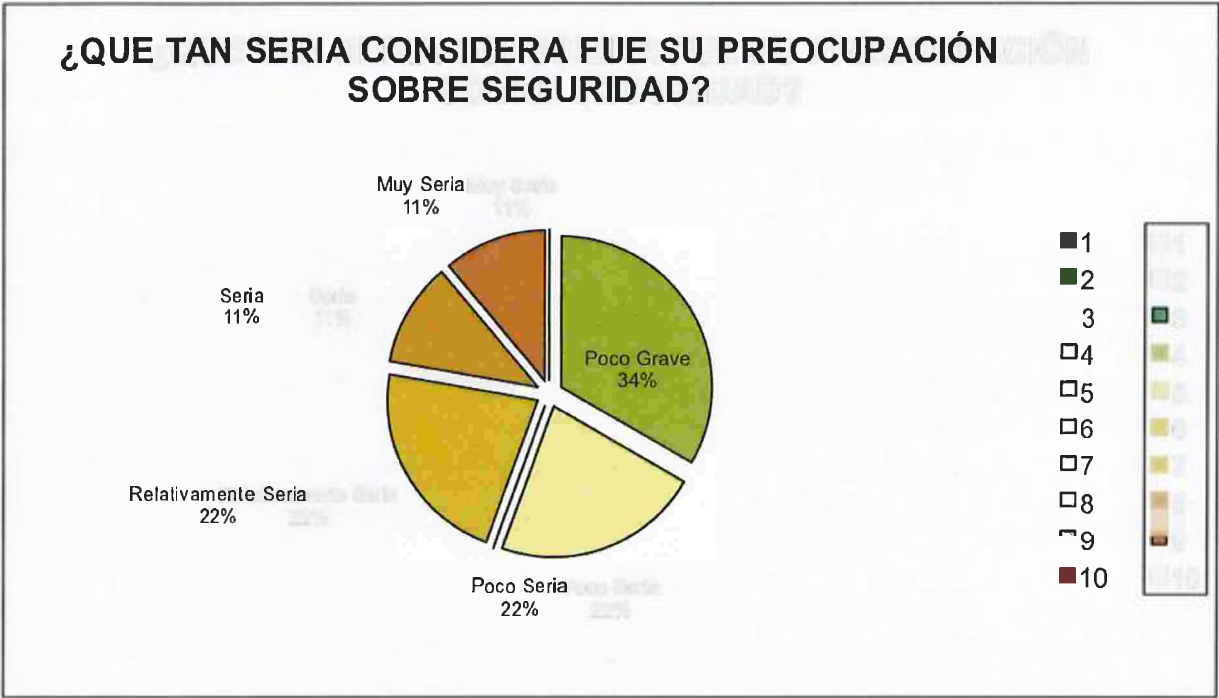


Gráfico 4: gravedad de los incidentes de seguridad del paciente

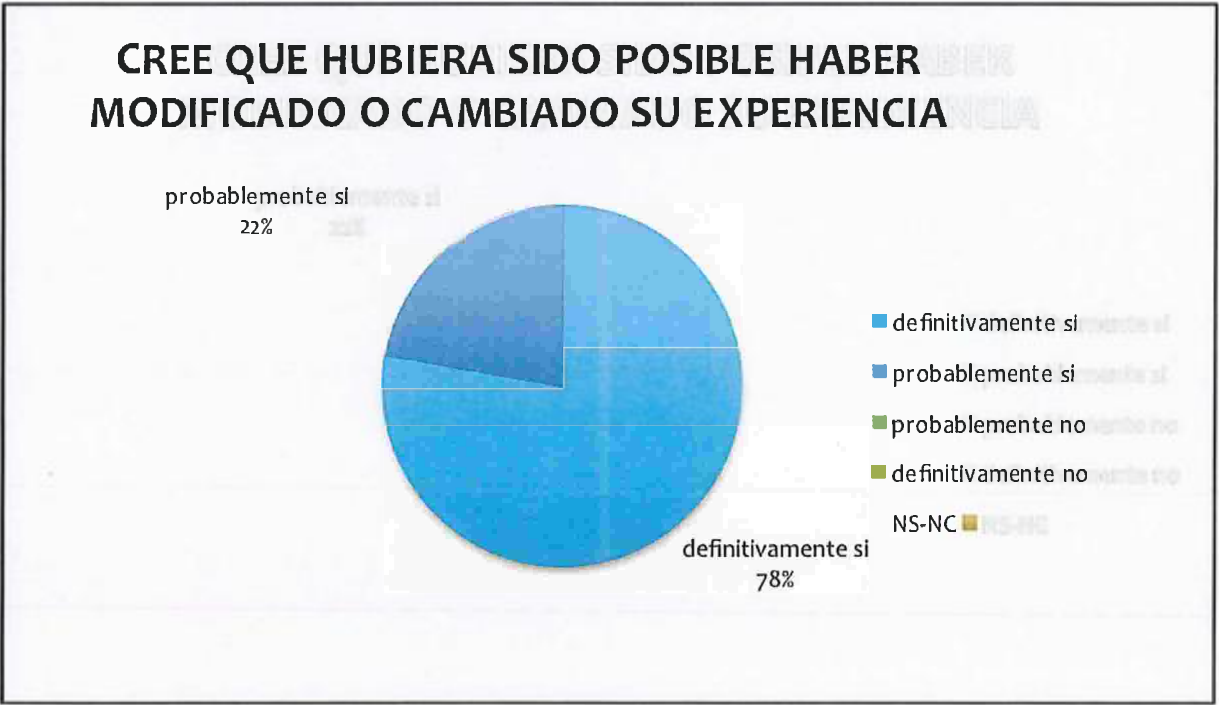


Gráfico 5: Evitabilidad de los incidentes de seguridad del paciente

5-DISCUSIÓN

Los datos revelan que los pacientes son una fuente importante de reportes de seguridad, ya que casi 1 de cada 10 reportan alguna preocupación o experiencia que cumple con la definición clínica de incidente de seguridad. Si bien esta tasa resulta llamativamente parecida a las tasas que se vienen manejando de pacientes dañados durante su atención (también 1 de cada 10), las investigaciones publicadas previamente indican que los eventos de seguridad reportados por los pacientes raramente se superponen con los eventos identificados por el personal mediante otros métodos de detección de errores. Esto sugiere que nuestros actuales métodos de medición de la seguridad en el ámbito de internación (ej.: revisión de historias clínicas y reportes de incidentes del staff) pueden estar subestimando el nivel real de eventos de seguridad. Lo que los pacientes dicen parece coincidir con el conocimiento que tenemos de otros procesos de identificación de errores y daños existentes, con la ventaja de brindarnos una nueva perspectiva, al capturar preocupaciones que son importantes para los pacientes pero que pasan desapercibidas para el personal con los sistemas de reportes tradicionales.

En el estudio de las preocupaciones de seguridad manifestadas por los pacientes se incluyen preocupaciones por el confort físico (ej.: niveles de ruido y de luz, comida), temores, incertidumbres (ej.: cuándo les van a dar el alta) y retrasos (ej.: de procedimientos). Los pacientes pueden tener muchas veces miedos infundados u olvidar las explicaciones que les dieron sobre su plan de atención. Sin embargo, muchas de las preocupaciones de seguridad reportadas por los pacientes nos permiten comprender de qué manera experimentan su atención, con el objetivo de diseñar planes que mejoren tanto la seguridad como la experiencia hospitalaria. Muchos de los temas de seguridad que los pacientes reportan, como los problemas de comunicación o el retraso de tratamientos, pueden escapar a nuestros actuales métodos de detección de errores, aún cuando son reconocidos factores contribuyentes a futuros eventos de seguridad. También podría argumentarse que la información provista por los pacientes suele estar menos sesgada en sus contenidos que los reportes de incidentes tradicionales y que lleva menos tiempo que la identificación de eventos adversos en las historias clínicas. Tomadas en conjunto, estas ventajas sobre los actuales indicadores de seguridad en los hospitales presentan un caso muy fuerte para posicionar al reporte de seguridad de los pacientes como uno de los mejores mecanismos para hacer inteligencia sobre esta dimensión de la calidad, teniendo cuidado de que el reporte sea utilizado como una herramienta de mejora de la atención en la Clínica.

Una de las razones que se esgrimen para explicar la falta de progreso en la utilización del feedback de los pacientes para producir mejoras en su seguridad es que la información que brindan no se

encuadra bien con nuestros actuales sistemas para manejar el riesgo clínico. Parte de este problema se debe a la dificultad que se tiene para incorporar el feedback de los pacientes a nuestros actuales métodos de identificación de riesgos y eventos adversos.

El presente trabajo de investigación para recabar el feedback de los pacientes sobre la seguridad sirve para realizar planes de mejora. Este abordaje tiene un enorme potencial para apoyar el aprendizaje y permite ir más allá del actual foco sobre la recolección de datos de seguridad aislados. La práctica de la seguridad está viviendo un cambio de paradigma, con tendencia a focalizarse cada vez menos en los daños pasados y cada más en la comprensión de los riesgos y la atención segura diaria en nuestros servicios y sistemas. La búsqueda del feedback de los pacientes ayuda a este objetivo y al recolectar las preocupaciones de los pacientes en temas de seguridad, las organizaciones de salud pueden sumar una percepción muy singular de los “detalles” que son subóptimos en términos de seguridad y que no causan daño. Esta información es a menudo pasada por alto por otros métodos de detección de errores. Algunos de los beneficios esperados del desarrollo del feedback de seguridad del paciente en las instituciones de salud son:

- Disminución en la recurrencia y la gravedad de incidentes, a través del aumento de notificación y aprendizaje organizacional.
- Reducción del daño físico y psicológico que los pacientes puedan sufrir, gracias al trabajo realizado cuando las cosas fallan.
- Mejora en la gestión de recursos gracias a una evaluación eficaz del riesgo y al cambio de las prácticas en la atención en salud como consecuencia de los incidentes identificados.
- Optimización y reducción de los costos financieros y sociales provocados por los incidentes.

Los hallazgos de la presente investigación evalúan que la mayoría de los incidentes de seguridad reportados por los pacientes que son clasificados como “insignificantes” podrían sugerir que los pacientes están perfectamente posicionados para ser una fuente de estos importantes indicadores de seguridad. Si se presta la debida atención a la suma de estos eventos, que si bien son menores son también más frecuentes, se facilitarán los cambios que se necesitan para crear un ambiente de trabajo donde más cosas salgan bien todos los días. Segundo, al recolectar sistemáticamente sus preocupaciones en temas de seguridad, los pacientes y sus familias pueden brindar información sobre lo que están percibiendo en tiempo real. Esta inmediatez permite que el servicio realice pequeños ajustes que mejoren la atención en el día a día, además de generar una base de datos agregados en el tiempo que permitan comprender problemas crónicos y generar cambios de conducta en nuestros servicios y procesos. La materialización de los potenciales beneficios de recolectar el feedback de los pacientes depende en gran medida de la capacidad que tengan los servicios de integrar este abordaje con sus actuales sistemas y recursos, y de poder actuar en base

a los datos que surgen de esta actividad sostenida en el tiempo. Un desafío o problema es que el personal clínico realmente actúe y mejore la seguridad en base a lo que les dicen los pacientes.

Más aún; podríamos decir que así como la experiencia del paciente es ampliamente recogida y valorada a nivel de las autoridades, hay pocas evidencias de que estos datos sean utilizados de manera efectiva para mejorar la calidad. Es probable que con un mayor respeto por el feedback de los pacientes en temas de seguridad, este tema se amplifique y que eso a su vez lleve a que los servicios se esfuercen por incorporar este feedback dentro de sus actuales mecanismos para medir, monitorear y gestionar riesgos. Será importante, entonces, analizar cuál es la mejor forma para generar un espacio que permita que el personal asistencial considere importante el feedback de los pacientes y actúe en base al mismo. Además se debería buscar la forma más inteligente de integrar ese feedback a la gestión prospectiva de la seguridad. Este estudio tiene algunas limitaciones. En primer lugar, se les pidió a los pacientes que expresaran preocupaciones sobre su atención de manera general, y no específicamente sobre su seguridad. De hecho, los pacientes pueden no estar muy seguros acerca de lo que deben entender por seguridad y suelen tener en mente una definición mucho menos expansiva de la seguridad que la que se utiliza en este trabajo. Por eso, la omisión de la palabra "seguridad" en la primera pregunta realizada a los pacientes no fue casual. Se trató de un intento, siendo conscientes de que sólo una proporción de los reportes serían considerados como incidentes de seguridad. Todos los juicios acerca de la naturaleza y el grado de daño fueron hechos exclusivamente sobre la base del feedback de los pacientes, sin recabar a continuación referencias clínicas o pruebas que avalen sus dichos. Esto hace que sea posible que el número de reportes clasificados como incidentes de seguridad estén sobre o subestimados.

6-CONCLUSIÓN

Aprender del error es un elemento clave de la seguridad del paciente y una forma de aprender es a través de informes y análisis de incidentes de seguridad del paciente. Históricamente, los esfuerzos para aprender de los informes de incidentes se han centrado en los sistemas de informes dirigidos por el personal, prestando poca atención al potencial del paciente como una valiosa fuente de información sobre la seguridad del paciente.

Los hallazgos sugieren que los pacientes pueden brindar información muy importante sobre seguridad que complementa los métodos de detección del error o daño existentes. La frecuencia de incidentes de seguridad reportados por los pacientes es similar a la que conocemos por otros trabajos clínicos y epidemiológicos. Sin embargo, dan una perspectiva muy singular y distinta de la seguridad de la atención que enriquece nuestra comprensión sobre algunas experiencias de los pacientes que no son capturadas con los actuales sistemas de reportes del personal. Como tal, la recolección de las preocupaciones de los pacientes en temas que hacen a su seguridad y los planes de acción en base a estos reportes, tienen el potencial de ayudar a construir conciencia en los procesos de atención y de mejorar el desempeño futuro en seguridad entre los equipos clínicos de nuestra Clínica.

Las estrategias para la participación del paciente en la mejora de la calidad, como parte activa de procesos o para proporcionar información relevante, han progresado en gran medida en los últimos años, influenciadas por el énfasis en la atención centrada en el paciente como una dimensión clave para la calidad y últimamente, por el énfasis en la seguridad del paciente, una dimensión para la cual la contribución del paciente no puede ser ignorada. Sin embargo, estas estrategias no han sido completamente implementadas y utilizadas en la mayoría de los sistemas de gestión de calidad y sigue siendo, en gran medida, una tarea pendiente. Se espera con este estudio contribuir a su incorporación, facilitando la selección de las estrategias y acciones más adecuadas. Con este fin se promueve la participación activa del paciente en la prevención de incidentes de seguridad; se solicita y utiliza la información relevante que pueden aportar los pacientes, se señalan ejemplos y barreras para su implementación.

La autora concluye que la seguridad en una Institución de salud es un fenómeno complejo que en el ejercicio profesional cotidiano no es fácil de operacionalizar y que debe estudiarse continuamente dentro de las organizaciones.

Expresiones de gratitud

La autora agradece a todos los pacientes participantes que proporcionaron sus comentarios durante el período de estudio, a la encuestadora, a los médicos y enfermeros que amablemente acompañaron en el proceso de este estudio.

7-BIBLIOGRAFÍA

- 1- "What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study," BMJ Qual Saf 2018. Autores: O'Hara JK, Reynolds C, Moore S, et al. Acceso Libre al artículo completo original en ingles: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2018/03/15/bmjqs-2017-006974>
- 2- Vitolo F. Eventos adversos serios. Gestión de Crisis. Biblioteca Virtual. NOBLE. Enero 2013.
- 3- Vitolo F. La segunda víctima. Biblioteca Virtual. NOBLE. Mayo 2017.
- 4- Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB, et al. Tendencias temporales en las tasas de daño al paciente como resultado de la atención médica. N Engl J Med 2010; 363 : 2124 - 34.
- 5- Classen DC, Resar R, Griffin F, et al. La 'herramienta activadora global' muestra que los eventos adversos en los hospitales pueden ser diez veces mayores que los medidos previamente. Health Aff 2011 ; 30 : 581 - 9 . doi: [10.1377 / hlthaff.2011.0190](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0190)
- 6- Benning A, Ghaleb M, Suokas A, et al. Intervención organizacional a gran escala para mejorar la seguridad del paciente en cuatro hospitales del Reino Unido: evaluación de métodos mixtos. BMJ 2011; 342: d195. doi: [10.1136 / bmj.d195](https://doi.org/10.1136/bmj.d195)
- 7- Sari AB, Sheldon TA, Cracknell A, et al. Sensibilidad del sistema de rutina para informar incidentes de seguridad del paciente en un hospital del NHS: revisión retrospectiva de notas de casos del paciente. BMJ 2007 ; 334 : 79 . doi: [10.1136 / bmj.39031.507153.AE](https://doi.org/10.1136/bmj.39031.507153.AE)
- 8- Braithwaite J, Westbrook M, Travaglia J. Actitudes hacia la implementación a gran escala de un sistema de notificación de incidentes. Int J Qual Health Care 2008 ; 20 : 184 - 91 . doi: [10.1093 / intghc / mzn004](https://doi.org/10.1093/intghc/mzn004)
- 9- O'Hara JK, Lawton RJ. ¿En una encrucijada? Desafíos y oportunidades futuras para la participación del paciente en la seguridad del paciente. BMJ Qual Saf 2016 ; 25 : 565 - 8 . doi: [10.1136 / bmjqs-2016-005476](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005476)

- 10- Weissman JS ,Schneider EC ,Weingart SN, et al.Comparación de los eventos adversos hospitalarios informados por los pacientes con la revisión de registros médicos: ¿los pacientes saben algo que los hospitales no conocen? Ann Intern Med 2008; 149 : 100 - 108 . doi: [10.7326 / 0003-4819-149-2-200807150-00006](https://doi.org/10.7326/0003-4819-149-2-200807150-00006)

- 11- Zhu J ,Stuver SO ,Epstein AM , y col. ¿Podemos confiar en los informes de los pacientes sobre eventos adversos? Med Care 2011 ; 49 : 948 - 55 . doi: [10.1097 / MLR.0b013e31822047a8](https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31822047a8)

- 12- Rey A ,Daniels J ,Lim J , et al. Tiempo para escuchar: una revisión de los métodos para solicitar informes de los pacientes sobre los eventos adversos . Qual Saf Health Care 2010; 19 : 148 - 57. doi: [10.1136 / qshc.2008.030114](https://doi.org/10.1136/qshc.2008.030114)

- 13- Ward JK ,Armitage G. ¿Pueden los pacientes informar incidentes de seguridad del paciente en un entorno hospitalario? Una revisión sistemática . BMJ Qual Saf 2012 ; 21 : 685 - 99. doi: [10.1136 / bmjqs-2011-000213](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000213)

- 14- O'Hara JK ,Armitage G ,Reynolds C , et al. ¿Cómo podrían los servicios de salud capturar las preocupaciones de seguridad informadas por los pacientes en un entorno hospitalario? Un estudio piloto exploratorio de tres mecanismos . BMJ Qual Saf 2017; 26 : 42 - 53 . doi: [10.1136 / bmjqs-2015-004260](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004260)

- 15- Grupo consultivo nacional sobre la seguridad de los pacientes en Inglaterra . Una promesa de aprender: un compromiso para actuar. Mejorando la seguridad de los pacientes en Inglaterra . Massachusetts, EE . UU . : Institute for Healthcare Improvement, 2013 .

- 16- McEachan RR ,Lawton RJ ,O'Hara JK , et al. Desarrollar una medida confiable y válida del paciente de la seguridad en los hospitales (PMOS): un estudio de validación . BMJ Qual Saf 2014; 23 : 565 - 73. doi: [10.1136 / bmjqs-2013-002312](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002312)

- 17- O'Hara JK ,Lawton RJ ,Armitage G , et al. La intervención de informe y acción del paciente para un entorno seguro (PRASE): un estudio de viabilidad . BMC Health Serv Res 2016; 16 : 676. doi: [10.1186 / s12913-016-1919-z](https://doi.org/10.1186/s12913-016-1919-z)

- 18- Sheard L ,O'Hara J ,Armitage G , et al. Evaluación de la intervención de seguridad del paciente PRASE: un ensayo multicéntrico y grupal con una evaluación de proceso cualitativa: protocolo de estudio para un ensayo controlado aleatorizado. Pruebas 2014; 15 : 420. doi: [10.1186 / 1745-6215-15-420](https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-420)

- 19- Lawton R ,O'Hara JK ,Sheard L , et al. ¿Puede la participación del paciente mejorar la seguridad del paciente? Un ensayo grupal de control aleatorizado de la intervención de Informes del paciente y acción para un entorno seguro (PRASE) . BMJ Qual Saf 2017; 26: 622 - 31 . doi: [10.1136 / bmjqs-2016-005570](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005570)

- 20- Leape LL ,Brennan TA ,Laird N , et al. La naturaleza de eventos adversos en pacientes hospitalizados. Resultados del Estudio de Práctica Médica de Harvard II . N Engl J Med 1991; 324: 377 - 84. doi: [10.1056 / NEJM199102073240605](https://doi.org/10.1056/NEJM199102073240605)

- 21- Vincent C ,Neale G ,Woloshynowych M. Eventos adversos en hospitales británicos: revisión preliminar de registros retrospectivos . BMJ 2001 ; 322 : 517 - 9 . doi: [10.1136 / bmj.322.7285.517](https://doi.org/10.1136/bmj.322.7285.517)

- 22- Armitage G ,Moore S ,Reynolds C , et al. Incidentes de seguridad informados por los pacientes como una nueva fuente de datos de seguridad del paciente: un estudio exploratorio comparativo en un hospital de agudos en Inglaterra . J Health Serv Res Policy 2017; 20 : 135581961772756 . doi: [10.1177 / 1355819617727563](https://doi.org/10.1177/1355819617727563)

- 23- Louch G ,O'Hara J ,Mohammed MA. Una evaluación formativa cualitativa de una intervención de seguridad del paciente centrada en el paciente entregada en colaboración con voluntarios del hospital . Health Expect 2017; 20 : 1143 - 53. doi: [10.1111 / hex.12560](https://doi.org/10.1111/hex.12560)

- 24- Sheard L ,Marsh C ,O'Hara J , et al. El marco de respuesta de comentarios del paciente: comprender por qué el personal del hospital del Reino Unido tiene dificultades para realizar mejoras en función de los comentarios de los pacientes: un estudio cualitativo . Soc Sci Med 2017; 178 : 19 - 27. doi: [10.1016 / j.socscimed.2017.02.005](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.005)

- 25- O'Hara JK ,Isden R. Identificar los riesgos y monitorear la seguridad: el papel de los pacientes y los ciudadanos . London : The Health Foundation , 2013 .

- 26- Keogh B. Revise la calidad de la atención y el tratamiento brindado por 14 fideicomisos de hospitales en Inglaterra . NHS , 2013 .
- 27- Berwick D. Una promesa de aprender: un compromiso para actuar. Mejorando la seguridad de los pacientes en Inglaterra . Grupo consultivo nacional sobre la seguridad de los pacientes en Inglaterra, 2013 .
- 28- Giles SJ ,Lawton RJ ,Din I , et al. Desarrollar una medida de seguridad del paciente (PMOS) . BMJ Qual Saf 2013 ; 22 : 554 - 62. doi: 10.1136 / bmjqs-2012-000843
- 29- McEachan RRC ,Lawton RJ ,O'Hara JK , et al. Desarrollar una medida confiable y válida del paciente de la seguridad en los hospitales (PMOS): un estudio de validación . BMJ Qual Saf 2014; 23 : 565 - 73. doi: [10.1136 / bmjqs-2013-002312](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002312)
- 30- Organización Mundial de la Salud [Internet]. Seguridad del paciente. La investigación en seguridad del paciente. Ginebra: OMS [citado 13 junio 2010]. Disponible en:<http://www.who.int/patientsafety/research/es/>
- 31- Schimmel EM. The hazards of hospitalization. Quality Safety Health Care. 2003; 12: 58-64.
- 32- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. New England Journal Medicine. 1991; 324: 370-376.
- 33- Kohn L, Corrigan JM, Donaldson MS. Committee on Quality of Health Care in America. To Err Is Human: Building a safer health system. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academies Press; 2000: 312.
- 34- World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: Forward programme. Geneva: WHO Library; 2004.
- 35- The National Quality Forum. Safe Practices for Better Health Care, 2006 Update. Washington: NQF; 2007 [citado 6 septiembre 2011]. Disponible en: <http://www.csen.com/err.pdf>

- 36- Clancy CM, Farquhar MB, Collins BA. Patient safety in nursing practice. Journal Nursing Care Quality. 2005; 20: 193-197.
- 37- Nieva VF, Sorra JS, Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Quality and Safety in Health Care. 2003; 12(supl 2): ii17-23.
- 38- Saturno PJ, Da Silva ZA, de Oliveira-Sousa SL, Fonseca YA, De Souza-Oliveira AC, et al. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud Español. Medicina Clínica Monografías (Barcelona). 2008; 131(3): 18-25.
- 39- Cuestionario sobre seguridad de los pacientes. Versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo [citado 1 octubre 2010]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes>
- 40- de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA: La incidencia y naturaleza de los eventos adversos intrahospitalarios: una revisión sistemática. Qual Saf Health Care 2008, 17: 216-223. 10.1136 / qshc.2007.023622
- 41- Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P: Hacia una clasificación internacional para la seguridad del paciente: conceptos y términos clave. Int J Qual Health Care 2009, 21 (1) : 18-26. 10.1093 / intqhc / mzn057
- 42- Departamento de Salud: Mandato del gobierno al Consejo de Administración del NHS: abril de 2013 a marzo de 2015 . Londres: Departamento de Salud; 2012.
- 43- Organización Mundial de la Salud: Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente . Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
- 44- Keogh B: revisión de la calidad de la atención y el tratamiento brindado por 14 fideicomisos de hospitales en Inglaterra: informe general . Londres: Departamento de Salud; 2013.

- 45- Waterman AD, Gallagher TH, Garbutt J, Waterman BM, Fraser V, Burroughs TE: Breve informe: Las actitudes de los pacientes hospitalizados y la participación en la prevención de errores. J Gen Intern Med 2006, 21: 367-370. 10.1111 / j.1525-1497.2005.00385.x
- 46- Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D: Participación del paciente: conocimiento actual y aplicabilidad a la seguridad del paciente. Mayo Clin Proc 2010, 85: 53-62. 10.4065 / mcp.2009.0248
- 47- Razón J: gestión del riesgo de accidentes organizacionales . Farnham: Ashgate Press; 1997.
- 48- Wagenaar WA, Groeneweg J, Hudson PTW, Reason JT: promoción de la seguridad en la industria petrolera. Ergonomics 1994, 37: 1999-2013. 10.1080 / 00140139408964963
- 49- Estudio IBEAS: prevalencia de Efectos Adversos en hospitales de Latinoamérica. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009 [citado 1 Jul 2010]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/ INFORME IBEAS.pdf>
- 50- Coulter A: Seguridad del paciente: ¿Qué papel pueden jugar los pacientes? Health Expect 2006, 9:205-206. 10.1111 / j.1369-7625.2006.00405.x
- 51- Schwappach DLB: Involucrar a los pacientes como socios vigilantes en seguridad. Una revisión sistemática Med Care Res Rev 2010, 67: 119-148. 10.1177 / 1077558709342254
- 52- Unruh KT, Pratt W: Pacientes como actores: el papel del paciente en la detección, prevención y recuperación de errores médicos. Int J Med Inform 2006, 76 (Suppl 1) : S236-S244.
- 53- Weingart SN, precio J, Duncombe D, Connor M, Sommer K, Conley KA, Bierer BE, Reid Ponte P: seguridad y calidad de atención informada por el paciente en oncología ambulatoria. Jt Comm J Qual Patient Saf 2007, 33: 83-94.
- 54- Weingart SN, Pagovich O, Sands DZ, Li JM, MD Aronson, Davis RG, Bates DW, Phillips RS: ¿Qué pueden decirnos los pacientes hospitalizados acerca de los eventos

adversos? Aprendiendo de incidentes reportados por los pacientes. J Gen Intern Med 2005, 20: 830-836. 10.1111 / j.1525-1497.2005.0180.x

55- Giles S, Lawton R, Din I, McEachan R: Desarrollo de una medida de seguridad del paciente (PMOS). BMJ Qual Saf 2013, 22: 554-562. 10.1136 / bmjqs-2012-000843

56- Campbell MK, Fayers PM, Grimshaw JM: Determinantes del coeficiente de correlación intradcluster en los ensayos aleatorios grupales: el caso de la investigación de implementación. Clin Trials 2005, 2: 99. 10.1191 / 1740774505cn071oa

57- Donabedian A. La investigación sobre la calidad de la Atención Médica. Revista Salud de Seguridad Social del Instituto Mexicano de Seguridad Social, México, 1986; 28:324-327.

58- Popper K. Sociedad abierta, universo abierto. Cuadernos de Filosofía y Ensayo. Argentina: Ed. Reis, 1983.

59- Ishikawa K. Introducción al control de calidad. Madrid: Diaz de Santos, 1994.

8-ANEXOS

ANEXO 1 – ENCUESTA SOBRE PERCEPCION DE SEGURIDAD

ENCUESTA SOBRE PERCEPCION DE SEGURIDAD

Le solicitamos que conteste la siguiente encuesta de caracter anónimo, voluntario y con fines estadísticos. Lo agradecemos su colaboración ya que todos sus comentarios son muy importantes para mejorar.

EDAD ☐ LUCIDO ☐ NO POSEEMEDICACION PARA
SEXO ☐ INTERNACION MAYOR 24HS ☐ DETERIORO COGNITIVO ☐

1. ¿Cuán probable es que recomiende esta sala a sus amigos y familiares si necesitaran cuidados o tratamientos similares?

Extremadamente probable ☐

Probable ☐

Poco probable ☐

Improbable ☐

Extremadamente improbable ☐

Indique su nivel de acuerdo con las siguientes afirmaciones.

- Totalmente en desacuerdo
- No estoy de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo
- Prefiero no responder
- No aplica
- Comentarios adicionales

CUESTIONARIO	Totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No estoy en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Prefiero no responder	No aplica	Comentarios adicionales
1-Siempre fui tratado con dignidad y respeto								
2-Sabia a quién acudir si necesitaba hacer una pregunta								
3-La s drogas que me recataron, siempre estuvieron disponibles								

ENCUESTA SOBRE PERCEPCION DE SEGURIDAD

Le solicitamos que conteste la siguiente encuesta de carácter anónimo, voluntario y con fines estadísticos. Lo agradecemos su colaboración ya que todos sus comentarios son muy importantes para mejorar.

CUESTIONARIO	Totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No estoy en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Prefiero no responder	No aplica	Comentarios adicionales
4- Recibí respuestas a todas las preguntas que tenía sobre mi cuidado								
5- El personal siempre pudo obtener consejos del equipo tratante sobre mí de ser necesario								
6- Un médico cambió mi plan de atención y el resto del personal no lo sabía								
7- Después de un cambio de turno, el personal no parecía saber información importante sobre mi cuidado								
8- Sabía cuáles eran los diferentes roles de las personas que me cuidaban								
9- En al menos una ocasión, un miembro del personal no pudo usar el equipo necesario								
10- Mi tratamiento / procedimiento / operación no siempre ocurría en tiempo correcto								
11- Los siguientes aspectos del lugar dificultaron que el personal hiciera su trabajo:								
* Posición de la estación de enfermeras								
* Niveles de iluminación								
* Desorden								
* Falta de espacio								
12- Estaba en un lugar que no era capaz de lidiar con mis necesidades de tratamiento								
13- El personal fue rápido al responder mi llamador								
14- Estaba claro quiénes estaba a cargo del personal								
15- A veces no había nadie disponible para tratar aspectos de mi cuidado								

ENCUESTA SOBRE PERCEPCION DE SEGURIDAD

Le solicitamos que conteste la siguiente encuesta de carácter anónimo, voluntario y con fines estadísticos. Lo agradecemos su colaboración ya que todos sus comentarios son muy importantes para mejorar.

CUESTIONARIO	Totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No estoy en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Prefiero no responder	No aplica	Comentarios adicionales
16- En al menos una ocasión, un miembro del personal no pudo llevar a cabo una tarea que deberían habersido capaces dehacer								
17- Los siguientes aspectos de la sala de internacion me hicieron sentir incómodo:								
* Niveles de ruido								
* Niveles de iluminación								
* Temperatura								
* Poca limpieza								
- Falta de espacio								
- Otro - Por favor especifique								
18- Sentí que la actitud del personal hacia mí desinteresada								
19- Sabía qué medico/especialista estaba a cargo de mi cuidado								
20- El personal siempre parecía saber lo que eslaban destinados a hacer								
21- Había suficiente personal en la sala para hacer las cosas a tiempo								
22- El personal me dio información diferente sobre mi cuidado								
23- El personal / los pacientes esperaron mucho tiempo para que llegaran las mucamas								
24- El personal no trabajó en equipo								
25- Hubo equipos /aparatos que el personal encontró difíciles de usar (por ejemplo, equipos de monitoreo, camas, etc.)								
26- Ha necesitado tratamiento y no ha habido nadie disponible capacitado para hacerlo								
27- El personal se mantuvo esperando los resultados de mi prueba								

ENCUESTA SOBRE PERCEPCION DE SEGURIDAD

Le solicitamos que conteste la siguiente encuesta de carácter anónimo, voluntario y con fines estadísticos. Le agradecemos su colaboración ya que todos sus comentarios son muy importantes para mejorar.

CUESTIONARIO	Totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No estoy en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Prefiero no responder	No aplica	Comentarios adicionales
28- Las enfermeras siempre pudieron obtener ayuda de otro personal cuando lo solicitaron								
29- El equipo necesario para mi cuidado siempre funcionaba correctamente								
30- Siempre supe qué enfermera era responsable de mi cuidado								
31- El equipo y los suministros no siempre están disponibles cuando es necesario (por ejemplo, guías, sueros, medicamentos)								
32- El personal siempre estuvo de acuerdo con mi tratamiento/cuidado								
33- Siempre sentí que el personal me escuchaba sobre mis preocupaciones								
34- El personal parecía tener dificultades para obtener ayuda cuando la necesitaban								
35- Cuando el personal habló sobre mi cuidado con otras personas, la información que compartieron fue correcta								
36- La información sobre mi que mi equipo de atención médica necesitaba estaba siempre disponible (por ejemplo, gráficos de medicamentos, notas médicas, resultados de pruebas)								

37- Estuvo involucrado tanto como hubiese querido en decisiones sobre su cuidado y tratamiento?

- Sí, definitivamente
- Sí, hasta cierto punto
- No

38- Encontró a alguien dentro del personal del hospital para hablar sobre tus preocupaciones y temores?

ENCUESTA SOBRE PERCEPCION DE SEGURIDAD

Le solicitamos que conteste la siguiente encuesta de carácter anónimo, voluntario y con fines estadísticos. Le agradecemos su colaboración ya que todos sus comentarios son muy importantes para mejorar.

- Sí, definitivamente ☐ ☐
- Sí, hasta cierto punto ☐ ☐
- No ☐ ☐
- No tenía preocupaciones ni temores ☐ ☐

39- Le dieron suficiente privacidad cuando discutía su condición o tratamiento?

- Sí, siempre ☐ ☐
- Sí, a veces ☐ ☐
- No ☐ ☐

40- Apéndice 2. Herramienta PIRT

Fecha del informe: ____/____/____

40.1- Nos gustaría saber acerca de las cosas que pueden haberle preocupado acerca de su atención, o la de otros, durante esta estadía en el hospital. Cuéntenos qué pasó con su preocupación o experiencia, con todo el detalle que pueda.

40.2- ¿Siente que esto fue una 'preocupación de seguridad' para usted? Por qué?

40.3- ¿Qué cree que podría hacerse para evitar que esto vuelva a pasarle a usted o a otros pacientes en el futuro?

ENCUESTA SOBRE PERCEPCION DE SEGURIDAD

Le solicitamos que conteste la siguiente encuesta de carácter anónimo, voluntario y con fines estadísticos. Le agradecemos su colaboración ya que todos sus comentarios son muy importantes para mejorar.

40.4- En una escala de 1 a 10, donde 1= "no es grave en absoluto" y 10= "Extremadamente serio", ¿qué tan serio cree que fue su "preocupación de seguridad"?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

41- Cree que hubiera sido posible haber modificado o cambiado su experiencia?

Definitivamente SI	☐	☐
Probablemente SI	☐	☐
Probablemente NO	☐	☐
Definitivamente NO	☐	☐
N/S- N/C	☐	☐

42- Qué categoría describe mejor su preocupación o experiencia de seguridad?

a) Comunicación y trabajo en equipo	☐	☐
b) Acceso a los recursos	☐	☐
c) Flujo de información	☐	☐
d) Medicación	☐	☐
e) Organización y planificación en la atención	☐	☐
f) Tipo de sala y disposición	☐	☐
g) Funciones y responsabilidades del personal	☐	☐
h) Equipo	☐	☐
Otro:		

ANEXO 2 - CUESTIONARIO PMOS

¿Sobre qué le preguntamos a nuestros pacientes?

Comunicación y trabajo en equipo	Intercambio efectivo de información entre el personal, pacientes y departamentos incluyendo sistemas de comunicación escrita y verbal. Trabajo en equipo de los profesionales de un grupo
Organización y planificación de la atención	Factores relacionados con el plan de atención y la disponibilidad de recursos para dicho plan.
Acceso a los recursos	La disponibilidad de personal experimentado y recursos externos.
Tipo y disposición de la sala	La experiencia del paciente del ambiente de la sala.
Flujo de información	La disponibilidad de información sobre el paciente y la transferencia de información entre el personal.
Roles y responsabilidades del personal	Supervisión clara y líneas de mando claras para el personal.
Equipo	El diseño y funcionamiento de los equipos en la sala.
Retrasos	Retrasos relacionados con un procedimiento específico o con aspectos generales de la atención.

ANEXO 3 – Análisis de la percepción de seguridad según dominios

