

Salud Segura



NÚCLEO DE SEGURIDAD DEL ÁREA I MURCIA-OESTE



Edita:

Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Ctra. Murcia-Cartagena, s/n. 30120 Murcia
Tel. 968920576 - 968369071
<http://www.murciasalud.es/saludsegura>
Arrinet: Áreas/Calidad/Seguridad del Paciente/Salud Segura

Comité editorial:

Carlos Albacete, Tomasa Alcaraz, M^aDolores Beteta, Cecilia Banacloche, Magina Blázquez, Mar Galindo, Beatriz Garrido, Julio López-Picazo, Juana M^a Marín, Virginia Pujalte, M^aIsabel Sánchez, Inmaculada Vidal-Abarca.

Coordinador de edición: Julio López-Picazo Ferrer

e-ISSN: 2340-1915 Salud Segura. D.L. MU 446-2013

Suscripción: Envío gratuito. Solicitudes: ucarrixaca.sms@carm.es

ÁREA DE SALUD 1
MURCIA-OESTE

Arrixaca

Volumen 10, Número 2

2º trimestre

ABRIL - JUNIO 2022

EN ESTE NÚMERO:

- **Presente y futuro de los Programas de Atención a Segundas Víctimas**
José Joaquín Mira Solbes. Entrevista realizada durante la Jornada de Atención a segundas víctimas del SMS.
- **Evaluación de la seguridad del paciente en la unidad de paritorio de un hospital de tercer nivel**
M^a Ángeles Castaño, Carmen Ballesteros, César Carrillo, M^a José Galiana, María del Lidón López, María Suárez.
- **Trabajando para mejorar la transferencia de puérperas desde el paritorio a planta**
Grupo de trabajo para la mejora de la seguridad en el puerperio.

Presente y futuro de los Programas de Atención a Segundas Víctimas

El 31 de mayo, el Núcleo de Seguridad del Área 1 - Arrixaca organizó la Jornada de atención a segundas víctimas del Servicio Murciano de Salud, que tuvo lugar en el salón de actos de la Arrixaca. Durante la misma se entrevistó al Dr. José Joaquín Mira a propósito del "presente y futuro de los programas de atención a segundas víctimas". Reproducimos aquí, con su consentimiento, un extracto de la misma.

José Joaquín Mira Solbes es director del grupo "ATENEA", Catedrático de Psicología Social de Universidad Miguel Hernández de Elche, con plaza asistencial vinculada en el departamento de salud en el hospital de San Juan de Alicante, especialista en Psicología clínica y en organización sociosanitaria, Master en Calidad y Seguridad del paciente. Cuenta con más de 200 publicaciones a nivel nacional e internacional.

JJ Mira. Buenos días. Os agradezco la invitación a esta jornada. Si lo pensáis, hace 25 años unas jornadas como estas eran impensables. Hoy en día nos atrevemos a hablar de que las cosas a veces no salen bien y donde un paciente puede sufrir una consecuencia inesperada. Pero detrás de la atención a cualquier paciente, hay otras personas que son necesarias para que el sistema funcione. Me gusta insistir en que el fenómeno de la segunda víctima es el de este profesional que se ve afectado porque las cosas no salen como se esperaba, lo que le puede repercutir emocionalmente y limita su capacidad de acción profesional. Es un problema para todos, para ese paciente que recibe una asistencia que a lo mejor no es correcta, para ese profesional o el conjunto de profesionales que se ven involucrados, pero también para los futuros pacientes que van a ser atendidos. El fenómeno de la segunda víctima no solamente afecta a ese profesional que toca al



paciente en último lugar, sino también al equipo que hay detrás, porque hoy en día ya ningún paciente es atendido por una sola persona. Tenemos que reconocer que estas cosas ocurren. Los fallos de sistemas son una realidad en España y fuera de España, y hay que trabajar en otras alternativas de hacer las cosas. Hemos de aprender también que sin el concurso de los profesionales ni hay calidad ni hay seguridad. Necesitamos

equipamiento, procesos, competencias personales, pero también actitudes. Creo que un elemento clave es no es decir: "¡pobrecito profesional, que mal lo está pasando!" sino pensar que gracias a la implicación del conjunto de los profesionales es como la seguridad de los pacientes se garantiza, y para poder trabajar se requiere un entorno propicio.

Si tenemos que actuar con miedo y con recelo, mal se va a poder prestar una asistencia sanitaria de calidad. Es la responsabilidad de todos ver cómo podemos avanzar para generar ese entorno positivo, una actitud proactiva de la seguridad. Así que muchísimas gracias por plantear este tema. Muchas gracias por ser atrevidos, por plantear cuestiones que son complejas, pero de las que tenemos la necesidad y también la obligación de hablar.

Pregunta: *Wu definió por primera vez segunda víctima refiriéndose a una sola persona implicada en un evento. Posteriormente Scott amplió esa definición al equipo implicado. Quería preguntarte si actualmente esa definición se amplía más, o no. ¿Cuál es el concepto general de segunda víctima que tenemos a la hora de poder desarrollar nuestro programa? Es importante saber hacia dónde vamos.*

JJ Mira: La conceptualización de segunda víctima ha ido cambiando en el tiempo. La idea surge cuando el profesor Wu, hablando con un residente en la cafetería, éste le confiesa que estaba derrumbado porque había cometido un error con consecuencias graves para un paciente. Y el profesor recordó que había tenido como residente la misma sensación y, a partir de ahí, escribe un editorial sobre la segunda víctima. Inicialmente se focalizó en el impacto que supone la comisión de un error en la interacción con un paciente. Pero esto ha ido evolucionando a lo largo de los años. En la actualidad en el Grupo Europeo focalizamos las segundas víctimas no sólo cuando hay un error. Incluimos también cuando el curso del paciente no cumple nuestras expectativas. Aquí no hay fallo en la organización ni en la

prestación de asistencia, pero el resultado no es el deseado. Voy a casa con la preocupación de si he hecho lo correcto, si me he dejado algo etc...

Hemos visto que no sólo tiene que haber daño en el paciente para que el profesional piense que tiene limitada su competencia y que debiera haber elegido otra profesión. Por ejemplo, con los casi errores hemos visto las mismas reacciones que con los errores graves. Y es que al final le damos vueltas y vueltas a la sensación de culpabilidad, por no poder discernir si he hecho lo correcto o no. Esto condiciona el tratamiento de los siguientes pacientes. También afecta al equipo. Entonces, por decirlo de alguna manera, el ámbito de definición de la segunda víctima se ha ampliado para incorporar estas nuevas situaciones.

La definición actual de segunda víctima incluye a todo el equipo asistencial relacionado con el evento y tiene en cuenta la implicación en seguridad para pacientes futuros

Estamos hablando de dar una respuesta nacional ante una situación que condiciona nuestra práctica. Yo creo que ese es un elemento clave que hay que entender. No solamente es que yo duerma peor o que tenga sentimientos controvertidos. Es que mi capacidad de decisión se pone en riesgo porque dudo de mí mismo. Entonces, o caigo en medicina defensiva y por tanto multiplico los riesgos para los pacientes, o bien me abstengo o limito mi toma de decisiones. Estamos alterando la práctica habitual y esto tiene consecuencias, no para ese paciente que ya "ha pasado", sino para el "día a día". Por eso esta definición ha ido cambiando y hoy en día tiene un mayor alcance del original.

Pregunta: *Entonces, los programas de atención a segundas víctimas ¿deben tener dos vías de entrada? Tanto para profesionales directamente relacionados con un evento adverso, como cuando éste se sienta inseguro o con sensación que algo no ha ido como él esperaba con un paciente...*

JJ Mira: La tendencia es esta. El programa "for you" del Hospital de Misuri, puso en marcha es el referente que todos miramos, e incorpora este tipo de situaciones, incluidos también los casi errores. Ese programa no se identifica necesariamente con el error o con el daño, sino que abarca situaciones que podemos vivir.

Pregunta: *Por incidir más en el tema de la definición. ¿Es lo mismo seguridad del profesional que segunda víctima? ¿Qué es segunda víctima? ¿Qué es seguridad del profesional? ¿Dónde quedan los familiares?*

JJ Mira: Una de las controversias que tenemos es el uso del término de segunda víctima. El sector de la aviación, por ejemplo, utiliza el término de segunda víctima para referirse a los familiares del pasajero que volaba durante una catástrofe aérea. No tienen un término para referirse a los profesionales que pilotan porque la intervención ahí tampoco tiene sentido, porque fallecen. Es una situación distinta. En nuestro caso sí que hay un sentimiento que ha ganado posición respecto a que debemos buscar un término alternativo de segunda víctima porque, en caso de pacientes que han fallecido, sus familiares consideran que las víctimas son ellos. No hemos sido capaces de generar un término alternativo.

Hay que sacar el tema de la seguridad del paciente fuera de las instituciones sanitarias. Hay que llegar a la sociedad, y especialmente al sistema legal

Lo que creo es que los temas de seguridad del paciente están demasiado intramuros. Tiene que haber algún momento en que empecemos a salir de nuestras instituciones, llegar a la sociedad, a otros ámbitos como el sistema legal ¡habrá que coger el toro por los cuernos! Creo que ese paso es necesario, no sólo en España, también en otros sitios.

Pregunta: *La sociedad en general ¿no espera que nunca suceda nada mal? Quiero decir, entramos en el sistema sanitario para un proceso leve, y no pensamos que nos pueda suceder nada malo...*

JJ Mira: Tenemos varios problemas, primero el de la conceptualización del error. El error en nuestra cultura nos conduce a buscar culpabilidad y esto significa que tenemos que señalar a alguien. En la cadena de acontecimientos que dan lugar a un evento adverso, hay un profesional que es el último que le toca la barriga al paciente y ese lo paga. Esa es nuestra realidad. Cambiar eso es a lo que yo me refiero, que tendremos que preguntarnos y reconocer que algo tenemos que hacer distinto. Tenemos una concepción del error donde pensamos que quien comete errores es la manzana podrida de la canasta. Y la comprensión que hay es que si quitamos las manzanas podridas, salvamos la canasta y todo funcionará. Pero sabemos que esto no es la realidad. Sabemos que eso no funciona en este caso. La seguridad del paciente va por otros derroteros. Si seguimos por esta vía va a haber un momento de choque. ¿Qué sucede cuando nos hemos reunido con pacientes? Nosotros tenemos una escasa experiencia, como tampoco la tenemos con el sector de los juristas. Pero en esa escasa experiencia que hemos tenido, yo sí que puedo decir que a los 15 o 20 minutos de estar hablando nos han entendido perfectamente, o sea que no debe ser tan complicado de explicar.

Hay que lanzar un mensaje ajustado. La expectativa que tiene la gente puede estar desmedida.

Incluso dentro de nuestras instituciones en cualquier país que vayamos, si le preguntamos a los profesionales cuál es la principal causa, o sea, la principal razón para no notificar es el miedo a las consecuencias. Esto ocurre en todo el mundo y en España también. Y si le preguntamos a los profesionales si creen que la cultura de la culpa, la cultura de señalar, está presente en sus instituciones, nos dicen claramente que sí. Por lo tanto, algo tenemos que cambiar si queremos realmente generar un marco proactivo. Si queremos introducir la gestión de los riesgos, tenemos que ser capaces de hablar de los errores. Si no somos capaces de hablar de los errores la gestión de los riesgos no va a llegar nunca.

La principal razón de los profesionales para no notificar incidentes de seguridad es el miedo. Si no somos capaces de hablar de los errores, la gestión de riesgos no va a llegar nunca.

Pregunta: *¿Cómo informamos a la sociedad sobre lo que está pasando?, Quizás no somos capaces de decirle al paciente que el riesgo existe...*

JJ Mira: A nivel individual y en el espacio de la consulta, la situación es diferente, porque ahí sí que hay incertidumbre y ésta se traslada con más claridad al paciente. Pero a nivel social, cuando la conceptualización del error es distinta, que es algo que cometen los torpes que no tienen las competencias adecuadas, es otra cosa. En la práctica, uno de cada 10 pacientes va a sufrir un evento adverso de consecuencias moderadas/graves, es algo relativamente frecuente. Si estamos hablando de algo que es frecuente, tenemos que reconocer que estamos ante un fenómeno común y habrá que abordarlo ¿Cuáles son los problemas? Muchos, pero fundamentalmente a nivel cultural, intramuros. También la conceptualización del

error en términos de sociedad, y el otro el marco legal que tenemos. El marco de inseguridad jurídica para el profesional hace que su práctica cambie. ¿Porque en alguna comunidad autónoma hace años se tomó la decisión de prohibir los sistemas de notificación de eventos adversos?. Pues por una situación claramente condicionada por el marco legal. Pero ese marco legal al no notificar el incidente, ¿beneficio o perjudica a los pacientes? Claramente lo perjudica. Algunos países ya han introducido cambios en su normativa (Alemania, Italia, Dinamarca) y van en la línea de reconocer que tenemos un problema. Si no afrontamos la realidad que tenemos difícilmente le vamos a encontrar solución.

Pregunta: *Si la cultura de seguridad es mejor se evitan eventos adversos y por ende segundas víctimas. A los sanitarios no nos han enseñado a trabajar actitudes ni cultura. ¿Cómo deberíamos afrontar este problema?*

JJ Mira: En los últimos años se ha abierto campo a la seguridad psicológica, uno de los componentes de la cultura de seguridad. Que me sienta capaz de debatir cómo podemos hacer las cosas mejor sin miedo a tener ningún tipo de consecuencia. ¿Y si yo os pregunto a los servicios, cuantas sesiones clínicas dedicáis al año para presentar casos en donde han ocurrido eventos adversos, problemas con errores para ver la forma de prevenir o corregir la dinámica de los procedimientos? Esto es el cambio de cultura que queremos.

A todos nos cuesta hablar de nuestros errores. El problema es que un error puede tener consecuencias fatales o marcar la vida de una persona. Nosotros trabajamos en unas instituciones que se llaman de alta fiabilidad, en los que no se pueden permitir muchos fallos y por lo tanto que se les exige que gestionen sus riesgos de una manera diferente. Gestionar los riesgos pasa por hablar de ellos. ¿Cuántas sesiones clínicas se hacen al año para ver los riesgos de los procesos asistenciales? ¿Se está utilizando todo lo

que se vuelca en el sistema de notificación por los propios servicios para rediseñar sus procesos? Eso es cultura.

También sucede desde los equipos directivos, cómo se impide que se hable de errores. Todos recordamos casos que han trascendido a los medios de comunicación y la manera en la que han resuelto los equipos directivos un caso grave es señalar algún profesional. ¿Que aprendemos con esto? Que "calladicos estamos más guapos". Cambiar esto es un reto difícil.

Pregunta: *¿No deberíamos enseñar desde la universidad a nuestros futuros profesionales poder decir y verbalizar que algo no va bien?*

JJ Mira: Llevamos mucho tiempo empezando la casa por el tejado. Los estudiantes están en un periodo esponja: cualquier cosa que se les hable lo van a adquirir y están deseosos de tener conocimientos. Sin embargo en el currículum de nuestros futuros profesionales los contenidos que tienen que ver con calidad asistencial o seguridad del paciente son muy cortos y muy recientes. Por eso digo que estamos haciendo la casa al revés, porque donde más esfuerzo, más tiempo y más dinero destinamos es a los profesionales cuando ya han salido de las facultades, y ya no son esponja... y no lo estamos haciendo con la intensidad que realmente sería necesario en las facultades.

Pregunta: *Ahora está muy en boga la simulación clínica ¿Sería bueno que empezáramos a hacer simulaciones clínicas con errores?*

JJ Mira: De hecho los que sois de anestesia sabéis que vuestra sociedad va en esa línea. Hace ya muchos años que los sistemas robóticos te permiten programar situaciones para que el profesional enfrente situaciones no sólo de riesgo sino también de que propicien el error para poder tratarlo y hablar de él.

Además, tenemos que repensar nuestros procesos para ver si en la cadena

de pasos hemos tenido en cuenta dónde es más frecuente que determinados errores ocurren, adelantarnos y prevenirlos. Sino el diseño de procesos no nos sirve. Nuestros procesos no están del todo pensados por si algo va mal sino que están pensados en que todo va a ir bien y eso a veces, pues no funciona.

Pregunta: *En algunos programas de segunda víctima se propone una forma de actuar en distintos niveles de actuación: nivel básico, nivel avanzado, un tercer nivel. En el nivel básico, se supone que los compañeros, los que están alrededor, son los que tienen que prestar la ayuda, pero ¿estamos preparados para prestar ayuda?*

JJ Mira: La idea de los programas de intervención es una estructura en tres niveles que se basa en la información que tenemos, porque cuando a los profesionales se les pregunta: si usted se viera en esta situación y quisiera hablar con alguien, eligen hacerlo con alguna persona de su propio servicio. Nosotros queremos hablar de lo nuestro en casa, no hablar con extraños. La inmensa mayoría de los profesionales cuando se ven en esta situación hablan con algún colega y es suficiente. Por eso ese primer nivel no necesita de más entrenamiento que pequeñas reglas. La persona tiene que escuchar, no tiene que decirle lo que tiene que hacer. Tampoco hay que intentar simplificar la situación. No decir que no pasa nada: sí que pasa y hay que analizarlo escuchando a la persona,

Un porcentaje en torno al 15-20 % va a necesitar algo más. El segundo nivel es la de un equipo transversal a la institución, más entrenado. También hay que prever un pequeño canal para ese pequeño porcentaje que requiere algo más, porque los problemas a nivel emocional afectivo, ansiedad, etcétera van a eclosionar. Y ahí nuestra propuesta es que se vinculara más al ámbito de la salud laboral. El recurso de salud mental como tal el profesional no lo va a hacer. Necesitamos una alternativa.

Pregunta: *Hay comunidades que han generado unidades regionales ¿Tú cómo ves ese tema?*

JJ Mira: Yo no sabría decir si realmente podría funcionar o no. Un recurso a nivel regional que haga que yo tenga que salir de mi entorno para hablar con alguien que no sé muy bien quién es, esto ya es más conflictivo. El primer nivel tiene que ser inmediato y cercano. Afortunadamente este tipo de situaciones graves no se dan a diario pero sí que tenemos que tener previsto el recurso.

Yo diría de ofrecer un segundo y sobre todo un tercer nivel a un área territorial mayor, lo que tendría más sentido desde el punto de vista de la eficiencia. Lo que sí que se debe cumplir, es que las reglas del juego tienen que ser las mismas, no solamente sería el protocolo del programa sino también el código ético, la confidencialidad, ... estas cosas para el profesional deben estar claras, deben estar escritas y deben también ser suscritas por todos aquellos que colaboran en el programa.

Pregunta: *Se habla de tercera víctima cuando nos referimos a la institución. Quizá sea aconsejable un protocolo de actuación institucional en cuanto a la respuesta y que quien tenga que dar la respuesta inmediato al menos tenga unas mínimos conocimientos de cómo actuar.*

JJ Mira: Yo sugeriría 2 propuestas; una es la creación de una comisión que pueda dar respuesta socialmente a este suceso. Pero además de la comunicación en una crisis, tenemos que tener también un programa de atención del paciente que se ha visto afectado por un evento adverso, un

Además de la actuación frente a la segunda víctima, se ha de prever también las actuaciones ante la sociedad y ante el paciente que sufrió el evento adverso.

del evento en ese paciente. Si yo le digo que necesita un TAC pero que hay una demora de 9 meses y se tiene que esperar, la situación se va a complicar. Tendremos que facilitarle las cosas: es muy útil dejarle un correo electrónico, un WhatsApp durante 3 o 6 meses para que tenga un hilo directo. También es tremendamente útil que informemos de que medidas vamos a adoptar a partir de ahora para evitar que esto vuelva a ocurrir. Esto es extraordinariamente importante porque existe un sentimiento de solidaridad.

Esto implica que tenemos que organizar la información en 2 momentos:

- Lo más cercano posible al incidente, para dar la cara, para no dar la llamada por respuesta y para que el rumor y otras cosas no avancen.
- En una sesión distinta, cuando tenéis recopilada la información y podemos dar una información honesta, veraz y completa que incluya una manifestación de disculpa. Antes que decir me he equivocado, perdóname etc, es más aconsejable la manifestación de disculpa (en términos de seguridad jurídica del profesional).

La información al paciente ha de darse en dos fases:

- *lo más pronto posible, para dar la cara*
- *una vez analizado el incidente, para dar una versión honesta, veraz, completa, y que incluya una disculpa.*

Pregunta: *¿Sería aconsejable empezar a nivel servicio e ir avanzando a nivel institución? o ¿debería hacerse de forma transversal? ¿Es bueno que un área tenga un programa de segunda víctima y el área de al lado no la tenga?.*

JJ Mira: Depende mucho de la institución, de las personas, de si lo ven necesario o no. Implantar un programa de este estilo con calzador no sé si es buena idea. Hay que valorar qué posibilidades existen, qué necesidades y

programa de apoyo, de transparencia, de compensación justa. Si esto se nos olvida no estamos interpretando bien que es trabajar con la segunda víctima.

Pregunta: *Y al paciente, ¿cómo le informamos? Y, ¿hasta dónde le informamos?*

JJ Mira: Muchas veces el profesional tiene el imperativo moral de confesar al paciente y a la familia. Es fruto de la inestabilidad emocional, de que necesita recuperar tranquilidad a nivel personal. Pero puede ser un gravísimo error. No se trata de ir a confesar, no estamos hablando de esto.

El paciente tiene derecho a obtener una información clara y transparente. Vuestra profesión incluye dar malas noticias casi a diario. Pero decirle a un paciente una mala noticia en la que tú lo único que has hecho es interpretar un resultado no compromete, no es lo mismo que decirle que te equivocaste en la punción y en vez de pulmón derecho, lo hice en el izquierdo. Esto es algo que nos compromete emocionalmente y es muy difícil.

En el algoritmo de consejo hay varias variables y no es tan fácil contestar. Si yo soy el profesional que durante 20 años he estado atendiendo a este paciente no tiene la misma carga que si yo he sido quien le ha hecho una colonoscopia y hay una perforación. El paciente estaba sedado cuando yo entré y no sabe ni qué cara tengo. El vínculo es radicalmente distinto. Tampoco es lo mismo que a mí me tiemble la mano y que no pueda aguantarme para informar que lo asuma con una respuesta emocional diferente. Tampoco es lo mismo que el daño tenga un nivel u otro...

En cuanto a la información, lo que sabemos que funciona mejor es dar una información clara, en términos que se entiendan, con palabras llanas sencillas, permitiendo al paciente que pueda preguntar todo lo que quieran, manifestar sus quejas, manifestar sus dudas. Tenemos que habilitar, además, una especie de procedimiento VIP para atender las consecuencias

cómo se puede hacer. Es posible que nos vayamos a encontrar focos de resistencia numantina al tema de seguridad del paciente en general, y a lo mejor esto solo lo resuelve la jubilación. Y hemos de ser conscientes de que estas realidades forman parte de nuestro día a día.

Más que querer diseñar un programa perfecto y que todo vaya alineado, hay que ir ajustándose a las necesidades y hay que tener flexibilidad..

Lo que sí aconsejo es que, aunque sea a nivel de servicio, tiene que haber un respaldo y un apoyo de la estructura de dirección y de la estructura de calidad y seguridad de la institución. Porque esto constituye un germen que va a contaminar a otras unidades porque en el momento que la gente vea que funciona, lo van a ver como positivo.

Pregunta: *¿Alguna matización en todo lo comentado a la hora de aplicar el programa a los residentes, que están en roceso de aprendizaje y que, por tanto, tienen riesgo casi al cuadrado?*

JJ Mira: La probabilidad de verse inmerso en un evento adverso siendo residente se incrementa. Pero no hay un programa distinto para el tema de residentes. Otra cosa distinta es que los residentes estén más propensos a consultar este tipo de situaciones que aquellos profesionales con más años de experiencia.

Todos vivimos en un entorno en el que el tema de la culpa es esencial. Si te reúnes con profesionales del este de Europa tienen el término culpa igual que nosotros y lo utilizan también igual que nosotros, pero el sentido y el significado y la emoción que acompaña es distinta. Si te reúnes con profesionales de México, el sentimiento y el significado que los mexicanos le dan al término de error, es mucho peor que el que nosotros le damos. Estos matices son relevantes a la hora de entender el efecto cultural que tiene en nosotros hablar de los de los errores y, por lo tanto, de algo que es consustancial a trabajar en seguridad del paciente.

Pregunta: ¿A dónde vamos y en qué estás trabajando ahora sobre segundas víctimas?

JJ Mira: Hay un grupo europeo de 29 países donde intentamos colaborar en el estudio de la segunda víctima. Estamos intentando:

- Desarrollar un sistema de reconocimiento de los programas de intervención para que también sea didáctico para los equipos de alta dirección entender de qué se trata.
- Ver a nivel jurídico, qué cambios serían necesarios o recomendables. No es una responsabilidad que podamos asumir, pero sí trabajar en ese sentido o al menos abrir un debate.
- Involucrar a políticos para ver qué cambios dentro del marco de la Unión se pueden llegar a realizar, si es que se puede realizar alguno.
- Estudiamos sobre seguridad psicológica y competencias en el ámbito educativo para ver si se pueden introducir cambios.
- Trabajamos en los currículos europeos para ver si se puede incorporar algún cambio.

Esto continúa, quizá como comunidad autónoma la vuestra es la que como ha dado un paso más avanzado y luego tenemos experiencias de algunos sitios de programas

que han ido implementando programas de intervención. Estamos en los primeros pasos, pero creo que el paso más importante es que entender que segunda víctima es seguridad del paciente. La pandemia ha puesto en candelero que los profesionales también necesitan cierto nivel de bienestar para hacer su trabajo.



Mi mayor deseo es que hayáis perdido el tiempo miserablemente esta hora que hemos estado juntos porque nada de esto jamás lo necesitéis en vuestra vida profesional. Si, lamentablemente, en algún momento lo necesitáis, pues acordaos que esto se trabaja antes de que ocurra, no cuando ocurre. Cuando ocurre ya es tarde: estas cosas hay que prevenirlas, hay que idearlas, hay que planificarlas y esto requiere un pequeño esfuerzo inicial. Si lo tenemos planificado, sabemos que la respuesta es un poquito mejor.

Evaluación de la seguridad del paciente en la unidad de paritorio de un hospital de tercer nivel

M^a Ángeles Castaño^a, Carmen Ballesteros^a, César Carrillo^b, M^a José Gallana^c, María del Lidón López^a, María Suárez^a

a. HCU Virgen de la Arrixaca. Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia.

b. Unidad de Desarrollo Profesional. Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud. Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia.

c. Centro de Salud El Carmen. Servicio Murciano de Salud. Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia.

RESUMEN

Objetivo: La atención sanitaria enfocada en la seguridad del paciente reduce el riesgo de daños innecesarios relacionados con la asistencia en instituciones sanitarias. El objetivo fue analizar las actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario dentro del servicio de paritorio, así como evaluar el clima de seguridad en el hospital.

Métodos: El diseño de la investigación se plantea desde un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal. La población del estudio fueron 50 profesionales especialistas en Obstetricia y Ginecología, matronas/es y ginecólogos/as de un hospital de tercer nivel. La recogida de datos se realizó durante el segundo semestre de 2019. Como instrumento de medida se utilizó el Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes, Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety. Agency For Health Care Research and Quality (AHRQ) donde se analizan 12 dimensiones de la Seguridad del Paciente. Mediante el paquete estadístico SPSS 19.0 y el programa Excel se ejecutó un análisis descriptivo de todas las variables y posteriormente se analizaron asociaciones bivariadas entre ellas.

Resultados: El 80% de los participantes creen que se notifican los errores y un 82% que los procedimientos son buenos para evitarlos; por otro lado, un 58% refiere que se trabaja con alta presión asistencial y el 46% detecta fallos de comunicación entre unidades.

Conclusiones: Como estrategias de mejora se proponen actividades para fomentar la cultura de seguridad como por ejemplo la formación, detección y análisis de incidentes de riesgo.

Palabras Clave: Seguridad del Paciente, Cultura de Seguridad del Paciente, Formación continuada, Investigación sobre servicios de salud, Conductas relacionadas con la salud, Sistemas de comunicación en el hospital, Errores médicos, Evaluación de daños.

ABSTRACT

Objective: Health care focused on patient safety reduces the risk of unnecessary harm related to care in health institutions. The objective was to analyze the attitudes and behaviours related to patient safety in the hospital setting within the delivery service, as well as to evaluate the safety climate in the hospital.

Methods: The research design is proposed from a quantitative, descriptive and cross-sectional approach. The study population consisted of 50 professionals specialized in Obstetrics and Gynecology, midwives and gynecologists from the Hospital "Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca". Data collection was carried out during the second semester of 2019. The "Patient Safety Questionnaire, Spanish Version of the Hospital Survey on Patient Safety. Agency For Health Care Research and Quality (AHRQ)" was used as a measurement instrument where 12 dimensions of Patient Safety are analyzed. Using the statistical package SPSS 19.0 and the Excel program, a descriptive analysis of all the variables was carried out and bivariate associations between them were subsequently analyzed.

Results: The 80% of the participants believe that mistakes are reported and the 82% that procedures are good to avoid them. On the other hand, the 58% say that they work with high attendance pressure and the 46% detect communication failures between units.

Conclusions: As improvement strategies, activities are proposed to promote a safety culture, such as training, detection and analysis of risk incidents.

Keywords: Patient Safety, Culture of patient safety, Education Continuing, Health Services Research, Health Behavior, Hospital Communication Systems, Medical Errors, Damage Assessment.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente (SP) es la disciplina que tiene como objetivo reducir el riesgo de daños innecesarios hacia los pacientes en la asistencia sanitaria hasta un mínimo aceptable; los principales efectos adversos detectados a nivel mundial se agrupan en: errores en la medicación, infecciones nosocomiales, procedimientos quirúrgicos y de inyección poco seguros, errores de irradiación, septicemias y trombosis venosas [1,2]. En el año 2004 la Organización Mundial de la Salud crea la Alianza Mundial para promover la SP, en mayo de 2019 promulga la Resolución WHA72.6 mediante la que se involucra a la opinión pública a través de la creación del Día Mundial de la Seguridad del Paciente que se celebra el 17 de septiembre [2]. En este contexto, entendemos por cultura de Seguridad del Paciente al conjunto de actitudes y comportamientos enfocados a practicar una asistencia sanitaria en que se eviten daños innecesarios a los pacientes, y los elementos principales que la componen son: reconocer que se pueden cometer errores, promocionar un ambiente no punitivo para que no haya miedo para notificar, coordinación y comunicación para analizar y aportar soluciones y predisposición de la organización para ayudar a poner en marcha propuestas de mejora [3-5].

Al nivel institucional español, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el año 2016 publicó la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, período 2015-2020, cuyo objetivo es mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud, siendo clave que las instituciones sanitarias promuevan, creen y mantengan una cultura de seguridad del paciente activa [2,7,8].

gundo semestre de 2019. Como criterios de inclusión los profesionales debían estar vinculados con el Hospital en un contrato de larga duración (mayor a un año), una antigüedad en el servicio de 1 año o más y que aceptaran participar en el estudio. Los criterios de exclusión se aplicaron a aquellos que voluntariamente decidieron no participar en el estudio, profesionales en situación de baja laboral, maternidad y/o excedencia en ese momento.

Como instrumento de recogida de datos se utilizó el Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión Española del Hospital Survey On Patient Safety. Agency For Health Care Research And Quality (AHRQ). La finalidad de este instrumento tal y como aparece en la ficha técnica del mismo, es adaptar y diseñar una herramienta fiable y válida para la medición de las actitudes y comportamientos relacionados con la SP en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español, así como favorecer la utilización rutinaria del cuestionario para la evaluación, mejora y monitorización del clima de seguridad en los hospitales.

El cuestionario está compuesto por una primera parte que incluye una serie de variables sociodemográficas diseñadas "ad hoc" tales como edad, sexo y categoría laboral; y una segunda parte constituida por el cuestionario de 42 ítems que se responden con una escala Likert de 5 puntos de anclaje. Esta escala se expresa con los siguientes ítems: inicia con "nunca" y acaba en "siempre", como valores intermedios "casi nunca" y en el otro extremo "a veces" y "casi siempre". Tanto en su versión original como en la adaptada, se trata de un cuestionario auto-administrado en que se miden 12 dimensiones agrupadas en tres conjuntos: Resultados de la Cultura de Seguridad, Dimensiones de la Cultura de Seguridad referente a unidad/servicio y Dimensiones de la Cultura de Seguridad referente a todo el hospital:

La medición del clima de SP en el ámbito sanitario mediante el uso de cuestionarios, es considerado como una herramienta útil para identificar las debilidades del sistema y diseñar las estrategias orientadas a conseguir que los procedimientos sanitarios sean más seguros [9,10], tal y como hace referencia el modelo de Reason, el objetivo es identificar cuáles son los aspectos de la institución que puedan haber sido un factor condicionante en un accidente, con la finalidad de perfeccionar las barreras de seguridad en un ciclo de mejora continua[11].

Las instituciones con cultura de seguridad ofrecen cuidados asistenciales de mejor calidad a sus pacientes; mejores puntuaciones en las dimensiones de cultura de seguridad se relacionan con mejores indicadores de eventos adversos, administración segura de medicamentos y la identificación inequívoca del paciente [6,8,12,13].

El objetivo del estudio fue analizar las actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, así como evaluar el clima de seguridad en la unidad de paritorio de un hospital de tercer nivel utilizando como instrumento de medida la versión española del Hospital Survey on Patient Safety, Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) [14]. Igualmente se analizó la influencia de las variables sociodemográficas en la cultura de SP.

MÉTODOS

El diseño de investigación se plantea desde un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal. La población de estudio fueron los profesionales especialistas en Obstetricia y Ginecología, matronas/es y ginecólogas/es de la unidad de paritorio del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Hospital nivel 3 en el que se atendieron en 2019 un total de 6.971 nacimientos); la recogida de la información fue realizada durante el se-

- Resultados de la cultura de seguridad: Frecuencia de eventos notificados y percepción de seguridad.
- Dimensiones de la cultura de seguridad referente a la unidad/servicio: expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad, aprendizaje organizacional/mejora continua, trabajo en equipo en la Unidad/Servicio, franqueza en la comunicación, feed-back y comunicación sobre errores, respuesta no punitiva a los errores, dotación de personal y apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente
- Dimensiones de la cultura de seguridad referente a todo el hospital: trabajo en equipo entre unidades y problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades

A fin de cumplir de manera rigurosa con las cuestiones éticas y previo a la recogida de datos, se solicitó autorización por escrito a la Gerencia del Área I, Murcia Oeste, así como el cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (de protección de datos) [15].

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 19.0 y el programa Excel. Se ejecutó un análisis descriptivo de todas las variables y posteriormente se analizaron asociaciones bivariadas entre ellas. Los datos se expresan de manera gráfica con tablas.

RESULTADOS

La población fue de 65 profesionales entre matronas/es y ginecólogos/as, siendo la muestra de 50 trabajadores, lo que supone un 76,9% de respuesta. Por categoría profesional contestaron 30 matronas/es y 20 ginecólogos/as, de los cuales 19 eran hombres y 31 mujeres. La franja de edad estaba comprendida entre 25 y 55 años, teniendo el 50% menos de

40 años.

La Tabla 1 refleja el Clima de Seguridad que se obtiene de una escala de cero a diez en la pregunta 43 del cuestionario. El 42% de los profesionales califica la seguridad entre 8 y 10, sin embargo, esta respuesta fue contestada por el 50% de los participantes.

En las Tablas 2, 3 y 4 hemos agrupado los resultados por dimensiones y en

Puntuación de	Puntuación de	Puntuación de	Puntuación de	Puntuación de
6	7	8	9	10
4%	4%	28%	12%	2%

Tabla 1: Calificación del clima de seguridad.

dos franjas tal y como lo indican los autores del cuestionario:

- Las consideradas "fortalezas" tienen los siguientes criterios: $\geq 75\%$ de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo o $\geq 75\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo; y
- las clasificadas como oportunidad de mejora estas condiciones: $\geq 50\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo y $\geq 50\%$ de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo.

Con el fin de reflejar todas las preguntas del cuestionario, hemos introducido en los cuadros de oportunidades de mejora también a aquellas respuestas que aún siendo positivas no llegan a un 70%. Los resultados incluyen las respuestas a las preguntas del cuestionario descritas con la abreviatura: (P.n°).

Como resultados generales podemos destacar en positivo las dimensiones de la cultura de seguridad, percepción de seguridad y la notificación de eventos. Como debilidades se describen: el aumento de las cargas de trabajo y la falta de comunicación entre servicios.

La Tabla 2 describe los datos correspondientes a la Dimensión de la Cultura de Seguridad y sus dimensiones: Frecuencia de eventos notificados y

percepción de Seguridad. Los profesionales perciben que su forma de trabajar ayuda a mantener la seguridad de los pacientes dentro de la Unidad de Parto. No obstante, la alta carga asistencial en determinados periodos hace que deba aumentar el ritmo de trabajo y sus consecuencias.

Dimensión	Fortalezas	Oportunidades de Mejora
Resultados de la Cultura de Seguridad	<p>Frecuencia de eventos notificados</p> <ul style="list-style-type: none"> Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (80%). (P. 40) Se notifican los errores que previsiblemente no van a afectar al paciente (75%). (P. 41) Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (75%). (P.42) <p>Percepción de seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"> Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (82%). (P.18) No se producen más fallos por casualidad (77% piensan que es falso). (P.10) En esta unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente (82% piensan que es falso). (P.17) 	<p>Frecuencia de eventos notificados</p> <ul style="list-style-type: none"> Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (86%). (P.15) piensan que no es así.

Tabla 2: Dimensiones de la cultura de Seguridad.

En la Tabla 3 se exponen las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente a nivel Servicio/Unidad. Aquí destaca la positiva valoración que hace el personal sobre la Supervisión de la Unidad, considerando que su gestión reduce riesgos, aunque definen deficientes las acciones formativas, así como la evaluación de las acciones para evitar que se repita un error. El 86% del personal se siente apoyado por los compañeros, en relación con la categoría profesional encontramos una relación estadísticamente significativa. Las matronas/es están muy de acuerdo con esta afirmación, aunque los médicos/as se muestran indiferentes ($p=0,035$).

Fortalezas	Oportunidades de Mejora
<p>Organización y acciones de la dirección que favorecen la seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"> Me agrupan según la satisfacción cuando aparecen eventos riesgos en la seguridad así como (78%). (P.19) Se realizan tareas en cuanto a las medidas de seguridad que se han de tomar para evitar la aparición del paciente (80%). (P.20) Siempre aumenta la presión de trabajo en algunas personas que trabajan muy rápido, aunque se pueda evitar en algunas situaciones que afectan a la seguridad (82% lo consideran falso). (P.21) Me agrupan más por otros los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (86% consideran que es falso). (P.22) 	<p>Percepción de la seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"> Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (86%). (P.15)
<p>Aprendizaje organizacional/mejora continua</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuando se detecta algún fallo en la asistencia al paciente se llama a cabo medidas para evitar que ocurra de nuevo (78%). (P.2) 	<p>Percepción de seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"> Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (86%). (P.15)
<p>Trabajo en equipo en la Unidad</p> <ul style="list-style-type: none"> El personal se apoya mutuamente (86%) (P.1) Cuando trabajo mucho trabajo colaboramos mejor (80%) (P.3) El apoyo mutuo entre compañeros es esencial para mejorar la seguridad del paciente (82%) (P.11) En la Unidad los errores se comunican (86%) (P.11) 	<p>Percepción de seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"> Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (86%). (P.15)
<p>Respuesta en la comunicación</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuando se detecta algún fallo antes de buscar la causa durante el parto (84%) en las personas (80%) de atención y el resto (P.12) Cuando se produce un error el personal sabe que puede ser el responsable (86%) en algunas (86%) de atención y el resto (P.13) 	<p>Percepción de seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"> Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (86%). (P.15)
<p>Feedback y comunicación sobre el error</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuando notificamos algún incidente nos informan sobre las actuaciones (84%) (P.24) Se nos informa de los errores que ocurren en el servicio (86%) (P.24) De vez en cuando se puede saber qué se ha hecho de lo que ocurre (86%) (P.18) 	<p>Percepción de seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"> Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (86%). (P.15)
<p>Respuesta no punitiva a los errores</p> <ul style="list-style-type: none"> Si cometemos un error no se utilizan en la contra (74%) (P.2) Cuando se detecta algún fallo antes de buscar la causa durante el parto (84%) en las personas (80%) de atención y el resto (P.12) Cuando se produce un error el personal sabe que puede ser el responsable (86%) en algunas (86%) de atención y el resto (P.13) 	<p>Percepción de seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"> Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (86%). (P.15)
<p>Calidad de personal</p> <ul style="list-style-type: none"> Muy buenas personas que a través de la experiencia (86%) (P.2) A veces me he encontrado con algunas personas que no saben hacer su trabajo (86%) (P.2) En ocasiones no se presta mucha atención al paciente (86%) (P.2) El personal tiene buenas prácticas sobre la seguridad del paciente (86%) (P.11) Trabajamos bajo presión realizando muchos casos de emergencia (86%) (P.11) 	<p>Percepción de seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"> Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (86%). (P.15)
<p>Agrupos de la Gerencia del Hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> La Gerencia del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (86%) en atención (86%) en atención y el resto (P.22) La Dirección del Hospital debe fomentar siempre la seguridad del paciente cuando ha ocurrido algún incidente (86%) en atención (86%) en atención y el resto (P.22) La gerencia muestra seriedad que la seguridad del paciente es uno de sus prioridades (86%) en atención (86%) en atención y el resto (P.22) 	<p>Percepción de seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"> Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (86%). (P.15)

La comunicación de acciones erróneas es una dimensión para mejorar; la mitad de los encuestados admite que no puede hablar libremente cuando observa acciones que pueden afectar negativamente al paciente. El 50% está de acuerdo con esta afirmación frente a un 10% que se muestra en desacuerdo. Se ha establecido una relación estadísticamente significativa con relación a la categoría profesional, la tendencia de los/as ginecólogos/as es a mostrarse más indiferente y el de las matronas a inclinarse por esta afirmación ($p=0,008$). Esta idea enlaza con la de no poder cuestionar las decisiones de sus superiores; el 24% está de acuerdo frente al 30% que se muestra en desacuerdo. La tendencia por categorías es estadísticamente significativa, las matronas/es se muestran más

en desacuerdo, mientras que los médicos están de acuerdo. ($p=0,025$). Además, se aprecia en los trabajadores cierta resistencia a admitir errores por miedo a que queden reflejados en el expediente profesional. Los resultados de esta dimensión contrastan con el apartado "Frecuencia de eventos notificados" de la Tabla 2, esto es, los profesionales manifiestan que notifican los errores, sin embargo, expresan tener miedo al hacerlo. El feed-back también se percibe deficiente, en la notificación de algún incidente el 34% piensa que no se les informa de las actuaciones que se ha llevado a cabo frente a un 38% que se sienten informados. Existe una relación estadísticamente significativa con relación a la categoría profesional, detectando que la tendencia de los médicos es a estar muy en desacuerdo y las matronas/es en desacuerdo ($p=0,05$). La carga asistencial influye en la seguridad del paciente, el 58% de los profesionales se muestran de acuerdo o muy de acuerdo con ello frente al 22% que están en desacuerdo. Este ítem muestra una relación estadísticamente significativa con relación con la categoría profesional, mostrándose las matronas/es más de acuerdo con los ginecólogos/as. ($p=0,026$). En relación con la Gerencia del hospital, el 38% opinan que facilita un clima laboral de seguridad del paciente frente a un 28% que se muestra en desacuerdo. Este punto es estadísticamente significativo en relación a la categoría profesional, los ginecólogos/as destacan por mostrarse muy en desacuerdo. ($p=0,05$). La Tabla 4 muestra los resultados a nivel de todo el hospital. Se observa deficiencia de comunicación entre unidades, el 58% de los trabajadores afirman que se trabaja de forma coordinada ente servicios frente al 12% que se muestran en desacuerdo. En relación con la categoría profesional existe una relación significativa, encontrando que los médicos/as son los profesionales que están más de acuerdo con esta afirmación. ($p=0,038$). El 42% piensa que la información de los pacientes se pierde al trasladarlos

entre unidades, existe una relación estadísticamente significativa en relación a la categoría profesional, la tendencia es que las matronas/es se muestran más de acuerdo con esta información frente a los ginecólogos/as que se muestran muy de acuerdo, ($p=0,24$).

DISCUSIÓN

Dimensión 1. Cultura de seguridad del paciente

Oportunidades de Mejora
Trabajo en Equipo entre Unidades
<ul style="list-style-type: none">• Hay buena cooperación entre unidades (66%). (P.26)• Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible al paciente (58%). (P.32)• Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas (44%). (P.24)• Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otras unidades (64% en desacuerdo, 12% en acuerdo, resto N/C). (P.28)
Problemas en cambios de turno y transiciones entre Unidades
<ul style="list-style-type: none">• La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando se transfieren de una unidad a otra (42% en acuerdo, 40% en desacuerdo). (P.25)• En los cambios de turno no se pierde información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (70% no están en acuerdo). (P.27)• El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático (62% en desacuerdo). (P.29)• Surgen problemas en la atención a los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (60% en desacuerdo). (P.33)

Tabla 4. Dimensiones de la Cultura Seguridad a nivel de todo el hospital.

La construcción de la cultura del Seguridad del paciente se basa en reconocer que se pueden cometer errores, fomentar la notificación mediante un ambiente no punitivo, colaboración, coordinación y comunicación entre los profesionales para analizar y aportar soluciones, así como el compromiso por parte de la organización para implementarlas [3-5]. En base a los resultados obtenidos, en el servicio de paritorio existe percepción de seguridad por parte de los profesionales dentro de la unidad, no obstante,

esta sensación se diluye cuando preguntamos sobre la seguridad que se percibe desde el conjunto del hospital ya que, como veremos más adelante, no experimentan plena comunicación con otros servicios.

En esta dimensión hemos obtenido buenos resultados sobre la notificación de eventos, sin embargo, se refleja cierto miedo a represalias respecto a la notificación de incidentes (Dimensión 2: respuesta no punitiva a errores). El sentimiento de culpa y el miedo a sanciones también es una fragilidad de la cultura de seguridad del paciente provocando que los incidentes se repitan 5,16. En este sentido, para fomentar que los profesionales sanitarios reflejaran los incidentes sin repercusiones, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario Español de 2003 y el Plan de Calidad del Ministerio de Calidad, gestaron el Sistema de Notificación y Aprendizaje de la Seguridad del Paciente "SiNASP". Su implantación desde 2009 ha ayudado a mejorar la seguridad de los pacientes a partir de la notificación, análisis de incidentes que se produjeron o podían haberse producido, así como a tomar medidas para evitar su repetición. La publicidad de los incidentes, su repercusión y las medidas correctoras, han servido de aprendizaje a toda la comunidad sanitaria, de ahí la importancia de la notificación cuya particularidad es que puede ser anónima [2,11].

Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de la Unidad/Servicio.

Los profesionales se sienten respaldados por el mando intermedio directo en el servicio porque toma en consideración las acciones para evitar que los incidentes se repitan. Se consideran un equipo, factor que enriquece la comunicación entre los profesionales promoviendo la mejora continua [16]; sin embargo, el aumento de las cargas de trabajo y la percepción de falta de personal que se refleja en los resultados tiene una relación directa entre el estrés al que se someten los trabajadores y el aumento de los errores que afectan a los pacientes por este motivo [17-19]. Así mismo,

son varios los autores que sugieren al respecto, el uso sistemático de la lista de verificación (Check-List) o un estudio de las cargas de trabajo. La lista de comprobación es una herramienta que se ha ido introduciendo en la asistencia sanitaria para evitar repetición de errores, mejora la comunicación y el trabajo en equipo ordenando las actuaciones y comprobando que no haya fallos [1,7,20]. En cuanto a las cargas de trabajo, está demostrado que su aumento hace padecer a los sanitarios estrés y síndrome de Burnout, como consecuencia los cuidados hacia los pacientes no tendrán buenos resultados [17-19,21,22].

Dimensiones de la cultura de Seguridad a nivel de todo el hospital

Esta dimensión es la más debilitada, no se percibe buena comunicación entre unidades y los resultados muestran que hay déficit y pérdida de información entre servicios, lo cual afecta en la atención sanitaria. Los datos recogidos en los informes de SiNASP destacan que los incidentes registrados basados en la comunicación son de considerada importancia. La falta de registro y comunicación tanto dentro del servicio como entre las unidades del hospital no asegura la transmisión de información [8,23-25].

Queda patente que la cultura de seguridad del paciente en general requiere fortalecimiento, como estrategias de mejora son numerosos los investigadores que proponen actividades para fomentarla, como, por ejemplo, la valoración, detección y análisis de incidentes y riesgos, desarrollo profesional e investigación en seguridad y formación [17,26-27]. La propuesta de Formación en Competencias del Canadian Patient Safety Institute en 2008, engloba todos los elementos de la Cultura de Seguridad, este modelo se describe en 6 dominios: contribuir para la Cultura de Seguridad, trabajar en equipo, comunicación efectiva, administrar riesgos a la Seguridad, optimizar factores humanos y ambientales, reconocer, notificar y resolver efectos adversos. Tanto la Organización Mundial de la Salud, como

el Canadian Patient Safety Institute, añaden a partir de 2017 un escalón más, el de comprometer a los pacientes y sus familias a crear un ambiente de colaboración con el sistema sanitario para identificar los riesgos y aportar soluciones, se trata de un enfoque constructivo para la mejora continua 2,4,28. Respecto a la formación en España y en el desarrollo de una buena gestión en la formación Sanitaria especializada, cada territorio ha desarrollado un modelo basado en la simulación de casos, metodología que fomenta el análisis y discusión entre los formadores y alumnos implicándose en humanización de los procesos asistenciales [29].

CONCLUSIONES.

Podemos concluir que los profesionales están interesados en la seguridad de sus pacientes, la actitud es de mejora, aunque se ha identificado un problema de comunicación en la relación del paritorio con otros servicios. Se observa predisposición por adquirir formación en seguridad del paciente, así como habilidades para evitar errores que repercutirán en una mejora de la asistencia y una disminución de los riesgos por parte de los pacientes, lo que conlleva asociada una mayor satisfacción tanto por parte de los usuarios como de los profesionales.

Como propuestas de mejora serían necesarias estrategias que mejoren la comunicación y análisis en equipo de aquellas situaciones que hayan supuesto un riesgo para los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.09.
2. Organización Mundial de la salud. 72.ª Asamblea Mundial de la Salud WHA72.6. Acción mundial en pro de la seguridad del paciente. Ginebra: OMS;2019.05.
3. National Health Service. Siete pasos para la seguridad del paciente. Traducción autori-

- zada por el National Health Service del Reino Unido. NPSA. Seven steps to patient safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. [Consultado el 20/2/2020]; Disponible en: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/msc/7pasos>
- Canadian Patient Safety Institute. Patient Engagement Action Team. Engaging Patients in Patient Safety – a Canadian Guide. Last modified February 2018. [Consultado el 20/02/2020]; Disponible en: www.patientsafetyinstitute.ca/engagingpatients
 - Rebollo Gómez P, Manso Perea C, et al. Seguridad del Paciente y buenas prácticas. Madrid: FUDEN y UCLM, 2018.
 - Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Madrid: Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
 - Grau M. Utilidad de los listados de verificación quirúrgica: efecto sobre las relaciones y comunicación en el equipo de trabajo, la morbi-mortalidad y la seguridad del paciente. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2015.
 - Yoo J, Chung SE, Oh J. Safety Climate and Organizational Communication Satisfaction Among Korean Perianesthesia Care Unit Nurses. *J Perianesth Nurs*. 2021;36(1):24-29. doi: 10.1016/j.jopan.2020.04.009.
 - Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320(7237):768-770.
 - Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003 de 28 de mayo. Boletín Oficial del Estado, nº 128, (29-5-2003).
 - Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
 - Fan CJ, Pawlik TM, Daniels T, Vernon N, Banks K, Westby P, et al. Association of Safety Culture with Surgical Site Infection Outcomes. *J Am Coll Surg*. 2016;222(2):122-128. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2015.11.008.
 - Berry JC, Davis JT, Bartman T, Hafer CC, Lieb LM, Khan N, et al. Improved Safety Culture and Teamwork Climate Are Associated With Decreases in Patient Harm and Hospital Mortality Across a Hospital System. *J Patient Safety*. 2020;16(2):130-136.
 - Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
 - Protección de Datos de Carácter Personal. Ley Orgánica de 13 de diciembre de 1999. Boletín Oficial de Estado, nº 298, (14-12-1999).
 - Freire Galvão T, Couteiro Lopes MC, Carrilho Oliva CC, Almeida Araújo ME, Tolentino Silva M. Cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2018 [citado 2020 Dic 19];26: e3014. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/es_0104-1169-rlae-26-e3014.pdf
 - Rodríguez L, Gómez F, García de Camacho S. Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente en hospitales públicos. *Rev. Fac. Med*. 2018;38(1):5-9.
 - Madrigal Fernández MA, Cantón Álvarez MB, Callejo González L, Lentijo Martín R, Berrocal Díaz G, Rodríguez León R. Diseño y validación de una escala de valoración de cargas de trabajo de enfermería en unidades de hospitalización de pacientes no críticos. *Nure Investigación*. [Internet]. 2019 [citado 2020 Dic 19];16(98). Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1574/86>
 - Mella Laborde M, Gea Velázquez MT, Aranz Andrés MJ, Ramos Forner G, Compañ Rosiquea AF. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gac Sanit*. 2020;34(5):500-513. doi: 10.1016/j.gaceta.2018.10.004.
 - Concha Torre A, Díaz Alonso Y, Álvarez Blanco S, Vivanco Allende A, Mayordomo-Colunga J, Fernández Barrio B. Las listas de verificación: ¿una ayuda o una molestia? *An Pediatr (Barc)*. 2020;93(2):135.e1-135.e10. doi: 10.1016/j.anpedi.2020.05.006.
 - Cabello Alcalá P, Ruiz Porras D, Mena García M, López García D, López Morales MA. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional entre las matronas de paritorio. *Nure Inv*. [Internet]. 2017 [citado 2020 Dic 18];14(91). Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1166/806>
 - Ayuso Fernández MA, Gomez Rosado JC, Barrientos Trigo S, Rodríguez Gómez S, Porcel Gálvez AM. Impact of the patient-nurse ratio on health outcomes in public hospitals of the Andalusian Health Service. *Ecological Study*. *Enferm Clin*. 2021;11:51130-8621(20)30554-4. doi: 10.1016/j.enfcli.2020.11.005.
 - Ollino L, Gonçalves AC, Strada JKR, Vieira LB, Machado MLP, Molina KL et al. Affective communication for patient safety: transfer note and Modified Early Warning Score. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(spe):e20180341.
 - Ministerio de Sanidad y Consumo. Informes, estudios e investigación 2020. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) Incidentes de seguridad notificados en 2018. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2020.
 - Mella Laborde M, Gea Velázquez MT, Aranz Andrés JM, Ramos Forner G, Compañ Rosiquea AF. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gac Sanit*. 2018;34(5):500-513. DOI: 10.1016/j.gaceta.2018.10.004
 - González Montaña S. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en Enfermería de un efector público. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 2018;13(2):47-53. doi.org/10.33517/rue2018v13n2a6.
 - González Anglada MI, Garmendia Fernández C, Moreno Núñez L. Una estrategia para la formación en seguridad del paciente durante la residencia desde el incidente crítico a la simulación. *Educación Médica* 2019;4:231-237.
 - Garza-Hernández R, Meléndez-Méndez MC, González-Salinas F, Fang Huerta MA, Bohórquez Robles R. Desarrollar competencias para generar una cultura de seguridad desde la formación de pregrado. *Revista Conamed*. 2018;23(1):47-50.
 - Corres J, Antoral M, García F et al. Conclusiones del I Foro Nacional de jefes de Estudio, técnicos docentes y responsables autonómicos de Formación Sanitaria Especializada y del II Congreso Nacional de Formación Sanitaria Especializada (XIV Encuentro Nacional de tutores y jefes de Estudio). SEFSE-AREDA 2017. *Revista de Educación Médica*. 2019;20(3): 184-192.

Trabajando para mejorar la transferencia de puérperas desde el paritorio a planta

Grupo de trabajo para la mejora de la seguridad en el puerperio*

Como ya sabemos todos los que trabajamos en el ámbito de la salud, la seguridad del paciente es un componente clave de la calidad asistencial. Los pacientes y sus familias desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, y los gestores y profesionales queremos ofrecer una asistencia sanitaria cada vez más segura, efectiva y eficiente. Para ello es imprescindible **"aprender para mejorar"**.

Una de las herramientas más valiosas de la que disponemos para el aprendizaje continuo es el **SiNASP (Sistema de Notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente)**. En él podemos notificar aquellos incidentes de seguridad que hemos vivido en primera persona o de la que, de una forma u otra, hemos tenido noticia. Nos ayuda pues a conocer que factores han contribuido en la aparición de estos incidentes para promover los cambios necesarios que nos ayuden a evitarlos en el futuro.

Gracias a él, a lo largo del año pasado el núcleo de seguridad tuvo conocimiento de distintas situaciones que, si bien no tuvieron repercusión directa en la salud de nuestras gestantes y puérperas, sí que suponían una cierta insatisfacción y disminución de su percepción de seguridad con la asistencia recibida.

El grupo de trabajo para la mejora de la seguridad en el puerperio está formado por matronas, enfermeras y facultativos pertenecientes a las unidades de paritorio, de puérperas o de calidad asistencial, con representación del equipo directivo. En orden alfabético son: Dolores Beteta, José Eliseo Blanco, M^a Ángeles Castaño, Bernarda Díaz, Lina Galdo, Milagros García, Mercedes López, Julio López-Picazo, Chitina Martínez, Lucía Meca, Céline de Mulder e Inmaculada Vidal-Abarca

Por eso, tras analizar los distintos SiNASP notificados relacionados con la admisión y traslado de puérperas a las plantas de hospitalización, la modificación de tratamientos al ingreso y la atención ginecológica durante la guardia, nos pusimos en contacto con la sección de obstetricia. Acordamos que era necesario abordar en profundidad qué estaba sucediendo para consensuar las acciones de mejora pertinentes. Con esa finalidad se creó un grupo de trabajo en el que formaron parte distintos estamentos profesionales (obstetras, matronas, enfermeras, equipo directivo...). Fruto de este trabajo ha sido el **"procedimiento de traslado de puérperas al área de hospitalización tras parto vaginal"**, puesto en marcha en marzo de este año y que tiene como misión hacer más ágil y seguro el traslado a planta de una paciente y su recién nacido tras un parto vaginal.

El alcance del procedimiento abarca desde que la gestante ha terminado el periodo de parto y la matrona considera que ya cumple las condiciones para su traslado a planta, hasta que la puérpera y su bebé son acogidos en la planta de destino. Consta a su vez de tres subprocedimientos:

- **IPE01. Salida del paritorio**, en el que se asegura que la puérpera y su bebé salen del paritorio cuando se cumplan las condiciones adecuadas, incluyendo un adecuado registro de los tratamientos y cuidados necesarios, y tiene un destino (planta-cama) confirmado que evite esperas innecesarias en lugares inapropiados

- **IPE02. Traslado intrahospitalario de puérpera y RN, en el que se garantiza un traslado seguro y rápido de la puérpera y su RN. Para ello, entre otras cosas, la paciente permanece en el paritorio hasta que exista una cama disponible y siempre que no haya una ocupación total del 100%.**
- **IPE03. Acogida en planta de puérperas, con el objeto principal de procurar una recepción adecuada en planta según el proceso de acogida de nuestro hospital.**

El aspecto general del documento es el que aparece a la derecha de esta página. Puedes encontrarlo y descargarlo desde Arrixaca. En la página siguiente se recoge el diagrama que lo resume.

Desde su puesta en marcha se monitoriza su aplicación en el hospital mediante auditorías periódicas. Gracias a ellas y a su excelente resultado podemos afirmar que **CON ESTE PROCEDIMIENTO HACEMOS MÁS SEGURO EL TRASLADO TRAS EL PARTO EN LA ARRIXACA.**

ÁREA DE SALUD I
Arrixaca

Procedimiento de traslado de puérperas al área de hospitalización tras parto vaginal.
Área I - Murcia-Oeste

TRASLADO DE PUÉRPERAS AL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN TRAS PARTO VAGINAL

- v.1.7: Cambio de la periodicidad en la monitorización del indicador de calidad.

MISIÓN
Trasladar de forma segura y ágil a planta de hospitalización a la puérpera y su recién nacido (RN) tras un parto vaginal.

ALCANCE

Límite de Entrada	Límite de Salida
Desde que la gestante termina el periodo de parto y la matrona suaviza que está en condiciones para el traslado a planta.	Masa que la puérpera y su recién nacido son acogidos en la planta de destino.

SUBPROCEDIMIENTOS

IPE01. Salida del paritorio
Objetivo: Asegurar que la puérpera y su RN abandonen el paritorio en las condiciones adecuadas.
Quién: Matrona, Obstetra
IPE02. Traslado intrahospitalario de puérpera y RN
Objetivo: Garantizar un traslado seguro y rápido de la puérpera y su RN.
IPE03. Acogida en planta de puérperas
Objetivo: Procurar una recepción adecuada en planta.

IPE01. Salida del paritorio
Objetivo: Asegurar que la puérpera abandone el paritorio en las condiciones adecuadas.
Quién: Matrona, Obstetra, Doula, Auxiliar de paritorio, Médico.
Cuándo: Tras el parto y recuperación de la puérpera.
Dónde: Paritorio.
Cómo: El personal:
• Si interviene en el parto o a demanda de la matrona, por estar algunas circunstancias que lo requiera (parto traumático, precursivo...) o si el niño es hijo de madre diabética:
o Registro en historia clínica y MIRA el tratamiento y cuidados necesarios para la estancia en planta.
o Indica si es necesario algún tratamiento (oxígeno o en riesgo de caídas) que durante el traslado el RN debe ser acompañado por un facultativo o la matrona.
o Informa a la paciente y la familia.

IPE02. Traslado intrahospitalario de puérpera y RN
Objetivo: Garantizar un traslado seguro y ágil de la puérpera y su RN.
Quién: Admisión, Matrona, Auxiliar de planta asignada.
Cuándo: Una vez asignada la cama por admisión.
Dónde: Paritorio.
Cómo: Una vez ubicada la cama se avisa a la matrona de paritorio.
Objetivo: Admisión busca cama para ingreso preferentemente en la 3ª planta.
• Si encuentra cama libre y lista para ocupar, avisa al paritorio para que se inicie el traslado.
• Si encuentra habitación libre, pero hay que prepararla, espera a la llamada de la auxiliar de planta asignada. Cuando le confirmen que la habitación está ya preparada llama a la auxiliar de paritorio para proceder al traslado.
• Si no encuentra cama lista e avisa a la matrona de paritorio.
La matrona:
• Si el paritorio no presenta criterios de cancelación¹, indica que la paciente permanece en el paritorio hasta que exista una cama disponible (aviso previo desde admisión).
• Si existen criterios de saturación de paritorio avisa al supervisor de planta.
Supervisor de planta:
• Comprueba los criterios de cancelación en PAR tercio.
• Valora y decide la unidad de hospitalización adecuada para avisar a las puérperas y lo comunica a admisión.
La auxiliar de planta asignada:
• Confirma a admisión que la cama está disponible y lista para trasladar a la paciente.

IPE03. Acogida en planta de puérperas
Objetivo: Procurar una recepción adecuada en planta.
Quién: Admisión, Matrona, Auxiliar de planta asignada.
Cuándo: Una vez ubicada la cama se avisa a la matrona de paritorio.
Dónde: Planta de puérperas.
Cómo: El personal:
• Si interviene en el parto o a demanda de la matrona, por estar algunas circunstancias que lo requiera (parto traumático, precursivo...) o si el niño es hijo de madre diabética:
o Registro en historia clínica y MIRA el tratamiento y cuidados necesarios para la estancia en planta.
o Indica si es necesario algún tratamiento (oxígeno o en riesgo de caídas) que durante el traslado el RN debe ser acompañado por un facultativo o la matrona.
o Informa a la paciente y la familia.

¹ Con registro de tratamiento y cuidados necesarios y un destino (planta-cama) confirmado y preparado.

Documento/versión	Aprobado	Revisado	Revisado	Dibujado	Pág. 1 / 3
Procedimiento ingreso puérperas v.1.7 2020-19	Marzo 2022	Marzo 2022	Marzo 2022	Activo - Obstetricia Materna - Hospitalización Admisión - Seguro directivo	

ÁREA DE SALUD I
Arrixaca

Procedimiento de traslado de puérperas al área de hospitalización tras parto vaginal.
Área I - Murcia-Oeste

La matrona:

- Compara y anota en formulario de Seleno (formato interrelacionado) una hora tras el parto o el estado clínico de la puérpera en relación con: creación de lactancia, lactancia materna, sangrado vaginal y ruidos.
- Si hay aviso o a la de lactancia materna (primera toma).
- Compara y completa en Seleno toda la información sobre el estado clínico del RN.
- Si el RN es hijo de madre diabética le hace un control de glucemia y lo registra en Seleno.

La auxiliar de paritorio:

- Si la gestante lleva tratamiento para la inducción del parto y síntomas, lo suspende.
- Previene contaminación de planta en MIRA.

La auxiliar de admisión:

- Llama a admisión para solicitar cama en la unidad de puérperas.
- Colabora con el auxiliar en el traslado de la paciente a la cama.
- Se asegura que el recién nacido sube en buenas condiciones.

IPE02. Traslado intrahospitalario de puérpera y RN
Objetivo: Garantizar un traslado seguro y ágil de la puérpera y su RN.
Quién: Admisión, Matrona, Auxiliar de planta asignada.
Cuándo: Una vez asignada la cama por admisión.
Dónde: Paritorio.
Cómo: Una vez ubicada la cama se avisa a la matrona de paritorio.
Objetivo: Admisión busca cama para ingreso preferentemente en la 3ª planta.
• Si encuentra cama libre y lista para ocupar, avisa al paritorio para que se inicie el traslado.
• Si encuentra habitación libre, pero hay que prepararla, espera a la llamada de la auxiliar de la planta asignada. Cuando le confirmen que la habitación está ya preparada llama a la auxiliar de paritorio para proceder al traslado.
• Si no encuentra cama lista e avisa a la matrona de paritorio.
La matrona:
• Si el paritorio no presenta criterios de cancelación¹, indica que la paciente permanece en el paritorio hasta que exista una cama disponible (aviso previo desde admisión).
• Si existen criterios de saturación de paritorio avisa al supervisor de planta.
Supervisor de planta:
• Comprueba los criterios de cancelación en PAR tercio.
• Valora y decide la unidad de hospitalización adecuada para avisar a las puérperas y lo comunica a admisión.
La auxiliar de planta asignada:
• Confirma a admisión que la cama está disponible y lista para trasladar a la paciente.

¹ En el momento que se agende el período de estancia preparto esta función la asume la matrona.
² Criterio de saturación ocupación del 100% del paritorio.
³ En turno de mañana, ocupación de paritorio.
En turno de tarde y noche, fines de semana y festivos: supervisor de guardia.

Documento/versión	Aprobado	Revisado	Dibujado	Pág. 2 / 5
Procedimiento ingreso puérperas v.1.7 2020-19	Marzo 2022	Marzo 2022	Activo - Obstetricia Materna - Hospitalización Admisión - Seguro directivo	

Usa SiNASP.
Notifica.

Informar de posibles incidentes de seguridad y eventos adversos nos permite aprender de los errores, y con ello hacer de la Arrixaca un lugar más seguro para los pacientes que atendemos. Puedes acceder a SiNASP a través de la página principal de arri-net, y también desde cualquier lugar en www.sinasp.es.

