

Resultados de una encuesta sobre la seguridad de los pacientes

¿Cree usted que sus pacientes están razonablemente seguros frente a los errores de medicación, las caídas y otras posibles complicaciones? Puede comparar sus opiniones y observaciones con los cerca de 5.000 profesionales de enfermería que respondieron a una importante encuesta sobre seguridad.

MARTIN MANNO, APRN,BC, MSN; PATRICIA HOGAN, RN, MSN; VALERIE HEBERLEIN, RN; JOSEPHINE NYAKITI, RN, Y CHERYL L. MEE, RN,BC, CMSRN, MSN

MESES ATRÁS SOLICITÁBAMOS a los profesionales de enfermería que respondieran a 40 preguntas o afirmaciones relativas a la seguridad de los pacientes en las instituciones sanitarias. La respuesta a la encuesta superó con mucho nuestras expectativas: participaron 4.826 profesionales de enfermería de Estados Unidos y Canadá (véase el cuadro anexo *Perfil de los participantes*). Además de responder a las preguntas concretas incluidas en la encuesta, muchos de los participantes proporcionaron comentarios por escrito acerca de los distintos aspectos de seguridad en su centro de trabajo.

El objetivo de la encuesta era examinar las percepciones de los profesionales de enfermería respecto a la seguridad de los pacientes, incluyendo todo lo relativo a las caídas, los errores de medicación y otras complicaciones previsibles relacionadas con los cuidados. Además, también se pretendía definir el grado de cumplimiento de los estándares actuales de seguridad tanto por parte de las instituciones sanitarias como por parte de los propios profesionales de enfermería, así como recoger las opiniones de estos últimos respecto a la puesta en práctica y el mantenimiento de programas de apoyo a la cultura de seguridad en su ejercicio profesional diario en los hospitales o centros en los que ejercen.

Tal como se puede observar en este informe, en la encuesta quedaron de manifiesto algunas tendencias prometedoras y también se demostró que todavía queda mucho camino por recorrer en lo relativo a la seguridad. Por ejemplo, más del 80% de los encuestados señalaron que creían que los/las enfermeros/as asistenciales que trabajaban en su centro contribuían a la creación de una cultura de seguridad. Sin embargo, cuando se preguntó si en el centro donde trabajaban se planteaba un abordaje no punitivo a la notificación de errores, muchos de los encuestados mostraron una actitud de ambivalencia. “Una combinación de ambos tipos de abordaje –señaló uno de ellos–. Estamos intentando abandonar una actitud de inculpación, pero cuesta tiempo cambiar los esquemas culturales.”

Otros profesionales de enfermería señalaron su frustración con la insuficiencia crónica de las plantillas como un impedimento a la seguridad de los cuidados de enfermería. Uno de los encuestados señaló: “Es gracioso escuchar a la dirección predicar la seguridad de los pacientes ignorando al mismo tiempo lo obvio: demasiados pacientes por cada enfermera/o”.

En las páginas siguientes se examinan las respuestas a cada una de las preguntas de la encuesta y se comentan sus implicaciones respecto a la práctica de enfermería y a la seguridad de los pacientes. Es necesario señalar que las cifras se han redondeado y que no todos los encuestados respondieron a todas las preguntas. Los resultados de este estudio se basan en una muestra seleccionada por motivos de conveniencia, sin aplicación de técnicas de muestreo.

En muchas preguntas se pidió a los encuestados que respondieran realizando una marca en una escala de 1 a 5. En este artículo se han reproducido las escalas cuando se ha considerado apropiado, y se recoge la puntuación media obtenida en todos los encuestados.

Pregunta 1: Creo que la mayor parte de los errores se deben a:



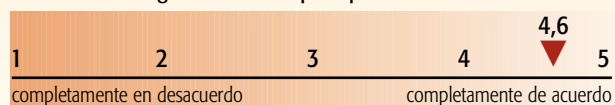
Discusión: Aunque los fallos humanos, del sistema y de la comunicación contribuyen a los errores, los encuestados consideraron que los correspondientes a la comunicación representan el factor más significativo. Dado que los fallos en la comunicación dan lugar a errores, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ha hecho de la mejora de la comunicación entre las distintas organizaciones y centros sanitarios uno de sus Objetivos Nacionales para la Seguridad de los Pacientes (National Patient Safety Goals).

Los expertos en seguridad de los pacientes señalan que la mejor forma de prevención de los errores es el perfeccionamiento de los sistemas implicados en la asistencia sanitaria. Los fallos de los sistemas que contribuyen a los errores de medicación son por un lado los protocolos deficientes de prescripción, transcripción, dispensación y administración de los fármacos, y por otro la

inexistencia de controles y de sistemas de comprobación. Cuando se integran en los distintos sistemas, los mecanismos automáticos de control y comprobación reducen los fallos humanos y alertan a los clínicos respecto a los errores, de manera que puedan ser corregidos antes de que alcancen al paciente. Por ejemplo, los sistemas informáticos se pueden programar para que alerten a los clínicos cuando se prescriben dosis inseguras o cuando existen posibles interacciones medicamentosas con algún otro fármaco que pueda estar tomando el paciente. La orden de prescripción informática o computarizada también elimina los errores debidos a la interpretación inadecuada de las prescripciones medicamentosas escritas a mano.

Entre los encuestados, los estudiantes de enfermería, los profesionales de enfermería jóvenes y los que cuentan con menos de 5 años de experiencia fueron los que señalaron a los fallos humanos como la causa más importante de los errores de medicación. Este dato indica que los profesionales de enfermería pueden necesitar una mayor formación acerca de la importancia del desarrollo de los sistemas de administración de medicación y de otros procesos que permitan reducir el riesgo de fallo humano. La falta de una comunicación correcta y las deficiencias del sistema incrementan la probabilidad de los fallos humanos y contribuyen al establecimiento de un clima de castigo o acusación que reduce la buena disposición de los profesionales de enfermería para comunicar las situaciones de error consumado o potencial.

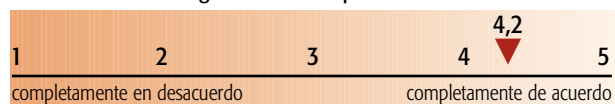
Pregunta 2: Compartir con los colegas las experiencias relativas a la seguridad es útil para prevenir los errores.



Discusión: El 90% de los encuestados marcó un 4 o un 5 en la escala, lo que indica su concordancia con la afirmación establecida. Los profesionales de enfermería que ejercen en las áreas de pediatría y de asistencia ambulatoria ofrecieron puntuaciones especialmente elevadas en este ítem (media, 4,6), lo que indica una creencia importante en el valor de compartir la información.

Compartir las experiencias educa a los profesionales de enfermería a través del método de la “lección aprendida”, al destacar la manera en que se produjo el error y la manera en que se podría haber evitado. Tal como se expone con mayor detalle a continuación, los profesionales de enfermería no se sienten cómodos al compartir con sus colegas la información relativa a los errores que puedan haber cometido en los casos en que el clima existente en el entorno de trabajo sea de acusación a la persona que comete el error.

Pregunta 3: Creo que los profesionales de enfermería asistenciales que ejercen en mi centro de trabajo contribuyen a la cultura de la seguridad de los pacientes.



Discusión: El 83% de los encuestados señaló estar de acuerdo o completamente de acuerdo en que los profesionales de enfermería asistenciales contribuyen a la cultura de la seguridad en el hospital en el que ejercen. Dado que los profesionales de enfermería están implicados a todos los niveles de cuidados de los pacientes, deben participar en las iniciativas dirigidas hacia el incremento de la seguridad de los mismos. La mayor parte de las/los enfermeras/os

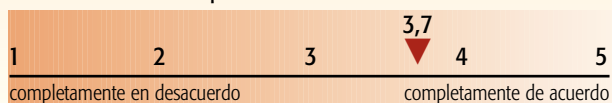
Perfil de los participantes

¿Quiénes respondieron a nuestra encuesta? He aquí un breve perfil.

- **Edad:** la mayor parte de los encuestados tenía entre 41 y 65 años de edad. El porcentaje mayor (39%) tenía entre 41 y 50 años. El segundo grupo de mayor tamaño (36%) tenía entre 51 y 65 años (n = 4.776).
- **Años de experiencia:** la mayor parte de los encuestados (56%) tenía más de 21 años de experiencia en enfermería. El segundo grupo (25%) se situaba entre 11 y 20 años de experiencia (n = 4.775).
- **Nivel educativo:** la proporción mayor de encuestados (40%) tenía una titulación de diplomado. Otro 22%, titulación de licenciatura o máster, y el 19%, un doctorado (n = 4.762).
- **Puesto de trabajo:** las áreas clínicas mayoritarias en las que ejercían los encuestados fueron las unidades medicoquirúrgicas (24%), la UCI (16%), el SU (7%) y los centros sociosanitarios/geriátricos (6%) (n = 4.414).
- **Institución sanitaria:** en su mayor parte, los encuestados ejercían en un hospital (82%). Los 2 grupos siguientes (cada uno con el 5% de los encuestados) estaban constituidos por profesionales de enfermería que trabajaban en la asistencia ambulatoria o en centros de cuidados a largo plazo (n = 4.743).
- **Certificación de especialidad:** casi la mitad (45%) de los encuestados poseía algún título de certificación en una especialidad (n = 4.736).
- **Distribución geográfica:** la mayor parte de los encuestados vivía en Estados Unidos, pero 225 (5%) residían en Canadá (n = 4.743).

que contestaron a nuestra encuesta estuvo de acuerdo en que esto es lo que ya está ocurriendo en este momento.

Pregunta 4: Creo que los errores se deberían poner en conocimiento de los pacientes.



Discusión: En varios estudios de investigación se ha demostrado que la comunicación de los errores a los pacientes fomenta la integridad profesional y disminuye las demandas judiciales contra la profesión de enfermería y contra las instituciones sanitarias. El 57% de los encuestados señaló estar de acuerdo o completamente de acuerdo con la actitud de informar a los pacientes de los errores cometidos, y solamente el 12% señaló estar en desacuerdo o completamente en desacuerdo con esta medida. Sin embargo, sólo el 48% de los encuestados indicó la existencia en su centro de un protocolo de revelación de los errores cometidos (hay más información acerca de esta cuestión en la pregunta 32). Los profesionales de enfermería que ofrecieron puntuaciones significativamente superiores a la media en esta pregunta fueron los poseedores de titulaciones de licenciatura o máster, los mayores de 40 años de edad y los que contaban con más de 21 años de experiencia profesional. Los profesionales de enfermería poseedores de certificados de especialidad ofrecieron en este ítem puntuaciones significativamente mayores que los que carecían de

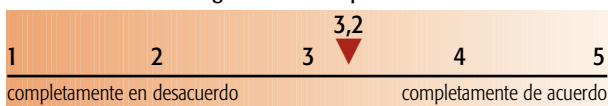
Objetivo general: Proporcionar a los profesionales de enfermería información y un resumen de los resultados de una encuesta sobre seguridad de los pacientes.

Objetivos de aprendizaje: Tras la lectura de este artículo usted será capaz de:

1. Definir los objetivos de la encuesta sobre la seguridad de los pacientes.
2. Identificar los problemas de seguridad de los pacientes y las soluciones que pueden mejorar los cuidados.
3. Determinar el grado de cumplimiento de los estándares de seguridad por parte de los profesionales de enfermería, en función de su edad, del área clínica en la que ejercen, de la localización geográfica de su centro, de sus años de experiencia y de otras variables.

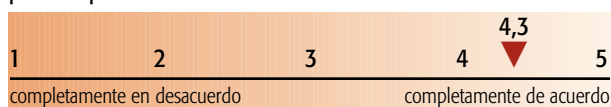
especialización. Entre los profesionales de enfermería que ofrecieron puntuaciones significativamente inferiores a la media estuvieron los técnicos y los poseedores de un doctorado.

Pregunta 5: Durante mis estudios en la escuela de enfermería recibí una formación adecuada acerca de las distintas cuestiones relacionadas con la seguridad de los pacientes.



Discusión: En conjunto, sólo el 42% de los encuestados consideró que durante la realización de la carrera en la escuela de enfermería había recibido una formación adecuada respecto a la seguridad de los pacientes. Los encuestados mayores de 41 años de edad y los que contaban con más de 16 años de experiencia ofrecieron puntuaciones inferiores a la media correspondiente a todos los encuestados. Por el contrario, los profesionales de enfermería más jóvenes y con menos experiencia ofrecieron puntuaciones bastante superiores a la media. Entre los encuestados de todos los niveles educativos, los estudiantes de enfermería fueron los que otorgaron con mayor frecuencia puntuaciones superiores a la media. Estos resultados indican que, en comparación con épocas pasadas, las escuelas de enfermería ofrecen hoy una formación mayor sobre la seguridad de los pacientes.

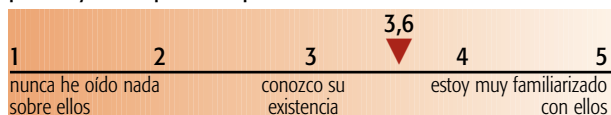
Pregunta 6: Estoy bien informado sobre las cuestiones relativas a la seguridad de los pacientes que influyen en mi práctica profesional.



Discusión: El 85% de los encuestados consideró que estaba bien informado sobre las cuestiones de seguridad de los pacientes que influyen en su práctica profesional. Más de la mitad de ellos también señaló participar en sesiones interdisciplinarias relativas a los pacientes (véase la pregunta 26), y el 85% indicó que en su hospital existía un comité de seguridad de los pacientes (véase la pregunta 21). En el grupo de profesionales de enfermería que señalaron que en su hospital existía un comité de seguridad de los pacientes fue significativamente mayor el número de ellos que se consideró bien informado respecto a los problemas de seguridad de los pacientes.

Estos resultados indican que se están efectuando progresos en la formación de los profesionales de enfermería respecto a las cuestiones de seguridad. No obstante, idealmente deberían existir comités de seguridad de los pacientes en todas las instituciones sanitarias, con participación habitual en ellos de los profesionales de enfermería.

Pregunta 7: Estoy familiarizado con los equipos de respuesta precoz y de respuesta rápida.



Discusión: El 85% de los encuestados señaló que conocía o estaba muy familiarizado con los equipos de respuesta precoz y rápida. A diferencia de los equipos de reanimación tradicionales, los equipos de respuesta rápida intervienen

cuando se empieza a deteriorar la situación de un paciente, antes de que presente un paro respiratorio o cardíaco. En diversos estudios de investigación se ha demostrado que la actuación de estos equipos permite salvar la vida de los pacientes.

El despliegue de los equipos de respuesta rápida es una de las 6 estrategias promovidas por el Institute for Healthcare Improvement (IHI) en su campaña para conseguir salvar o prolongar 100.000 vidas para junio de 2007 y que se publican en *Nursing* 2007.

Pregunta 8: Conozco el informe *Error es de humanos* del Institute of Medicine.

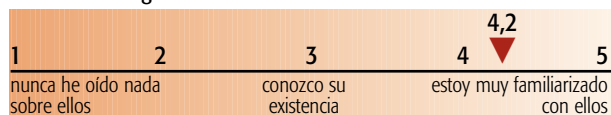


Discusión: El 63% de los encuestados señaló que conocía la existencia de este informe clave o que estaba muy familiarizado con los resultados contenidos en el mismo. Publicado en 1999, el informe *Error es de humanos: hacia un sistema sanitario más seguro* señalaba que en Estados Unidos cada año fallecen hasta 98.000 personas debido a errores médicos. El informe original y las actualizaciones realizadas por el Institute of Medicine (IOM) han sido citados con frecuencia en los medios de comunicación y han llamado la atención de la sociedad respecto a la importancia de una iniciativa sanitaria nacional para promocionar la seguridad de los pacientes.

Los encuestados de 41 a 65 años de edad y los que tenían 21 o más años de experiencia ofrecieron puntuaciones superiores a la media en esta pregunta. Los profesionales de enfermería con grados de especialización, licenciatura y máster ofrecieron puntuaciones significativamente superiores a los que tenían titulaciones técnicas, de diplomado y de doctor. La puntuación ofrecida por los profesionales de enfermería que ejercían en hospitales fue superior a la correspondiente a los que ejercían en otros contextos sanitarios. Los que trabajaban en el área pediátrica proporcionaron puntuaciones significativamente inferiores a las de los que trabajaban en otras áreas clínicas.

Un aspecto interesante es que los estudiantes de enfermería desconocían en gran medida el informe IOM, con una puntuación de tan sólo 2,3 en la escala; no obstante, otros datos indican la importancia que se otorga a la seguridad de los pacientes en las escuelas de enfermería. Una explicación de ello podría ser el hecho de que la formación de los estudiantes de enfermería se centra en los aspectos prácticos de la seguridad de los pacientes, más que en los aspectos de carácter histórico.

Pregunta 9: Estoy familiarizado con los Objetivos Nacionales de Seguridad de los Pacientes (National Patient Safety Goals) planteados por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.



Discusión: A diferencia de la pregunta anterior, el 92% de los encuestados respondió a esta pregunta señalando que conocía la existencia de los objetivos JCAHO o que estaba muy familiarizado con ellos. Esta puntuación mayor indica que las distintas organizaciones e instituciones sanitarias están

formando adecuadamente a su personal respecto a los Objetivos Nacionales de Seguridad de los Pacientes. Los estudiantes y los profesionales de enfermería con menos de un año de experiencia fueron los únicos grupos de encuestados que ofrecieron puntuaciones inferiores a la media total, lo que indica que las escuelas de enfermería deben incorporar en sus programas educativos la información relativa a estos objetivos.

Creada en 1951, la JCAHO es una organización independiente y sin ánimo de lucro dedicada a la mejora de la seguridad y la calidad de la asistencia sanitaria. Los Objetivos Nacionales de Seguridad de los Pacientes planteados por la JCAHO para 2006 abordan distintas áreas problemáticas de la asistencia sanitaria, proporcionan soluciones basadas en la evidencia y en la opinión de los expertos, y persiguen la realización de mejoras en todos los sistemas, siempre que sea posible. La JCAHO ofrece a las organizaciones sanitarias evaluación y acreditación por el cumplimiento continuado de sus objetivos de seguridad. En <http://www.jcaho.org> (enlace "Patient safety") se recoge una lista completa de los objetivos actuales de seguridad para su aplicación en los hospitales y en otros centros sanitarios.

Pregunta 10: La información que aprendo en relación con la seguridad de los pacientes procede de las fuentes siguientes. (Marcar todas las procedentes.)

Sesiones clínicas con los compañeros de trabajo	82%
Artículos publicados en revistas profesionales	80%
Correos electrónicos	75%
Información transmitida boca a boca	65%
Notas de prensa	60%
Información recibida por correo	53%
Conferencias o reuniones	52%
Libros divulgativos	23%
Otras fuentes	8%

Discusión: Las sesiones clínicas con los compañeros de trabajo y los artículos publicados en revistas profesionales fueron los medios de comunicación más citados. Cuando se llevan a cabo de manera regular, las sesiones clínicas con los compañeros de trabajo constituyen un método adecuado para la divulgación y la discusión de la información.

En el grupo del 8% que marcó la respuesta "otras fuentes", muchos de los encuestados señalaron las reuniones de los comités de seguridad y formación continuada como fuente de información de las cuestiones relativas a la seguridad de los pacientes. Uno de los encuestados hizo referencia a los "comentarios efectuados entre los compañeros de trabajo" en cada cambio de turno de trabajo.

Pregunta 11: Me siento cómodo al comunicar la existencia de posibles riesgos para la seguridad de los pacientes.

1	2	3	4	5
no me siento nada cómodo				me siento muy cómodo

Discusión: El 89% de los encuestados señaló que se sentía cómodo o muy cómodo al comunicar posibles riesgos de la seguridad de los pacientes. Un número significativamente mayor de encuestados que se sentía cómodo en la comunicación de posibles riesgos para los pacientes también dijo que:

- La actitud del centro sanitario en el que ejerzo respecto a la notificación de errores es objetiva/comprendiva/constructiva (v. pregunta 14).
- En el centro en el que ejerzo se estimula una cultura de la seguridad de los pacientes (v. pregunta 39).

Estos resultados reflejan un cambio cultural en la contemplación de los errores en relación con la seguridad de los pacientes. El abordaje de carácter punitivo en el que se acusa al individuo de los errores desanima a los profesionales de enfermería respecto a la notificación de los errores posibles o reales. El abordaje constructivo y comprensivo estimula un ambiente de aprendizaje y fomenta la notificación, un aspecto esencial para la identificación y la resolución de los problemas que conducen a los errores.

Los profesionales de enfermería de mayor edad, con más años de experiencia y con las titulaciones de licenciatura y máster señalaron que se sienten más cómodos en la notificación de los posibles riesgos para la seguridad de los pacientes. Por otra parte, los que ejercen en las áreas de rehabilitación y de asistencia domiciliaria también indicaron que se sienten más cómodos en la notificación de los errores, en comparación con los que ejercen en otras áreas asistenciales.

Pregunta 12: Estoy familiarizado con el protocolo de mi centro sanitario referente a la notificación de los efectos adversos.

1	2	3	4	5
no estoy nada familiarizado con él				estoy muy familiarizado con él

Discusión: El 91% de los encuestados señaló que está familiarizado o muy familiarizado con el protocolo de su centro sanitario relativo a la notificación de los efectos adversos o errores. Sobre esta cuestión, la edad de los encuestados y la experiencia profesional fueron los factores determinantes más importantes: los profesionales de enfermería con un experiencia profesional de 5 años o menos, así como los que tenían una edad menor de 30 años, ofrecieron puntuaciones inferiores a la media.

Pregunta 13: Los profesionales de enfermería de mi centro reciben una formación adecuada respecto a la notificación de los incidentes adversos.

1	2	3	4	5
completamente en desacuerdo				completamente de acuerdo

Discusión: La mayor parte de los encuestados consideró que había recibido una formación suficiente respecto a la notificación de los incidentes adversos. Los profesionales de enfermería que ejercen en centros en los que existe un comité de seguridad de los pacientes presentaron una probabilidad significativamente mayor de sentirse bien informados acerca de las cuestiones de seguridad. Sin embargo, los que ejercen en servicios de urgencia (SU), en centros de cuidados a largo plazo, en consultas y en centros penitenciarios señalaron sentirse menos informados respecto a estas cuestiones, en comparación con los que ejercen en otras áreas asistenciales.

Entre los encuestados que consideraron que recibían una formación suficiente acerca de la seguridad ofrecida por la dirección del centro en el que ejercen, el 69% señaló que los errores notificados se revisan por motivos formativos (v. pregunta 31).

Pregunta 14: Cuando se notifica un error en mi centro, la respuesta es:

Objetiva/comprendiva/constructiva	74%
Punitiva/de acusación	13%
Otras	13%

Discusión: En los estudios de investigación y en la bibliografía actual se recomienda que las instituciones sanitarias desarrollen una cultura no punitiva, objetiva, comprendiva y constructiva frente a la notificación de los errores. Este tipo de abordaje permite identificar y solucionar los fallos que puedan existir en los distintos procesos y sistemas. El abordaje de carácter punitivo desanima la notificación, lo que hace que los fallos del sistema permanezcan ocultos y faciliten así la perpetuación de los errores.

A pesar de que casi las tres cuartas partes de los encuestados señaló que el clima existente en su centro era de carácter no punitivo, una minoría importante (26%) marcó las respuestas “Punitiva/de acusación” y “Otras”. Muchos de los profesionales de enfermería que marcaron la respuesta “Otras” consideraron irregular o incongruente la actitud de la dirección de su centro respecto a la notificación de los errores. A continuación, algunas de estas últimas respuestas:

- “La dirección del centro mantiene una actitud de apoyo y de enseñanza, pero los miembros de las plantillas adoptan una postura de carácter punitivo.”
- “Depende de la situación. Los errores de medicación se consideran bajo un aspecto de carácter punitivo y de acusación; los fallos en el sistema son objetivos.”
- “Todo depende de la dirección del centro. Personalmente, tengo la suerte de que la dirección de mi centro suele considerar los errores como una oportunidad para aprender.”
- “La política que se sigue en nuestro centro es objetiva y comprendiva de puertas afuera... Sin embargo, en realidad es más de carácter acusador de puertas adentro.”

Según las respuestas ofrecidas en la encuesta, las áreas en las que se suele adoptar una actitud de carácter más punitivo son el SU y los centros sociosanitarios/geriátricos. Un aspecto significativo es que los profesionales de enfermería que ejercen en estas áreas tienen más posibilidades de considerar el fallo humano (más que el fallo del sistema) como causa de la mayor parte de los errores. El aspecto clave de los ambientes de carácter punitivo es la acusación de los individuos por los errores.

En lo relativo a los contextos laborales, los centros de enfermos crónicos parecen presentar una actitud más punitiva que los hospitales, los centros de asistencia domiciliaria y la asistencia ambulatoria.

Pregunta 15: En mi centro, los informes relativos a los incidentes son recibidos por (marcar todo lo que proceda):

La supervisión de enfermería	87%
El servicio de gestión de riesgos	74%
La dirección/administración de enfermería	52%
La comisión de seguridad	40%
Otros	9%

Discusión: Muchos de los encuestados que marcaron la respuesta “Otros” identificaron al servicio de control de calidad. En algunos casos señalaron a los farmacólogos hospitalarios o los médicos, y en unos pocos casos a la dirección o a otros miembros de la cúpula directiva del centro.

Algunos profesionales de enfermería mencionaron los incidentes con los sistemas de notificación informatizados. Uno de ellos dijo: “Acabamos de implementar un proceso informatizado en línea que puede mantener la confidencialidad y que dirige las notificaciones directamente al servicio de gestión de riesgos. Espero que este sistema elimine las situaciones de encubrimiento”.

La notificación de los incidentes al personal apropiado es esencial para conocer y corregir las causas básicas de los fallos. El servicio de gestión de riesgos debe revisar todas las notificaciones y supervisar la recogida y el análisis de los datos, con objeto de identificar las tendencias.

Pregunta 16: En mi caso concreto, suelo realizar las notificaciones:

De viva voz (cara a cara)	66%
Por escrito	20%
Mediante grabación	14%

Discusión: La notificación directa (de viva voz o cara a cara) es un apoyo a la continuidad de los cuidados y fomenta la comunicación adecuada entre los distintos miembros de los equipos asistenciales. Las notificaciones por escrito o mediante grabación no facilitan un intercambio adecuado de la información entre los profesionales de enfermería ni tampoco estimulan la respuesta a las preguntas planteadas, de manera que el profesional de enfermería puede ser reacio a establecer contacto con un compañero para aclarar una cuestión si éste ya ha finalizado su jornada laboral.

La notificación de viva voz es más frecuente en las áreas clínicas siguientes: el SU, los quirófanos/salas perioperatorias, la unidad de cuidados intensivos (UCI) y pediatría. Las áreas en las que se usa con menos frecuencia la notificación de viva voz son las unidades medicoquirúrgicas, los centros sociosanitarios/geriátricos y los servicios de rehabilitación.

Nuestros datos indican que los profesionales de enfermería canadienses tienen una tendencia menor a realizar notificaciones de viva voz (notificación cara a cara, 48%; notificación por escrito, 31%; notificación mediante grabación, 21%).

Pregunta 17: Llevo a cabo la ronda a las habitaciones acompañado por otro profesional de enfermería durante o después del informe de cambio de turno.

1	2	2,4	3	4	5
nunca		▼			siempre
		ocasionalmente			

Discusión: La realización de la ronda a las habitaciones de los pacientes acompañado por otro profesional de enfermería durante o después del proceso de cambio de turno constituye un sistema de control doble, un apoyo a la continuidad de los cuidados y una medida que incrementa la seguridad de los pacientes. Así, es decepcionante el hecho de que sólo el 24% de los encuestados señalara que realiza la visita a las habitaciones de los pacientes acompañado por otro profesional de enfermería durante el proceso de cambio de turno o tras el mismo. Otro 23% señaló que lo hace ocasionalmente. Entre los profesionales de enfermería que ejercen en las unidades medicoquirúrgicas, el 49% señaló que *nunca* efectúa visitas a las habitaciones de los pacientes. Las áreas clínicas con puntuaciones mayores en esta pregunta fueron la UCI, los quirófanos/salas perioperatorias y el SU. En

estas áreas clínicas, más del 50% de los encuestados señaló efectuar al menos ocasionalmente visitas a las habitaciones de los pacientes acompañado por otro profesional de enfermería.

Pregunta 18: Identifico a cada paciente con al menos 2 identificadores (pulsera de identificación y número de la historia clínica) antes de realizar cualquier intervención, incluyendo la administración de medicación.

1	2	3	4	4,3	5
nunca		generalmente			siempre

Discusión: Sólo el 56% de los encuestados señaló que utiliza siempre 2 identificadores en cada paciente, tal como recomienda la JCAHO. En un comentario realizado por escrito, un supervisor de enfermería señaló: “Me siento frustrado por el hecho de que los enfermeros asistenciales no siempre están predispuestos a modificar sus comportamientos en función de los resultados que aparecen en la bibliografía respecto a la seguridad de los pacientes... Conseguir que los enfermeros apliquen 2 identificadores en cada paciente es muy difícil; creen que ya conocen suficientemente bien al paciente tras la valoración inicial”.

Los profesionales de enfermería de las unidades medicoquirúrgicas fueron los que presentaron las puntuaciones mayores en esta pregunta; los que ejercen en los centros sociosanitarios/geriátricos y de cuidados a largo plazo fueron los que ofrecieron las puntuaciones más bajas. Los profesionales de enfermería con mayores posibilidades de utilizar 2 sistemas de identificación fueron los de mayor edad, los que tienen más años de experiencia y los que poseen titulaciones de licenciatura y máster o una certificación de especialidad.

Dado que los profesionales de enfermería que ejercen en centros de cuidados a largo plazo y sociosanitarios/geriátricos son los que tienden a mantener un contacto más prolongado con los pacientes y, por tanto, los que están más familiarizados con los mismos, pueden considerar innecesario el uso de 2 identificadores, lo que representa una asunción arriesgada. Estos profesionales de enfermería también se enfrentan a dificultades específicas en relación con la edad avanzada de sus pacientes; por ejemplo, la incapacidad de un paciente para identificarse a sí mismo o para decir su nombre. Para solucionar sus problemas, en muchos de estos centros se utilizan sistemas especiales de identificación de los pacientes, tal como un libro en el que se recogen el nombre del paciente y diversas fotografías del mismo, de manera que los profesionales de enfermería puedan utilizarlo para comprobar esta identificación con la pulsera de seguridad que lleva el paciente.

Pregunta 19: Antes de administrar medicamentos de carácter crítico (como heparina y fármacos vasoactivos) siempre llevo a cabo un doble control con otro profesional de enfermería.

1	2	3	4	4,2	5
nunca		generalmente			siempre

Discusión: Dado que los errores relacionados con los medicamentos de alto riesgo administrados por vía intravenosa (i.v.) pueden ser especialmente graves, la comprobación doble de las dosis antes de su administración se está convirtiendo en un estándar de cuidados. Algo más de las tres cuartas partes (77%) de los encuestados señaló que

lleva a cabo este tipo de doble control. Los profesionales de enfermería que ejercen en las áreas de quirófanos y pediatría ofrecieron puntuaciones muy superiores a la media; los que ejercen en los centros sociosanitarios/geriátricos y de cuidados a largo plazo ofrecieron puntuaciones bajas; sin embargo, las puntuaciones bajas en estas áreas pueden reflejar el hecho de que en estos contextos no es frecuente el uso de medicamentos de carácter crítico.

Un resultado perturbador fue el hecho de que los profesionales de enfermería que ejercen en la UCI (y que, por tanto, administran sistemáticamente fármacos de alto riesgo por vía i.v.) mostraron una puntuación inferior a la media en esta pregunta (3,9). Estos profesionales de enfermería pueden necesitar una formación mayor a este respecto, con refuerzo de la importancia de los controles dobles cuando se utilizan medicamentos de riesgo alto.

Pregunta 20: En mi centro se utiliza la tecnología siguiente. (Marcar todo lo que proceda.)

Sistema automático de dispensación de medicamentos	65%
Bombas intravenosas (i.v.) “inteligentes”	53%
Historia clínica electrónica	43%
Documentación informatizada a la cabecera del paciente	29%
Código de barras	29%
Sistema de prescripción medicamentosa computarizado con medidas de seguridad	27%
Otras	7%

Discusión: La investigación más reciente ha demostrado que, cuando se utiliza de manera apropiada, la tecnología de este tipo puede reducir los errores e incidentes debido a que se aplican más controles y sistemas de seguridad. El uso de códigos de barras en los medicamentos y de sistemas de prescripción de medicación informatizados son 2 tecnologías de este tipo especialmente prometedoras, pero –según los resultados de nuestra encuesta– todavía no se utilizan de manera general. No obstante, muchos encuestados señalaron que en su centro se están definiendo planes para introducir o implementar las nuevas tecnologías.

Los profesionales de enfermería tienen que participar en los comités que investigan las nuevas tecnologías y defender su uso para la creación de entornos asistenciales más seguros.

Pregunta 21: En mi centro existe un comité de seguridad de los pacientes.

sí 87% no 13%

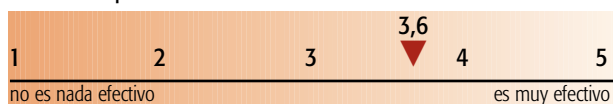
Discusión: Los profesionales de enfermería que ejercen en centros sociosanitarios/geriátricos y de cuidados a largo plazo fueron los que señalaron con mayor frecuencia la inexistencia de un comité de seguridad de los pacientes en su centro (75 y 71%, respectivamente).

Pregunta 22: En mi centro existe un programa de prevención de caídas.

sí 91% no 9%

Discusión: Los estudios de investigación y las publicaciones de la bibliografía señalan que los programas de prevención de las caídas pueden ser útiles para prevenir las lesiones secundarias a las caídas.

Pregunta 23: Considero que el programa de prevención de las caídas que existe en mi centro es efectivo.

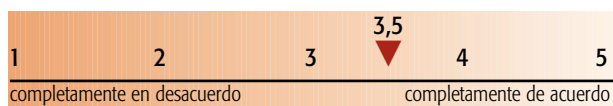


Discusión: Tal como se ha podido comprobar en la pregunta anterior, la mayor parte de los encuestados señaló la existencia de un programa de prevención de las caídas en su centro. Sin embargo, sólo el 55% contestó que consideraba efectivo el programa aplicado en su centro, mientras que el 37% marcó la puntuación neutra de 3 en la escala. Estos resultados indican que muchos profesionales de enfermería no creen que el programa que les atañe sea efectivo, o bien no saben si lo es. (Algunos encuestados pudieron haber marcado la puntuación neutra de 3 debido a que el programa de prevención de las caídas no es aplicable en su contexto laboral.)

Para la protección de los pacientes, un programa de prevención de las caídas debería incluir una valoración inicial del riesgo de caídas, las intervenciones apropiadas para reducir este riesgo (como el uso de camas de seguridad o de timbres de alarma en las camas), los procesos de aseo frecuentes si están indicados y la reevaluación de todos los pacientes a intervalos regulares. Son efectivos a este respecto la educación continuada del personal de plantilla y el apoyo del mismo por parte de la dirección para la implementación del programa de seguridad frente a las caídas. Uno de los encuestados señaló: “Realmente, podríamos utilizar más información para una prevención efectiva de las caídas, incluyendo las alternativas a los sistemas de restricciones físicas”.

El efecto beneficioso del programa de prevención de las caídas puede ser sustancial en lo relativo a la reducción de las lesiones en los pacientes. Uno de los profesionales de enfermería comentó: “El objetivo que persiguen los programas es la identificación desde el primer día de los pacientes con riesgo y después la aplicación de todos los métodos posibles para reducir o prevenir las caídas. Aun así, todavía se producen caídas, pero hemos conseguido reducir el número de lesiones que padecen los pacientes mediante la implementación de medidas como alarmas de asiento sensibles a la presión, colchones con sistemas de retención, camas bajas y muy bajas, y alfombras al lado de las camas”. Otro profesional de enfermería señaló: “Casi todos los pacientes atendidos en mi unidad presentan riesgo de caídas y otros problemas de seguridad, tal como el arrancamiento de las sondas. En mi unidad hay acompañantes con los pacientes de mayor riesgo. Aun así, también se producen caídas, pero los pacientes no suelen padecer lesiones a consecuencia de ellas debido a las medidas adoptadas para evitarlas”.

Pregunta 24: Los miembros de los equipos multidisciplinares que actúan en mi centro se comunican bien entre ellos.



Discusión: Sólo el 54% de los encuestados señaló que en su área de ejercicio clínico los miembros de los equipos multidisciplinares se comunican bien entre sí. Otro 32% marcó la respuesta neutra (el número 3 de la escala). Sin

embargo, las puntuaciones relativas a esta pregunta fueron significativamente mayores entre los profesionales de enfermería que ejercían en centros asistenciales en los que los equipos multidisciplinares realizan visitas a las habitaciones de los pacientes, lo que indica que estas visitas mejoran la comunicación entre los miembros de dichos equipos.

Pregunta 25: En mi centro, los profesionales de enfermería realizan las mezclas de los fármacos de alto riesgo, tal como los medicamentos vasoactivos administrados por vía i.v.

sí 21% no 79%

Discusión: En conjunto, el 21% de los encuestados señaló que mezclaba los fármacos de riesgo alto, lo que se considera una actividad asistencial peligrosa. Sin embargo, estos porcentajes fueron mucho mayores entre los profesionales de enfermería que ejercen en el SU (48%) y en la UCI (39%).

Para reducir los errores de medicación, muchas instituciones sanitarias mantienen protocolos en los que se prohíbe que los profesionales de enfermería realicen las mezclas de cualquier tipo de medicamento, excepto en las situaciones de urgencia (durante una situación de paro cardíaco). Estos protocolos se ajustan al objetivo nacional de seguridad de los pacientes propuesto por la JCAHO para mejorar el uso seguro de los medicamentos. Los profesionales de enfermería y los farmacólogos hospitalarios deben revisar periódicamente los medicamentos de alto riesgo que se mezclan en las urgencias, aplicando medidas para minimizar este tipo de práctica asistencial; por ejemplo, mediante la sustitución por una solución premezclada de los fármacos que mezclan habitualmente los profesionales de enfermería. La existencia de farmacólogos y de servicios de farmacia hospitalaria abiertos durante las 24 h reduce o elimina la necesidad de que los profesionales de enfermería preparen los medicamentos de alto riesgo.

Pregunta 26: En nuestro centro se realizan regularmente pases de visitas interdisciplinares a los pacientes.

sí 54% no 46%

Discusión: La participación en pases de visitas interdisciplinares regulares se correlaciona con la existencia de una buena comunicación entre los miembros de los equipos multidisciplinares. En estudios de investigación se ha demostrado que los pases de visitas interdisciplinares mejoran la comunicación, fomentan la continuidad de cuidados y capacitan a los profesionales de enfermería.

Pregunta 27: En mi centro se recomienda a los profesionales de enfermería que notifiquen los riesgos reales de seguridad de los pacientes.

sí 94% no 6%

Discusión: La JCAHO y el Departamento de Salud obligan a la notificación y el control de los peligros para la seguridad de los pacientes. En las instituciones sanitarias en las que se fomenta la notificación de los riesgos se mejora la seguridad a través de la identificación de las áreas de elevada incidencia de incidentes o de riesgo elevado.

Pregunta 28: En mi centro se recomienda a los profesionales de enfermería que notifiquen los riesgos potenciales contra la seguridad de los pacientes.

sí 90% no 10%

Discusión: El error evitado (un error detectado antes de que sus consecuencias alcancen a los pacientes) es un buen ejemplo de peligro potencial para la seguridad de los pacientes. La notificación de los peligros para la seguridad de los pacientes, tanto potenciales como reales, ofrece una imagen más completa de los fallos del sistema que contribuyen a los incidentes adversos. La mayor parte de los encuestados que señalaron que en su centro se estimula una cultura de la seguridad de los pacientes (v. pregunta 39) también indicó que su centro fomenta la notificación de los riesgos potenciales que atentan contra la seguridad.

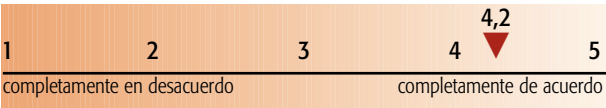
La tecnología también se puede utilizar para estimular la notificación de los errores potenciales. Uno de los encuestados señaló: “Se implementó un sistema informatizado de notificación de los errores cometidos con los medicamentos cuyo icono aparece en todas las pantallas de ordenador existentes en el centro. Pasamos de la notificación de aproximadamente 10 errores evitados al trimestre a la notificación de más de 100 errores simplemente al simplificar y facilitar al personal de plantilla el sistema de dicha notificación”.

Pregunta 29: En mi centro se utiliza la notificación de los errores para incrementar la seguridad de los pacientes.

sí 90% no 10%

Discusión: El 90% de los encuestados que señaló que en su centro se utiliza la notificación de los errores para incrementar la seguridad de los pacientes también dijo que el abordaje de la dirección del centro frente a la notificación de los errores es de carácter objetivo/compreensivo/constructivo (v. pregunta 14). La eliminación de una actitud de carácter punitivo o de acusación ayuda a crear un ambiente de aprendizaje. Los procesos como el Root Cause Analysis (realizado tras un incidente adverso para determinar su causa) y el Failure Modes and Effects Analysis (realizado para identificar y eliminar los errores antes de que aparezcan) pueden explicar las razones y los mecanismos de un error, con sugerencias de estrategias para la prevención de errores futuros.

Pregunta 30: En mi centro se atienden los problemas relativos a la seguridad de los pacientes.

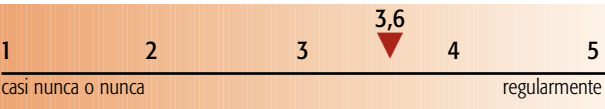


Discusión: El 80% de los encuestados señaló estar de acuerdo o completamente de acuerdo con la existencia en su centro de una preocupación por la seguridad de los pacientes. Los profesionales de enfermería que ejercen en el SU fueron los que estuvieron menos de acuerdo con la frase de la pregunta, en comparación con los que ejercen en otras áreas clínicas.

Los estándares establecidos por la JCAHO y el Departamento de Salud obligan a que todas las instituciones sanitarias posean mecanismos formales para abordar los

problemas relativos a la seguridad de los pacientes, a pesar de que el 20% de los encuestados no consideraba que el centro en el que ejercía abordara adecuadamente este tipo de problemas.

Pregunta 31: En mi centro se revisan los errores con un objetivo educativo (los casos se revisan de manera anónima, sólo se exponen los hechos).



Discusión: El 59% de los encuestados señaló que en su centro se revisan los errores por motivos educativos. Los resultados no presentaron variaciones en función del área clínica, del tipo de centro o de la región geográfica. Es posible que muchos profesionales de enfermería no conozcan el tipo de proceso de revisión que tiene lugar en el centro en el que ejercen.

Pregunta 32: En mi centro hay un protocolo para desvelar los errores a los pacientes.

sí 48% no 52%

Discusión: Los profesionales de enfermería que trabajan en hospitales y en áreas clínicas de pediatría o rehabilitación fueron los que señalaron con mayor frecuencia la existencia de un protocolo de divulgación de los errores a los pacientes. Organizaciones como la JCAHO y la Agency for Healthcare Research and Quality recomiendan que las instituciones sanitarias mantengan protocolos relativos a la divulgación de los errores a los pacientes y a los familiares, y en algunos Estados se han aprobado medidas legislativas en relación con dicha divulgación.

No obstante, se mantiene la controversia acerca del momento y las razones para desvelar los errores, a pesar de que en varios estudios de investigación se ha señalado que los pacientes que han padecido las consecuencias de un error tienen más posibilidades de plantear una demanda judicial si consideran que han sido engañados o tratados de manera deshonesta. En todas las instituciones sanitarias deben existir protocolos y procedimientos que ayuden a los profesionales de enfermería y al resto del personal sanitario a llevar a cabo la divulgación de los errores cometidos, de manera adecuada y con integridad.

Pregunta 33: La dotación de la plantilla de profesionales de enfermería existentes en mi centro fomenta la seguridad de los pacientes.

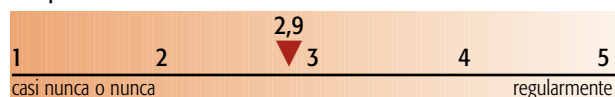


Discusión: A pesar de que el 53% de los encuestados estuvo de acuerdo con la frase de la pregunta, el 26% marcó la puntuación neutra, el 12% señaló estar en desacuerdo y el 9% dijo estar completamente en desacuerdo. Las áreas de práctica clínica y los tipos de institución sanitaria con puntuaciones medias significativamente bajas fueron el SU, los centros sociosanitarios/geriátricos y los centros de asistencia a largo plazo. Desde un punto de vista geográfico, la región atlántica media de Estados Unidos y Canadá presentó puntuaciones inferiores a la media en esta pregunta.

La dotación de la plantilla de profesionales de enfermería es una cuestión recurrente, y muchos de los encuestados tenían mucho que decir acerca de ello.

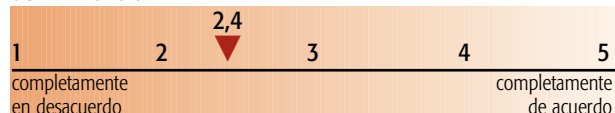
- “Las unidades asistenciales poseen una dotación de profesionales de enfermería tan baja que éstos no tienen tiempo para aprender el funcionamiento ni para conocer los mecanismos de seguridad.”
- “Parece que todos los pasos positivos dados por mi centro para garantizar la seguridad de los pacientes (como los dispensadores automáticos de medicamentos, las bombas ‘inteligentes’, los programas para la prevención de las caídas y los códigos de barras) quedan compensados negativamente por la reducción progresiva de la plantilla, con disminución de la ratio entre profesionales de enfermería y pacientes.”
- “Dicho de manera clara y sencilla, si la dotación de la plantilla fuera apropiada no solamente en lo relativo al número de profesionales sino también en lo que se refiere a su experiencia, la seguridad de los pacientes sería mucho mayor.”
- “Podemos oír hablar del problema de la ‘dotación escasa de la plantilla’, pero, con toda honestidad, son realmente los sistemas de apoyo de los profesionales de enfermería los que se están reduciendo, es decir, el personal auxiliar, el personal administrativo, los celadores y otros profesionales considerados ‘no esenciales’ en los recortes del presupuesto. El profesional de enfermería tiene una carga de trabajo cada vez mayor, y cada vez hay menos personas que le ayuden a sobrellevarla.”

Pregunta 34: En mi centro trabajan enfermeros con contrato temporal.



Discusión: El 41% de los encuestados señaló que en su centro asistencial se llevan a cabo contrataciones temporales de profesionales de enfermería de manera habitual o casi habitual; el 15% marcó la respuesta neutra y el 44% señaló que en su centro este tipo de contratación es inexistente o muy infrecuente. Son necesarios nuevos estudios de investigación para determinar el impacto de la contratación temporal sobre la seguridad de los pacientes.

Pregunta 35: El personal sanitario de mi centro trabaja más de 12 h al día.



Discusión: Sólo el 22% de los encuestados estuvo de acuerdo con esta declaración, mientras que el 21% marcó la opción neutra y el 58% estuvo en desacuerdo o completamente en desacuerdo. Los profesionales de enfermería canadienses fueron los que presentaron una puntuación media más baja (2,3) en el conjunto de todas las regiones geográficas. En Estados Unidos, las regiones con las puntuaciones más bajas fueron las de los Estados del Pacífico, la zona central noroccidental y la zona central nororiental; las puntuaciones medias mayores se obtuvieron en los Estados del Atlántico medio y de la zona central sudoriental.

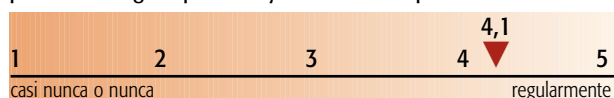
Las jornadas laborales excesivamente prolongadas, especialmente las que requieren más de 12 h diarias, incrementan los riesgos de los pacientes y de los profesionales de enfermería. “Me preocupa mucho la seguridad de los pacientes en relación con mis turnos de trabajo de 12 h –señaló

uno de los encuestados–. La mayor parte de los profesionales de enfermería con los que trabajo dice que en cada turno de 12 h se pierden al menos 4 h; al final de estos turnos están terriblemente fatigados y les cuesta llevar a cabo sus tareas y recordar lo que tienen que hacer.”

Los resultados obtenidos en estudios de investigación apoyan esta observación de los profesionales de enfermería. Según Rogers et al (v. *Bibliografía seleccionada*), el riesgo de errores aumenta significativamente cuando los profesionales de enfermería trabajan más de 12 h seguidas, cuando realizan horas extra y cuando trabajan más de 40 h semanales. En el estudio de Rogers se señala que el 75% de los turnos de trabajo programados para tener una duración de 12 h *supera* realmente las 12 h.

Los datos de nuestra encuesta indican que el 22% de las instituciones sanitarias todavía espera que los profesionales de enfermería trabajen sistemáticamente más de 12 h diarias. Rogers recomienda la eliminación completa de los turnos de 12 h y de las horas extra que superen en total las 12 h de trabajo diarias.

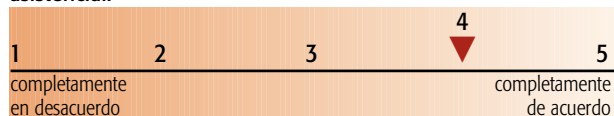
Pregunta 36: Cuando tiene lugar una situación de crisis o es necesario realizar rápidamente una gran cantidad de trabajo, puedo conseguir que me ayuden mis compañeros.



Discusión: El 75% de los encuestados señaló que puede conseguir la ayuda de sus compañeros en las situaciones en las que es realmente necesario. Los equipos de trabajo fomentan la cultura de la seguridad de los pacientes y de los propios profesionales de enfermería, e incrementan el grado de satisfacción laboral de estos últimos.

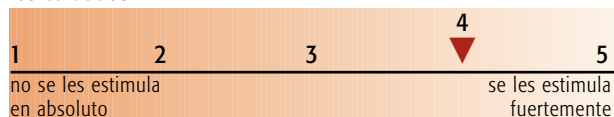
Los encuestados que ejercen en centros sociosanitarios/geriátricos y de cuidados a largo plazo presentaron una puntuación significativamente inferior a la media en esta pregunta. Esto no quiere decir necesariamente que consideren que sus compañeros de trabajo sean menos colaboradores, sino que más bien puede significar que hay menos personal para ayudar.

Pregunta 37: Los errores han dado lugar a modificaciones que han mejorado la seguridad de los pacientes en mi área asistencial.



Discusión: El 74% de los encuestados señaló que los errores cometidos en su centro habían dado lugar a modificaciones que habían mejorado la seguridad de los pacientes, tal como los pases de visitas multidisciplinares de seguridad.

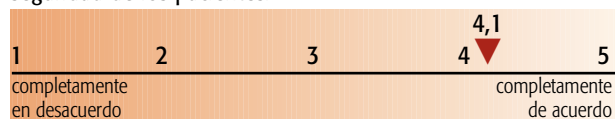
Pregunta 38: A los profesionales de enfermería se les estimula para exponer las cuestiones relacionadas con la seguridad de los pacientes que pueden comprometer los cuidados.



Discusión: El 75% de los encuestados señaló sentirse estimulado para exponer las cuestiones relacionadas con la seguridad de los pacientes que pueden comprometer los

cuidados. La estimulación de los profesionales de enfermería para que expongan las dudas que puedan tener en relación con la seguridad de los pacientes fomenta un clima laboral no punitivo y una cultura de seguridad.

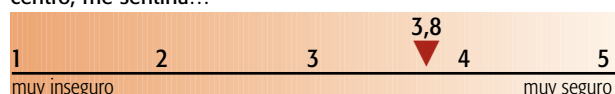
Pregunta 39: En mi centro se fomenta una cultura de seguridad de los pacientes.



Discusión: El 77% de los encuestados señaló que consideraba que en su centro se fomentaba una cultura de la seguridad de los pacientes. Más del 90% de estos encuestados también señaló que se sentía estimulado a exponer las cuestiones relativas a la seguridad de los pacientes que pueden comprometer los cuidados. En conjunto, el 18% de los encuestados ofreció una puntuación neutra a esta pregunta y el 6% estuvo en desacuerdo o completamente en desacuerdo con el hecho de que en su centro de trabajo se fomentara una cultura de seguridad.

El concepto de cultura de seguridad implica que las acciones y las actitudes que incrementan la seguridad de los pacientes se integran en la práctica asistencial cotidiana. La mejora y el mantenimiento de la seguridad son una prioridad máxima para todo el personal sanitario, y los procedimientos y protocolos del centro apoyan de manera constante al personal sanitario para que cumpla este objetivo. Entre los profesionales de enfermería que señalaron que no eran estimulados para comunicar los riesgos de la seguridad de los pacientes (v. pregunta 27), la puntuación media a esta pregunta fue significativamente inferior a la de la media global (2,7). Por el contrario, los profesionales de enfermería que señalaron la existencia de un clima objetivo, de comprensión y no punitivo en su entorno laboral (v. pregunta 14) ofrecieron una puntuación superior a la media (4,3).

Pregunta 40: Si yo fuera un paciente ingresado en mi centro, me sentiría...



Discusión: El 69% de los encuestados señaló que se sentiría seguro si fuera un paciente atendido por el centro en el que ejerce; el 23% ofreció una puntuación neutra y el 9% señaló que no se sentiría seguro. Hubo una correlación significativa entre el grado de seguridad que sentían los encuestados por el hecho de ser atendidos en el centro en el que ejercen y la existencia en su centro de un clima de promoción de la cultura de seguridad. Los profesionales de enfermería que creían fuertemente que su centro de ejercicio profesional estimulaba una cultura de seguridad ofrecieron puntuaciones muy superiores a la media (4,4) en esta pregunta. Un dato todavía más significativo es que los profesionales de enfermería que estuvieron completamente en desacuerdo con la existencia de una cultura de seguridad en su centro de ejercicio profesional ofrecieron puntuaciones de tan sólo 1,7 en esta pregunta.

Creación de una cultura de seguridad

Los resultados de nuestra encuesta indican que, a pesar de que todavía se necesitan numerosos cambios, la cultura asistencial está pasando de un enfoque punitivo o acusador en las situaciones de notificación de errores a un enfoque

objetivo, constructivo y educativo. “Creo que está cambiando toda la cultura relativa a la seguridad de los pacientes —señaló uno de los encuestados—. Ahora nos apoya la dirección del hospital para realizar cambios y mejorar este tipo de cultura. Antes, los profesionales de enfermería sólo hacían lo que podían.”

¿Es realmente posible la creación de una cultura de seguridad en el entorno asistencial febril y fragmentario existente hoy en día? Creemos que sí. Cuando todas las personas que constituyen el sistema se aplican a ello, la cultura de seguridad se puede convertir en una realidad, tal como señaló uno de los profesionales de enfermería consultados mediante una nota manuscrita: “En mi centro de trabajo se está insistiendo constantemente en la importancia de la seguridad. Se nos recuerda que la seguridad es lo primero y que es responsabilidad de todos nosotros. La seguridad aparece expresada y demostrada en todos los niveles asistenciales y en todas las áreas clínicas de nuestro centro en las que el objetivo principal debe ser la seguridad, es decir, se tiene en cuenta en cada momento y en todas las áreas clínicas”. ❶

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

- Institute of Medicine. *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*, Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety. Washington, D.C., The National Academies Press, 2004.
- Institute of Medicine. *To Err Is Human: Building a Better Health System*, Committee on Quality of Health Care in America. Washington, D.C., The National Academies Press, 2000.
- Liebman CB, Hyman CS. A mediation skills model to manage disclosure of errors and adverse events to patients. *Health Affairs*. 23(4):22-41, July/August 2004.
- Manno MS. Preventing adverse drug events. *Nursing2006*. 36(3):56-61, March 2006.
- Manno MS, Hayes DD. Best-practice interventions: How drug reconciliation saves lives. *Nursing2006*. 36(3):63-64, March 2006.
- Potter P, et al. An analysis of nurses' cognitive work: A new perspective for understanding medical errors. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*, volume 1. AHRQ Publication No. 05-0021-1, February 2005.
- Rangaraj R, et al. Making a case for organizational change in patient safety initiatives. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*, volume 2. AHRQ Publication No. 05-0021-2, February 2005.
- Rogers AE, et al. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*. 23(4):202-210, July/August 2004.
- Savitz LA, et al. Quality indicators sensitive to nurse staffing in acute care settings. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*, volume 4. AHRQ Publication No. 05-0021-4, February 2005.
- Scholle CC, Mininni NC. Best-practice interventions: How a rapid response team saves lives. *Nursing2006*. 36(1):36-40, January 2006.

Martin Manno es especialista en enfermería clínica en el University of Pennsylvania Health System/Presbyterian Medical Center de Philadelphia, Pensilvania. Patricia Hogan, Valerie Heberlein y Josephine Nyakiti son profesionales de enfermería en la unidad de cuidados intermedios de cirugía torácica/insuficiencia cardíaca en el University of Pennsylvania Health System/Presbyterian Medical Center. Cheryl L. Mee es editora jefe de *Nursing2007*.

Los autores declaran que no tienen ninguna relación significativa de carácter económico o de otro tipo con ninguna de las empresas comerciales relacionadas con esta actividad educativa.



WEB SELECCIONADAS

Agency for Healthcare Research and Quality <http://www.ahrq.gov>

Institute for Healthcare Improvement <http://www.ihi.org>

Institute for Safe Medication Practices <http://www.ismp.org>

Institute of Medicine <http://www.iom.edu>

Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations <http://www.jcaho.org>