

Análisis de la cultura de seguridad del paciente en unidades extra-hospitalarias de hemodiálisis. Evolución tras la implantación de medidas

Francisco Luis Sánchez Izquierdo, Noelia Olmedo Moreno, Nuria Urbón Peláez, Ana Ángeles Rico González

Clínica de Hemodiálisis Asyter. Albacete. España

Resumen

Introducción: El fomento de la cultura de seguridad del paciente es recomendado para una atención más segura.

Objetivos:

- Conocer la frecuencia de percepciones y actitudes de los profesionales de los centros de hemodiálisis en relación con la seguridad del paciente.
- Identificar puntos fuertes y oportunidades de mejora en el ámbito de la seguridad del paciente.
- Comparar los resultados obtenidos, tras la implantación de medidas, con los del estudio de 2014.

Material y Método: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y comparativo, para medir la cultura de seguridad del paciente en seis centros periféricos de hemodiálisis mediante un cuestionario anónimo autoaplicado (Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes, versión española del Hospital Survey on Patient Safety) en agosto-2014 y marzo-2017. En ese trascurso de tiempo se puso en marcha un sistema de notificación de eventos adversos y se realizó formación en seguridad del paciente.

Resultados: La media de la valoración del grado de seguridad percibido por todos los profesionales, fue de 8.02 (± 1.42). Se ha incrementado notablemente el grado de notificación manifestada por los profesionales (62.5%). Se identificaron como fortalezas: el trabajo en equipo (86.2%), el feed back sobre errores (75.5%) y las expectativas en la dirección/supervisión (75.1%). Siete de las doce dimensiones presentaron

mejoría significativa con respecto a los resultados del 2014.

Conclusiones: Podría atribuirse el incremento significativo de los porcentajes de respuesta positiva a la formación realizada en los centros y a la implantación del sistema de notificación y los informes publicados.

PALABRAS CLAVE: cultura de seguridad; seguridad del paciente; hemodiálisis; gestión de la seguridad.

Analysis of the safety culture of the patient in out-of-hospital hemodialysis units. Evolution after the implementation of measures

Abstract

Introduction: Developing patient safety culture is recommended for safer care.

Objectives:

- Knowing the frequency of staff perceptions and attitudes of health-care workers in hemodialysis centers concerning patient safety.
- Identifying strengths and improvement areas in relation to patient safety.
- Contrasting the results obtained, after the implementation of measures, with those of the 2014 study.

Material and Method: A quantitative, descriptive, cross sectional and comparative study to evaluate patient safety culture in six hemodialysis centers through an anonymous self-administered questionnaire (Patient Safety Questionnaire, Spanish version of the Hospital Survey on Patient Safety) in August 2014 and March 2017. An adverse event notification system was implemented during this period, as well as a patient safety training.

Correspondencia:

Francisco Luis Sánchez Izquierdo
Carretera de Jaén 19 (c/v calle Carmelitas), Bajos
02006 Albacete
E-mail: franciscosanchezizquierdo@outlook.es

Results: The average rating of staff security perception was 8.02 (\pm 1.42). The notification expressed by professionals has increased significantly (62.5%). Teamwork (86.2%), error feedback (75.5%) and management/supervision expectations (75.1%) were identified as strengths. Seven out of the twelve dimensions studied showed a significant improvement in relation to the 2014 results.

Conclusions: A significant increase in positive response ratio could be attributed to the training programs carried out in the centers and to the implementation of the notification system, as well as to the reports already published.

KEYWORDS: safety culture; patient safety; hemodialysis; safety management.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad del paciente (SdP) se define como la ausencia de un daño innecesario, real o potencial, asociado a la atención sanitaria¹. Incluye todas las acciones, elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías soportadas con la evidencia científica, que se realizan con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la prestación de un servicio de salud y minimizar los posibles daños, haciendo que el ejercicio del cuidado cumpla con los altos estándares de seguridad².

En el año 1999, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América publica el informe "Error es Humano", justificando que los errores médicos por eventos adversos prevenibles causaban entre 44.000 y 98.000 defunciones al año en sus hospitales, situándolos con ello como séptima causa de muerte³. En nuestro país, desde la publicación del estudio ENEAS en 2005, son varios los estudios que estiman la probabilidad que tiene un paciente de sufrir un efecto adverso en el ámbito sanitario, situándola entre un 6% y 18%, y la inevitabilidad de éstos entre el 40% y el 70%⁴⁻⁶.

Estos informes, subrayan la necesidad de mejorar la SdP como componente de la calidad asistencial, convirtiéndose en una prioridad para las principales organizaciones de la salud, organismos internacionales, autoridades sanitarias, sociedades científicas y organizaciones de pacientes⁷.

En esta línea, la OMS promueve en 2004 la "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente", fomentando acciones, herramientas y recomendaciones para mejorar la seguridad en todos los países del mundo^{8,9}. Unos años más tarde, en 2009, nace el proyecto IBEAS, donde se resalta la necesidad de reforzar la cultura de la notificación de los sucesos adversos y el clima de la SdP^{2,10}.

La cultura de seguridad (CdS), según la Agency for Healthcare Research and Quality (AHQR), se define como el resultado de los valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de una organización hacia la salud y el manejo de la seguridad; así como las medidas preventivas implementadas para evitar los eventos adversos^{11,12}. La CdS parte de la base de adquirir conciencia de que aparecerán situaciones de riesgo a las que podemos anticiparnos, de la presencia de una mentalidad abierta para hablar de errores frente a la culpabilización individual y del aprendizaje de éstos para la prevención futura^{13,14}. El análisis de la CdS permite conocer la situación basal, identificar áreas de mejora, valorar la efectividad de las acciones realizadas y la comparación entre organizaciones¹⁵.

Las herramientas más empleadas para medir la CdS son el Safety Attitudes Questionary (SAQ), cuestionario que consta de 60 ítems que mide 6 dimensiones de seguridad; el Manchester Patient Safety Framework (MaP-SaF), cuestionario que mide 9 dimensiones críticas de SdP con una metodología cualitativa y el Hospital Survey on Patient Safety (HSOPS)⁴, utilizado por el Ministerio de Sanidad y Política Social en 2009 en un estudio sobre la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud¹⁶.

El propio análisis de la CdS, la implantación de sistemas de notificación de incidentes relacionados con la SdP, los análisis de los datos que éste aporte junto con la publicación de los mismos y la formación de los trabajadores; son herramientas recomendadas para la mejora de la CdS de las organizaciones donde se han llevado a cabo⁷.

En el ámbito de la nefrología y hemodiálisis se han publicado resultados sobre el uso de distintas herramientas para la mejora de la SdP (reuniones briefing, listas de verificación, protocolos de prácticas seguras, incidencias de efectos adversos, etc.)¹⁷⁻²¹. Desde hace unos años, son varios los estudios que tratan de valorar la eficacia de la implantación de medidas para la mejora de la SdP

en hemodiálisis^{22,23}. Sin embargo, es escasa la bibliografía sobre cómo evoluciona con el tiempo la CdS tras la implantación de medidas, así como el desarrollo de las percepciones y actitudes de los profesionales en relación a la SdP. En 2014 realizamos el estudio "Análisis de la cultura de seguridad en unidades extrahospitalarias de hemodiálisis", y es por ello, que nos vuelve a surgir la necesidad de este estudio y de la comparación de estos resultados con los obtenidos en el año 2014⁷.

Objetivos

- Conocer las percepciones y actitudes de los profesionales de los centros extrahospitalarios de hemodiálisis en relación con la SdP.
- Identificar puntos fuertes y oportunidades de mejora en el ámbito de la SdP a través del análisis de sus diferentes dimensiones.
- Comparar la evolución en cuanto a la CdS del paciente entre 2014 y 2017, tras la implantación de medidas.

Material y Método

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y comparativo, para medir la CdS del paciente en 6 centros periféricos de hemodiálisis de Castilla La Mancha, mediante un cuestionario anónimo, voluntario y autoaplicado. La población a estudio fueron trabajadores sanitarios de las clínicas de hemodiálisis de Asyster en Castilla La Mancha.

Para evaluar la CdS utilizamos el Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes, versión española del Hospital Survey on Patient Safety²⁴. Este cuestionario pone el énfasis en la SdP y en la calidad de los cuidados, es un modelo que permite su evaluación, monitorización y comparación interna y externa. Fue validado en EEUU en 2004 y se tradujo al castellano en el 2009 por el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia. La encuesta proporciona información sobre la percepción relativa a las siguientes doce dimensiones de la CdS:

1. Frecuencia de eventos notificados (agrupa 3 ítems).
2. Percepción de seguridad (agrupa 4 ítems).
3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad (agrupa 4 ítems).
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua (agrupa 3 ítems).

5. Trabajo en equipo en la unidad/servicio (agrupa 4 ítems).
6. Franqueza en la comunicación (agrupa 3 ítems).
7. Feed-back y comunicación sobre errores (agrupa 3 ítems).
8. Respuesta no punitiva a los errores (agrupa 3 ítems).
9. Dotación de personal (agrupa 4 ítems).
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (agrupa 3 ítems).
11. Trabajo en equipo entre unidades (agrupa 4 ítems).
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (agrupa 4 ítems).

Las respuestas a cada uno de los ítems se agrupan en tres categorías (positivo, negativo y neutro) para la interpretación del resultado de cada una de las dimensiones.

Se emplearon los siguientes criterios de la AHRQ para clasificar un ítem o una dimensión como fortaleza:

- $\geq 75\%$ de respuestas positivas ("de acuerdo/muy de acuerdo" o "casi siempre/siempre") a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$ de respuestas negativas ("en desacuerdo/muy en desacuerdo" o "nunca/raramente") a preguntas formuladas en negativo.

Se utilizaron estos criterios alternativos para clasificar un ítem o una dimensión como oportunidad de mejora:

- $\geq 50\%$ de respuestas negativas ("en desacuerdo/muy en desacuerdo" o "raramente/nunca") a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 50\%$ de respuestas positivas ("de acuerdo/muy de acuerdo" o "casi siempre/siempre") a preguntas formuladas en negativo.

La AHRQ recomienda usar como norma una variación igual o superior al 5% para comparar resultados de diferentes muestras^{16,25}.

El cuestionario, incluye además, otras preguntas sobre la categoría y experiencia profesional, el número de eventos notificados en el último año y una pregunta sobre la calificación global de la percepción de seguridad en la unidad.

Se invitó a participar en el estudio a toda la población a estudio mediante una carta, junto con los cuestionarios y unas instrucciones sobre su cumplimentación, además de un sobre para su devolución. Transcurridos 15 días se recogieron los sobres cerrados.

Se utilizaron los datos recogidos con la misma metodología, en agosto de 2014⁷ (n:134) y en marzo de 2017 (n:131). Se calculó en qué ítems del Hospital Survey on Patient Safety hubo una variación superior al 5% en ambos periodos.

Tras la realización del estudio en 2014, se pusieron en marcha en todos los centros varias estrategias contrastadas para la mejora de la SdP hasta la recogida de datos del 2017. Dichas estrategias fueron:

- Sistemas de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (IRSDP). Se trata de un formulario anónimo vía online, donde el personal notifica incidentes que surgen en el día a día.
- Difusión a todo el personal de informes trimestrales de los IRSDP, incluyendo las medidas propuestas.
- Formación del personal en SdP. Entre los meses de octubre-2015 y febrero-2016 se impartieron sesiones formativas presenciales en todos los centros, de 2 horas de duración. En ellas se presentaron también los resultados del análisis de la cultura de seguridad de 2014.

Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 15.0 para Windows. Se realizó un análisis descriptivo de las variables a estudio: proporciones para las variables cualitativas; medias y desviación típica para variables cuantitativas. Para la comparación de variables categóricas, se utilizó la prueba Chi cuadrado. Fue considerada una $p < 0.05$ como estadísticamente significativa.

Tabla 1. Porcentajes de respuesta de la encuesta.

	Positiva	Negativa	Neutra
TRABAJO EN EQUIPO EN LA UNIDAD / SERVICIO	86,2%	5,6%	8,1%
El personal se apoya mutuamente en su unidad.	90,1%	4,5%	5,4%
En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	85,6%	6,3%	8,1%
Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	85,5%	5,5%	9,1%
Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	83,8%	6,3%	9,9%
FEED-BACK Y COMUNICACIÓN SOBRE ERRORES	75,5%	8,5%	16,1%
Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	82,9%	4,5%	12,6%
En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	77,3%	8,2%	14,5%
Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	66,1%	12,8%	21,1%
ACCIONES DE LA DIRECCIÓN / SUPERVISIÓN QUE PROMUEVEN LA SEGURIDAD	75,1%	7,9%	17,0%
Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren aquí.	87,3%	5,5%	7,3%
Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	82,7%	0,9%	16,4%
Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	73,0%	9,0%	18,0%
Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgo en la seguridad del paciente.	57,3%	16,4%	26,4%

Resultados

De un total de 131 cuestionarios entregados, se recogieron 111 (tasa de respuesta 84.7%). Un 35% de profesionales presentaba entre 6 y 10 años de experiencia laboral en la unidad y un 50% 11 años o más. En cuanto a la categoría profesional, el 60% eran enfermeras, el 19% auxiliares y otro 22% se reparte entre otras categorías.

El porcentaje de profesionales que han manifestado haber notificado algún evento en el último año fue del 25%, lo que supone un incremento del 62.5% con respecto al 2014 (15.6%).

En una escala de 0 a 10, la media de la valoración del grado de seguridad percibido por los profesionales, fue de 8.02 (± 1.42). Se encontró que un 2.5% de las puntuaciones para este apartado fue inferior a 5.

Los porcentajes de respuesta sobre las 12 dimensiones y cada uno de sus ítems, se muestran en la **Tabla 1**.

Todas las dimensiones tuvieron un porcentaje de respuestas positivas superior al 50%. El mayor porcentaje de respuestas negativas fue para la dotación de recursos humanos (20.4%) y la respuesta no punitiva (17.9%).

	Positiva	Negativa	Neutra
FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS	72,9%	4,6%	22,6%
Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	77,5%	3,6%	18,9%
Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	69,6%	6,5%	25,9%
Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	73,4%	32,7%	22,9%
APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL / MEJORA CONTINUA	71,1%	13,3%	15,7%
Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	88,3%	7,2%	4,5%
Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	63,6%	12,7%	23,6%
Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	61,3%	19,8%	18,9%
PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD	69,7%	13,8%	16,6%
Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia sanitaria.	81,8%	11,8%	6,4%
En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	69,7%	26,5%	13,8%
No se producen más fallos por casualidad.	65,4%	14,0%	20,6%
Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si esto implica sacrificar la seguridad del paciente.	61,5%	18,3%	20,2%
FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN	65,3%	10,0%	24,6%
Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	86,4%	3,6%	10,0%
El personal teme hacer preguntas sobre lo que le parece que se ha hecho de manera incorrecta.	63,0%	2,8%	34,3%
El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	46,8%	23,4%	23,9%
DOTACIÓN DE PERSONAL	63,1%	20,4%	16,5%
En ocasiones, no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	80,0%	7,3%	12,7%
Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo en su unidad.	60,4%	20,7%	18,9%
Trabajamos bajo presión para realizar las cosas demasiado deprisa.	58,6%	21,6%	19,8%
A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	53,6%	31,8%	14,5%
RESPUESTA NO PUNITIVA	62,7%	17,9%	19,4%
Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	69,4%	11,7%	18,9%
Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	64,0%	18,9%	17,1%
Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	54,5%	23,1%	22,2%
CAMBIOS DE TURNO / TRANSICIÓN ENTRE SERVICIOS	61,9%	10,3%	27,8%
En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	75,9%	10,2%	13,9%
Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	77,8%	7,4%	14,8%
El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	49,5%	6,5%	43,9%
La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	43,8%	17,1%	39,0%
APOYO DE LA GERENCIA DEL HOSPITAL EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	58,6%	10,1%	31,3%
La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	60,2%	9,3%	30,6%
La gerencia o dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	51,4%	17,4%	31,2%
La gerencia o dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	64,2%	3,7%	32,1%
TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES / SERVICIOS	54,5%	9,7%	35,8%
Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	60,2%	11,1%	28,7%
Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	56,1%	3,7%	40,2%
Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	56,9%	9,2%	33,9%
Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	45,0%	14,7%	40,4%

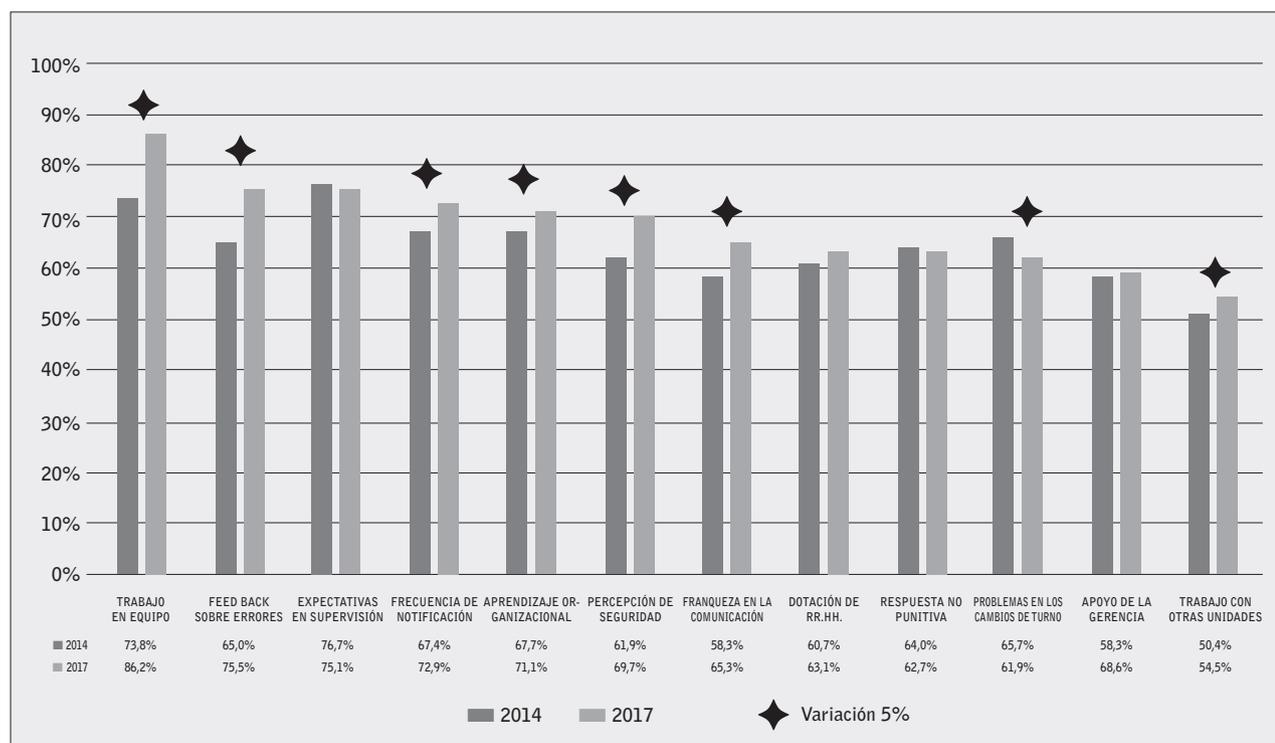


Figura 1. Porcentaje de respuestas positivas 2014 vs. 2017.

Se identificaron como fortalezas para la institución: el trabajo en equipo (86.2%), el feed back sobre errores (75.5%) y las expectativas en la dirección/supervisión (75.1%). Las dimensiones frecuencia de eventos notificados (72.9%), aprendizaje organizacional (71.1%) y percepción de seguridad (69.4%), también obtuvieron resultados positivos, sin llegar a poder considerarse como fortalezas.

Las variaciones de respuestas positivas entre los datos de 2014 y 2017 se muestran en el **Figura 1**. La dimensión problemas en los cambios de turno/traslado entre unidades obtuvo un 5.7% menos de respuestas positivas que en la encuesta de 2014. El ítem "En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente" es el que presentó un descenso mayor, pasando de un 88% en 2014 a un 76% en 2017.

Comparando ambos periodos, presentaron una mejoría significativa las dimensiones: trabajo en equipo (16.8%), feed-back y comunicación sobre los errores (16.0%), percepción de seguridad (12.5%), franqueza en la comunicación (12.1%), trabajo en equipo entre unidades (8.1%), frecuencia de eventos notificados (8.2%) y aprendizaje organizacional (5.1%).

Se obtuvo un incremento estadísticamente significativo para el ítem "Cuando tenemos mucho trabajo colaboramos todos como equipo para poder terminarlo" ($p=0.042$).

Los aspectos relacionados con las acciones de la dirección/supervisión que promueven la seguridad, presentan un descenso del 2.2% de respuestas positivas, principalmente en la pregunta "Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la SdP".

Discusión y Conclusiones

Si bien las dimensiones mejor valoradas en la bibliografía revisada se corresponden con las encontradas en nuestra población, casi siempre obtuvieron un porcentaje de respuestas positivas inferior al obtenido en nuestro estudio^{12,16,26,27}.

El incremento del porcentaje de respuestas positivas que encontramos en la dimensión "trabajo en equipo", también se observó en un estudio sobre cómo afectaba la aplicación de la metodología Lean para la gestión de la CdS, si bien con porcentajes inferiores²⁸. En nues-

tra población podría ser achacable a la realización de actividades de team building durante los dos últimos años con los trabajadores. Sin duda, esto favorece una mejor comunicación y un entorno más seguro.

En la literatura, el feed-back y comunicación sobre los errores no obtiene porcentajes de respuesta positiva elevados^{12,16,27}. Sin embargo, en nuestra población encontramos, al igual que Simons et al.²⁸, un alto porcentaje de respuestas positivas y un incremento significativo. La comunicación al personal de los informes de resultados de los incidentes notificados y de las acciones tomadas, podrían haber favorecido estos resultados.

El porcentaje de respuestas positivas en la dimensión "franqueza en la comunicación", reflejó resultados similares a los de otros estudios^{12,16,27}. En nuestro caso, además, presentó un crecimiento significativo. Tanto la pregunta "Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad"; como, la pregunta "El personal teme hacer preguntas sobre lo que le parece que se ha hecho de manera incorrecta", muestran un incremento del porcentaje de respuestas positivas estadísticamente significativo. El hecho de que durante la formación al personal en SdP, se hiciera especial hincapié en la importancia de hablar de los errores en la asistencia sanitaria de manera abierta y de reconocerlos para aprender de ellos, podría estar detrás de estos resultados.

Hellings et al. no encontraron variación significativa en el porcentaje de respuestas positivas en la dimensión "frecuencia de eventos notificados"²⁹ y se observó un descenso significativo en el estudio de Simons et al.²⁸. Sin embargo, en nuestra población hallamos un incremento significativo, lo que podría indicar que la implantación del sistema de notificación ha sido efectiva para mejorar este aspecto en nuestra población.

Los porcentajes de respuestas positivas para las dimensiones "percepción de seguridad" y "aprendizaje organizacional" no se incrementaron en el estudio de Hellings et al. y, por el contrario, ambos mejoraron en el estudio de Simons et al.^{28,29}. En nuestro caso, ambas dimensiones, están próximas a poder considerarse fortalezas, y han presentado un incremento significativo del porcentaje de respuestas positivas. Podríamos considerar que las medidas puestas en marcha, han favorecido la mejora de estos aspectos.

En general, nuestros resultados se asemejan más a los obtenidos por Simons et al. que a los de Hellings et al., tal vez relacionado con que el tamaño de la muestra del primero fue muy similar a la nuestra (Simons n=94, estudio actual n=114), mientras que la población de Hellings fue de unos 3.600 sujetos.

En nuestro estudio, el grado de seguridad del paciente percibido por los profesionales encuestados es muy alto.

La estrategia para poner en marcha el sistema de notificación y los informes sobre dichas notificaciones, parecen haber funcionado, pues ha aumentado notablemente el grado de notificación manifestada por los profesionales, y el feed-back y comunicación sobre los errores.

Agradecimientos

A Lourdes de La Vara y Jaime López por ayudarnos sus conocimientos y su tiempo.

El autor declara que no hay conflicto de interés.

Recibido: 22 diciembre 2017
Revisado: 5 enero 2018
Modificado: 15 enero 2018
Aceptado: 25 enero 2018

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. [Internet] 2001. [Consultado 22 julio 2017]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>.
2. Gómez Ramírez OJ, Gámez A, Gutiérrez AA, Salamanca JG, Vega AG, Galeano EM. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Av Enferm.* 2011; 29(2): 363-374.
3. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.

4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
5. Aranaz JM, Estudio nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS. 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
6. Tomás Vecina S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles Emergencias 2010; 22(6): 415-428.
7. Sánchez Izquierdo FL, López Tendero J. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en unidades extrahospitalarias de hemodiálisis. Enferm Nefrol. 2015; 18 (Supl 1): 40.
8. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2005. Geneva (Switzerland) [Consultado 22 julio 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety>.
9. Martín Guerrero V, Palacios García G, Grano de Oro Hidalgo C, Hernández de Arribas V, Rodríguez Peña J. Nivel de seguridad percibida por el paciente de hemodiálisis crónica. Enferm Nefrol. 2016; 19(3): 255-263.
10. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
11. Sorra JS, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. (Prepared by Westat, under contract no. 290-96-0004). AHRQ publication n 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2004.
12. Castañeda-Hidalgo H, Garza Hernández R, González Salinas JF, Pineda Zúñiga M, Acevedo Porras G et al. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. Ciencia y Enfermería 2013; 19(2): 77-88.
13. National Patient Safety Agency (NPSA) del National Health Service (NHS). Siete pasos para la seguridad del paciente. [Internet] 2005. Reino Unido [Consultado julio 2017]. Disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety>.
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco conceptual de la clasificación internacional para la Seguridad del Paciente, informe técnico definitivo, enero 2009. Más que palabras. [Internet] 2009. [Consultado 22 julio 2017]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.
15. Sistema Nacional de Salud (NHS) Reino Unido. La seguridad del paciente en 7 pasos. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente. (NPSA). [Internet] 2005. Reino Unido [Consultado 22 julio 2017]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp5.pdf.
16. Ministerio de Sanidad y Política Social. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
17. Cobo Sánchez JL, Pelayo Alonso R, Menezo Viadero R, Incera Setién E, Gándara Revuelta M, López López LM. Percepción y conocimientos de los profesionales sanitarios de una unidad de Nefrología sobre la higiene de manos: estudio comparativo. Enferm Nefrol 2014; 17 (1): 28-34.
18. Novas MP, León D, Rey MA, Bello M, Castro M, Mariño M et al. Plan de tratamiento para la gestión de riesgos: lista de verificación diaria antes y después de cada sesión de hemodiálisis. Enferm Nefrol. 2012; 15 Suppl (1): 71.
19. García LM, Rey MA, Rodríguez M, Bello M, León D, Castro M. Servicio de hemodiálisis por la seguridad del paciente. Implantación de un sistema de gestión de riesgos. Enferm Nefrol 2013; 16 Suppl (1): 131-132.
20. Marín VA, Peña M, Marques MJ, Molina ML. Presentación del mapa de riesgos de nuestra unidad de hemodiálisis. Enferm Nefrol 2013; 16 Suppl (1): 209-210.
21. López Sánchez T, Pérez Doctor M, Zambrana Hervás J, Amoedo Cabrera ML, Chozas López MC. Incorporación de reuniones Briefing como herramienta de mejora de la comunicación interprofe-

- sional en la unidad de trasplante. *Enferm Nefrol.* 2013; 16(1):156-217.
- 22.** Estepa del Árbol M, Moyano Espadero MC, Pérez Blancas C, Crespo Montero R. Eficacia de los programas de seguridad del paciente. *Enferm Nefrol.* 2016; 19(1): 63-75.
- 23.** Cerdán Urrutia E, Mena Mayayo MC, Catalán Belloqui L. ¿Qué sabemos de la seguridad del paciente en hemodiálisis? *Enferm Nefrol.* 2015; 18(1): 101-137.
- 24.** Gascón Cánovas JJ, Saturno Hernández PJ y cols. Grupo de Trabajo del Proyecto sobre Cultura de Seguridad del Paciente -CUSEP- Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes, versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
- 25.** Sorra J, Nieva V, Famolaro T, Dyer N. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 Comparative Database Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under contract No. 233-02-0087, Task Order No. 18). AHRQ Publication No. 07-0025. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2007.
- 26.** Pinheiro MP, Osair CS. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario. *Enfermería Global.* 2017; 16(1). 309-324.
- 27.** Robida A. Hospital Survey on Patient Safety Culture in Slovenia: a psychometric evaluation. *Int J Qual Health Care.* 2013 Sep;25(4):469-75.
- 28.** Simons PA, Houben R, Vlayen A, Hellings J, Pijls-Johannesma M, Marneffe W et al. Does lean management improve patient safety culture? An extensive evaluation of safety culture in a radiotherapy institute. *Eur J Oncol Nurs.* 2015 Feb;19(1):29-37.
- 29.** Hellings J, Schrooten W, Klazinga NS, Vleugels A. Improving patient safety culture. *Int J Health Care Qual Assur.* 2010;23(5):489-506.

Este artículo se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

