

ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS OCURRIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORÍA

Inmaculada Martínez Reche*
Magdalena Inmaculada Rojo Cánovas*
Consuelo González López*

*DUEs del Hospital Universitario Rafael Méndez,
Lorca, Murcia.

RESUMEN

La necesidad de mejorar la eficiencia y la efectividad en la práctica ha llevado a activar un movimiento para la mejora de la seguridad de las prestaciones sanitarias. Los servicios de urgencias son un elemento esencial del sistema sanitario no exento de un alto riesgo de Eventos Adversos. La incidencia y/o prevalencia de Eventos Adversos en los Servicios de Urgencias ha sido difícil de determinar.

Objetivo general: analizar la seguridad del paciente en el Servicio de Urgencias de un Hospital Comarcal. Objetivos específicos: describir los eventos adversos que ocurren en el servicio de urgencias y conocer el estado de cultura de Seguridad en los profesionales de nuestro Servicio de Urgencias.

Metodología utilizada: diseño descriptivo y transversal realizado en el Servicio de Urgencias. Se realizó en dos fases, por una parte medición de Cultura de Seguridad entre los profesionales, y por otra, Incidencia de Eventos Adversos.

Resultados y Conclusiones: El porcentaje de profesionales que respondieron la encuesta estuvo liderado por enfermeras, seguidas de médicos adjuntos y finalmente de médicos residentes. Estos profesionales expresaron que las acciones de la dirección/supervisión del servicio favorecen la seguridad, seguido del trabajo en equipo. En cuanto a los Eventos Adversos detectados, fueron el 10% los pacientes afectados, pudiendo ser evitados más del 60% de los acontecidos. Se han obtenido un conjunto de dimensiones por donde empezar a actuar haciendo esfuerzos entre todos: profesionales, gestores y pacientes, para diseñar estrategias específicas encaminadas a estudiar y valorar las acciones de mejora más oportunas en estas áreas.

PALABRAS CLAVE

Servicio de Urgencias, Cultura de Seguridad, Evento Adverso, Enfermería, Paciente.

TITLE

Analysis of adverse events occurring in the emergency department of a regional hospital.

ABSTRACT

The need to improve efficiency and effectiveness in practice has led to a movement for change improvements in the safety of health care. Emergency services are an essential element of the health care system not without a high risk of Adverse Events. The incidence and / or

prevalence of adverse events in the Emergency Services has been difficult to determine. Overall objective: To analyze patient safety in the Emergency Department of a Regional Hospital. Specific objectives: to describe the adverse events in the emergency department and the status of safety culture professionals in our Emergency Department. Methodology: A descriptive cross-sectional design conducted in the Emergency Department. Was performed in two stages, first measuring Safety Culture among professionals, and secondly, Incidence of Adverse Events.

Results and Conclusions: The percentage of professionals who responded to the survey was led by nurses, followed by senior doctors and medical residents finally. These professionals expressed that the actions of the direction / supervision of foster security service, followed by teamwork. As for the detected adverse events were 10% of patients, and can be prevented more than 60% of those occurred.

We have obtained a set of dimensions where to start acting making efforts among all professionals, managers and patients to design specific strategies to study and evaluate the most appropriate actions for improvement in these areas.

KEY WORDS

Emergency Service, Safety Culture, Adverse Event, Nursing, Patient.

INTRODUCCIÓN

Los actuales sistemas de prestación de servicios de salud se caracterizan por la combinación de procesos, tecnologías e interacciones humanas, aportando beneficios importantes a la sociedad, aunque, sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran sucesos adversos con diversos grados de consecuencias. La necesidad de mejorar la eficiencia y la efectividad en la práctica ha llevado a activar un movimiento para la mejora de la seguridad de las prestaciones sanitarias. La seguridad, entendida como una asistencia sin riesgos de eventos no previstos, es considerada como una dimensión básica para que un servicio pueda alcanzar un nivel de calidad óptimo. La prevención de lesiones o de eventos adversos en el paciente como resultado de los procesos asistenciales es considerada como un componente indispensable e indiscutible para la calidad. Uno de los ejes de la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que los tratamientos y los cuidados que reciben los pacientes no le supongan daños, lesiones, o complicaciones, más allá de los derivados de la evolución natural de la propia enfermedad que padezcan, y de los necesarios y justificados para el adecuado manejo diagnóstico, terapéutico o paliativo del proceso de enfermedad.

En términos técnicos se dice en estos casos, que el paciente sufre un efecto adverso (EA), es decir, un accidente imprevisto e inesperado que le causa algún daño o complicación y que es consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe, y no de la enfermedad que padece. Otras veces, el accidente no llega a producir daño al paciente; en éste caso, se dice que ha tenido incidente

(IN). Los EA y los IN constituyen, en conjunto, los denominados sucesos adversos (SA) de los que muchos serán inevitables por muy grande que sea el esfuerzo de los profesionales. Sin embargo, otros podrían evitarse, por ejemplo, reflexionando sobre cómo se aplican determinados procedimientos y técnicas. En los últimos años se han publicado estudios de incidentes tanto en pacientes hospitalizados: Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS)³, como en atención primaria: Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud (APEAS)². Recientemente en 2010 se ha realizado el primer estudio de incidentes de seguridad en servicios de urgencias: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias (EVADUR). El estudio ENEAS cifró la incidencia de EA relacionados con la asistencia sanitaria en un 9,3 % de los pacientes hospitalizados, mientras que en el estudio APEAS la prevalencia de sucesos adversos fue del 18,6 0/00 consultas, lo que afectaría a una media de 7 de cada 100 pacientes al año. Los servicios de urgencias (SU) son un elemento esencial del sistema sanitario no exento de un alto riesgo de EA⁵. La incidencia y/o prevalencia de EA en los SU ha sido difícil de determinar, porque muchos de los resultados obtenidos se ven sesgados debido a que la mayoría de los estudios fueron realizados en pacientes hospitalizados que fueron atendidos previamente en urgencias, lo cual refleja solamente el 10-20% de las visitas en éstos servicios⁶, omitiendo el 80-90% restante de pacientes que son dados de alta a domicilio, suelen ser estudios retrospectivos a través de la revisión de los informes asistenciales, por lo que dado que la capacidad de registro de los EA acontecidos es muy baja⁷, se omite todo aquello que no ha sido registrado y existen sesgos metodológicos, al ser diseñados para otros enfoques (por ejemplo hospitalización) que comportan una difícil aplicación de sus resultados en la práctica asistencial de los SU. Sin embargo en el reciente estudio EVADUR realizado en el 2010, arrojó que un 12% de los pacientes visitados en un SU sufren algún tipo de incidente o EA. Los EA en los SU tienen una elevada evitabilidad (70%), y recomiendan establecer medidas en el seguimiento para prevenir la aparición de EA. Cuando se produce un error humano o un fallo de sistema, no se debe tratar de buscar quién intervino en el mismo para encontrar un culpable, sino que lo realmente efectivo es analizarlo para identificar cómo y por qué se ha producido⁸. Es decir, interesa conocer qué, cómo y dónde ocurrió el error o fallo y comprender por qué, para adoptar acciones que eviten que vuelva a ocurrir⁹. Por lo tanto el primer objetivo de un sistema de declaración de EA debe ser aprender de la experiencia. De manera individual, los errores médicos (que no necesariamente EA) más frecuentemente encontrados en todos los estudios, están relacionados con la prescripción de medicamentos, con cifras próximas al 40%¹¹. De ellos, hasta en un 20% de los casos podrían considerarse evitables. Los errores relacionados con el diagnóstico también son considerados una importante fuente de EA. Dentro de ellos, el más frecuente es el error diagnóstico. La combinación de errores diagnósticos junto con efectos relacionados con la prescripción es responsable del

13,6% de los efectos encontrados. La pobre comunicación entre profesionales y la comunicación con el paciente fue considerado un factor contribuyente muy importante en varios estudios. Un problema a la hora de conocer la incidencia de los EA en SU es que muchos de ellos pasan desapercibidos porque no tienen consecuencias. Para avanzar en la seguridad del paciente es necesario poner en marcha mecanismos que permitan la identificación de errores humanos y fallos de sistema desde dos aspectos distintos. En primer lugar desde el punto de vista político, desarrollando estrategias que incidan en el carácter preventivo y no punitivo de la identificación de EA. En segundo lugar a nivel local-servicio sanitario, mediante el desarrollo de programas de seguridad del paciente y la inclusión de la tecnología adecuada que permita detectar los problemas e implementar las soluciones. En este sentido, alcanzar una cultura sobre seguridad adecuada se menciona como la primera de las “30 prácticas seguras” por el National Quality Forum de Estados Unidos, que además establece su medición como una recomendación capital. Sobre este aspecto, el documento “La seguridad del paciente en 7 pasos” por el National Health Service (NHS) establece como primer paso el construir una cultura de seguridad (CS). Esto es debido a que una buena cultura sobre seguridad del paciente (SP) es clave para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos, fomentar la notificación y aprendizaje de los errores e implantar las estrategias para evitar su repetición. Según el informe del Institute of Medicine (IOM)⁵, los sistemas de registro y notificación de problemas de seguridad constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia. Este informe establece que los sistemas de notificación pueden cumplir dos funciones: se pueden orientar hacia garantizar la responsabilidad social (de tal forma que los proveedores rindan cuentas sobre la seguridad de su práctica) o, de forma alternativa o complementaria, para que los proveedores proporcionen información útil sobre la mejora de la seguridad. Los sistemas de registro tienen como finalidad recoger información tanto de incidentes como de eventos adversos para aprender de los errores detectados, mejorando así la cultura de seguridad. El Ministerio de Sanidad en España estima que aproximadamente el 95% de todos los eventos adversos no se documentan, es decir quedan ocultos. Las principales barreras identificadas para la notificación son las siguientes:

- La falta de conciencia de que un error ha ocurrido.
- La falta de conciencia de qué se debe documentar y porqué.
- La percepción de que el paciente es indemne al error.
- Miedo a las acciones disciplinarias o denuncias.
- La falta de familiaridad con los mecanismos de notificación.
- Pérdida de autoestima.
- Los profesionales sienten que están demasiado ocupados para documentar.
- La falta de “feedback” cuando se produce un registro.

La introducción de los datos de la persona que notifica puede realizarse de forma anónima, sin que se llegue a

saber quién o desde dónde ha realizado la notificación. Por otro lado el sistema puede ser confidencial y comprometerse a que esos datos no lleguen a revelarse en público, pero permite contactar con la persona en caso de necesidad.

En España y con el fin de “Promover la excelencia clínica” del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) se establece como uno de los objetivos de la estrategia la “mejora de la seguridad del paciente”, promover y desarrollar una CS del paciente entre los profesionales y, como proyecto de acción, estudiar la percepción de los profesionales hacia la SP. La medición de la CS permite conocer la situación basal de la que partimos, así como priorizar las acciones de mejora y la repetición periódica de esta medida permite además analizar la efectividad de estas acciones y replantear estrategias 19,20. Esta evaluación constituye en sí misma una intervención que visualiza el interés de la institución en conocer y priorizar la SP. En un estudio realizado por Saturno y colaboradores en el año 2009. El 50% califica la seguridad entre 6 y 8; el 95% ha notificado < 2 eventos el último año. En positivo, destacan las dimensiones «Trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios» (71,8±1,8) y «Acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que promueven la seguridad» (61,8±1,9). Como debilidades destacan «Dotación de personal», «Trabajo en equipo entre unidades/servicios», «Percepción de seguridad», y «Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente». Otro estudio realizado a nivel nacional, la nota media sobre nivel de seguridad fue de 6,1 puntos. Las dimensiones mejor valoradas fueron las de “Trabajo en equipo en la unidad” y “Expectativas/acciones de los responsables de la unidad/servicio en seguridad del paciente” con un 68% y un 56% de respuestas positivas respectivamente. Las dimensiones peor valoradas fueron “Dotación de recursos humanos” y “Apoyo de la Gerencia/Dirección del Hospital” con un 57% y un 47% de respuestas negativas respectivamente. Un total de 4 dimensiones comportan cerca del 50% de todas las respuestas negativas, que constituyen un referente para priorizar como aspectos susceptibles de mejora. Por todo lo anteriormente señalado, es claro el creciente interés por el estudio de los eventos adversos y por el conocimiento de los profesionales en la cultura de la seguridad de los pacientes, así como de sus implicaciones y consecuencias en las organizaciones de salud. Actualmente, se están desarrollando estudios en distintos contextos, profesiones y países. Sin embargo, aún es necesario diagnosticar esta situación a nivel local, con el fin de conseguir implantar estrategias que incidan directamente en la mejora de la seguridad de los pacientes en el servicio de urgencias, fundamentado en las características propias de la organización. La finalidad última de ésta investigación es conocer la situación real en el servicio de urgencias de un Hospital Comarcal de una Comunidad Autónoma referente a la detección de incidentes durante la atención urgente mediante observadores y la cultura de seguridad de los pacientes de los profesionales sanitarios que laboran en el mencionado servicio.

OBJETIVOS

GENERAL: Analizar la seguridad del paciente en el Servicio de Urgencias de un Hospital Comarcal. ESPECÍFICOS: Describir los eventos adversos ocurridos en el Servicio de Urgencias. Conocer el estado de Cultura de Seguridad en los profesionales de nuestro servicio de Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODO

Es una investigación cuantitativa. El diseño del estudio fue descriptivo y transversal realizado en el Servicio Urgencia (SU) de un hospital comarcal de una comunidad autónoma española. El estudio se realizó en dos fases:

1ª Fase: Medición de la Cultura de Seguridad. En esta primera fase los profesionales participantes del SU fueron sometidos a una encuesta de cultura de seguridad 23, denominada: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes en su versión española del Hospital Survey on patient Safety, de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) en su versión original, adaptada y traducida al español en una colaboración conjunta del Ministerio de Sanidad y la Universidad de Murcia por Gascón-Cánovas y Saturno-Hernández con el Grupo de Trabajo del Proyecto sobre Cultura de la Seguridad del paciente (CUSEP), la cual valora los conocimientos en cuestiones de seguridad del paciente y también sobre sistemas de notificación para dichos efectos adversos. La encuesta proporciona información sobre la percepción relativa a las siguientes doce dimensiones de la cultura de seguridad:

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)

Adicionalmente, incluye una pregunta sobre la calificación global de la seguridad en el entorno del encuestado y otra sobre el número de eventos notificados en el último año, además de las variables clasificatorias socio-profesionales. Con los resultados, se describe el clima de seguridad y se identifican sus fortalezas y debilidades, siguiendo la metodología propuesta por la AHRQ.

Para clasificar un ítem o una dimensión como fortaleza se emplean los siguientes criterios alternativos:

- ≥ 75% de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en positivo.
- ≥ 75% de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «nunca/raramente») a preguntas

formuladas en negativo. Para clasificar un ítem o una dimensión como debilidad u oportunidad de mejora se emplean los siguientes criterios alternativos:

• $\geq 50\%$ 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 población estuvo conformada por 81 profesionales, que conformaban el total de enfermeros y médicos de urgencias, y la tasa de respuesta estuvo conformada por el 50,6%.

Posteriormente a la realización de este cuestionario se les informó del trabajo de recogida de datos que se llevaría a cabo y en qué consistía.

Análisis de Datos: La significación estadística de las diferencias de tipo de profesional se comprobaron mediante ANOVA, y se analiza la influencia potencial del probable sesgo de no-respuesta en los resultados de respuestas positivas a cada una de las dimensiones. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS para Windows® versión 19.0.

2ª Fase: Incidencia de Eventos Adversos: La población diana fue el total de pacientes que acudieron al SU del hospital. La muestra se seleccionó de manera aleatoria a partir del orden de llegada a urgencias, de acuerdo con el tamaño muestral calculado para cada centro.

La población estuvo conformada por 536 pacientes que acudieron a dicho SU en los días elegidos y la muestra estudiada fue de 70 pacientes.

La muestra fue seleccionada aleatoriamente a partir del orden de llegada al SU durante las 24h del día analizado, (desde las 8:00 a.m., hasta las 7:59 a.m. del día posterior) escogiendo 1 de cada 3 pacientes siguiendo los siguientes criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes con patología psiquiátrica
- Pacientes con algún tipo de demencia
- Pacientes gestantes con embarazo a término
- Pacientes que se nieguen a firmar el consentimiento informado

Todo paciente incluido autorizó su entrada en el estudio mediante consentimiento informado. La recogida de datos se realizó en un cuaderno de recogida de datos, que contenía los datos demográficos edad y sexo, el motivo de consulta, derivada o no por un evento adverso previo, especialidad médica, nivel de triaje, atención por parte de un médico adjunto o residente, realización de exploraciones complementarias y técnicas de enfermería, pauta de tratamiento en urgencias, diagnóstico al alta y destino, detección de eventos adversos en la atención inicial y constancia o no de dicho evento si lo hubiere. En el caso de que se detectase algún evento adverso, se describió junto con los efectos producidos en el paciente y las circunstancias que provocaron su aparición, analizando si la actuación de los profesionales fue la causa del mismo.

Análisis de datos: Los datos fueron introducidos en una base de datos Access 2007 (Microsoft®) y posteriormente analizados mediante el programa estadístico SPSS para Windows® versión 19.0. Se practicaron análisis descriptivos de las

variables, comparativos entre grupos y multivariante para determinar los factores independientes. En el análisis descriptivo, las variables cualitativas se presentaron con frecuencias absolutas y porcentajes. Para las cuantitativas, se utilizó la media y la desviación estándar cuando siguieron una distribución normal, y la mediana, mínimo y máximo en caso contrario. Se calcularon los intervalos de confianza del 95% de las variables más importantes. Se consideró significativo una $p < 0,05$. Para el análisis multivariante se usó regresión logística binaria con el método adelante condicional. En el modelo se incluyeron las variables que obtuvieron un valor de p significativo en el estudio univariante. Se consideraron estadísticamente significativas aquellas variables en las que el valor de p fue inferior a 0,05 o bien el intervalo de confianza de la odds ratio excluía el valor 1. Finalmente, se valoró el rendimiento de las herramientas de cribaje mediante los cálculos de sensibilidad, especificidad, valores predictivo positivo y negativo y los cocientes de probabilidad positiva y negativa.

RESULTADOS:

FASE 1; ANÁLISIS DE CULTURA DE SEGURIDAD:

- Características de los profesionales estudiados:

Población total: 81 profesionales.

Residentes de familia 7%. Médicos adjuntos 32%. Enfermeras 61%.

Tasa de respuesta: 50,6%

Media de años en el servicio de urgencias: 7,66.

- Cultura sobre la seguridad de los pacientes:

Se ha analizado los resultados por cada pregunta y se han agrupado en las 12 dimensiones en las que se estructura la encuesta, separando resultados positivos y resultados negativos para cada una de ellas.

El mayor porcentaje de resultados positivos lo obtuvo la dimensión expectativas de la dirección/supervisión del servicio con un 69,51%, seguida del trabajo en equipo en el servicio con un 66,91%.

La dimensión con los resultados más bajos fue dotación de personal con un 21,95%, y en segundo lugar el apoyo de la gerencia del hospital con un 22,76%.

En la calificación de 0 a 10 sobre el grado de seguridad del paciente en el servicio, la media ha sido de 6,75 con una desviación estándar de 1,25.

En el hospital existe un Sistema de Notificación de Eventos Adversos informatizado, del que según la encuesta conocían la existencia del mismo el 48%, no lo conocían el 45%, y el 7 % no lo sabían.

FASE 2; ESTUDIO DE EVENTOS ADVERSOS:

- Características de la población estudiada:

Población total 536 pacientes, muestra estudiada 70 pacientes. Siendo hombres el 52% y mujeres el 48%.

La procedencia del 28% de los pacientes fue Atención Primaria, el 1% llegó derivado de otro hospital, y el 71 % lo hizo por iniciativa propia.

Los niveles más urgentes de prioridad en la atención abarcaron el 34% del total.

El número de pruebas diagnósticas realizadas fue de 1 en el 52% de los pacientes, de 2 en el 30%, de 3 en el 10%, y de más de 4 en el 3% de ellos.

La prueba complementaria más solicitada fue la radiografía con un 58%, seguida de la analítica (sangre y/o orina) con un 51%, y el electrocardiograma con un 24%.

La vía intravenosa fue la vía de administración de medicación más utilizada con un 42%, la intramuscular con un 26% y la oral con 11%.

Entre los procedimientos realizados el más frecuente fue la cateterización de vía periférica (48%), ninguno (38%), inmovilización con venda o escayola (18%), cura y/o sutura de heridas (8%), sondajes (4%).

- Eventos adversos detectados:
- Ninguno en 63 de los pacientes.
- 1 en 6 pacientes.
- 2 en 1 paciente.

Los efectos producidos en los pacientes se clasificaron en:

- Generales (ansiedad o estrés), 2 casos.
- Relacionados con la medicación (náuseas, vómitos, hipotensión por fármacos, manejo inadecuado del dolor, rash o prurito reactivo a apósitos) 4 casos.
- Relacionados con una técnica (hematoma secundario a la técnica, hematuria secundaria a la técnica) 2 casos.

Los factores causales de los eventos adversos estaban relacionados con:

- La gestión en 2 casos.
- La comunicación en 1 caso.
- La medicación en 3 casos.
- Los cuidados/técnicas en 2 casos.

La repercusión en la atención sanitaria recibida por el paciente a causa del evento adverso:

- No se alteró en el 22,2 % de los casos.
- Preciso monitorización en el 22,2 % de los casos.
- Preciso revisión posterior en el 11,1 % de los casos.
- Preciso de ingreso hospitalario en el 0%.
- Preciso prueba adicional en el 0%.
- Preciso tratamiento médico adicional en el 44,4 % de los casos.

Según los observadores, la actuación de los profesionales como responsables del evento adverso:

- Totalmente 18%.
- Moderado 27%.
- Leve 15%.
- Nula 38%.

Según los observadores, el evento adverso se pudo evitar en el 25% de los casos, posiblemente en el 37,5 %, y no se podría haber evitado en el 37,5 %.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los profesionales que respondieron la encuesta por categoría profesional estuvo conformada en un 61% por enfermeras significando el mayor valor, seguidos de los médicos adjuntos con un 32% y los médicos residentes por 7% constituyendo el grupo de menor tasa de respuesta. La mediana de años en el servicio de urgencias

de los profesionales encuestados es de 6 años, siendo el grupo de < 5 años el de mayor porcentaje con un 44%, seguido del grupo de 5-10 años con un 34%, los grupos de 11-15 y >15 años constituyeron los grupos de menor porcentaje con un 15% y 7% respectivamente. La media fue de 7.6 con una desviación estándar de 5,68 siendo el valor que más se repite el de 6,31 años. Los profesionales del servicio de urgencias expresan en la dimensión expectativas y acciones de la dirección/supervisión del servicio que favorecen la seguridad, los resultados positivos más altos con un 69.51%, seguida del trabajo en equipo en el servicio con un 66.91%. Estos resultados son similares a los encontrados por Saturno y colaboradores (2009) en su estudio, donde en positivo, destacan las dimensiones «Trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios» (71,8±1,8) y «Acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que promueven la seguridad» (61,8±1,9). Existe todavía un importante margen de mejora en el que trabajar por parte del equipo directivo y de los profesionales implicados en la gestión del servicio de urgencias. Aunque para ser considerados como puntos fuertes las tasas de respuestas positivas deberían estar por encima del 75% según las recomendaciones al uso. Por todo ello y a pesar de priorizar las acciones tendientes a mejorar aquellas dimensiones peor valoradas, no debe olvidarse el mantener estos puntos fuertes incluso mejorando sus puntuaciones, cosa factible según los datos de otros estudios. De hecho, el impulso de mejoras en las áreas débiles explicitando e informando de las acciones y sus resultados permite incrementar la valoración positiva sobre la implicación de los responsables del servicio y de la dirección del hospital. La dimensión con los resultados más bajos la manifestaron en la dimensión Dotación de Personal con un 21.95%, seguida por el apoyo de la gerencia del hospital a la seguridad del paciente con un 22,76%. En el estudio de Saturno y colaboradores (2009) como debilidades destacan «Dotación de personal», «Trabajo en equipo entre unidades/servicios», «Percepción de seguridad», y «Apoyo de la gerencia» en la seguridad del paciente. Resultados similares a los alcanzados en el estudio de Roqueta, Tomas y Cánovas (2011). Debido a que la finalidad última de las encuestas sobre cultura o clima de seguridad es detectar todos aquellos aspectos susceptibles de mejora y aplicar estrategias para alcanzarla, es importante priorizar estas áreas donde se debe actuar. De forma más específica y en concordancia con lo anterior, la pregunta mejor valorada por los profesionales fue mi supervisor/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente, con un 82.90%, seguida por la del Personal se apoya mutuamente con 72.50%. Por el contrario, las preguntas valoradas de forma más negativa fueron: a veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora con un 87.80%. Seguida por trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado de prisa con un 80.50%. En cuanto a la calificación de 0 a 10 que hicieron los profesionales sobre el grado de seguridad del paciente en su servicio o unidad, la media de las valoraciones de todos los encuestados ha sido de 6.75 con un desviación estándar de 1,25. Esta puntuación no difiere de la obtenida por el grupo de trabajo de Saturno y colaboradores (2009) que estuvo entre 6 y 8 y el de

Roqueta, Tomas y Cánovas (2011) quienes en sus resultados lo encontraron en 6.1. En el Hospital existe un Sistema de Notificación de Eventos Adversos informatizado; al preguntar a los profesionales si conocían la existencia del mismo, el 48% manifestó que sí lo conocían, el 45% que no sabían de su existencia y un 7% que no lo sabía. Se recogió una muestra de 70 casos, de los cuales las características demográficas de los usuarios que fueron estudiados, la media de la edad estuvo en 45 años aproximadamente. El sexo fue representado por un 52% de hombres y 48% de mujeres. Referente a la procedencia de los pacientes del servicio de urgencias, el 71% acudieron por iniciativa propia, el 28% provenían de atención primaria y un 1% venían de otro hospital. En el servicio de urgencias se prioriza la atención según la gravedad del paciente en el triaje, para ello se asigna un número que lo indica, siendo 1 y 2 lo más graves con lo que tiene prioridad en la atención y 5 el menos grave. En la muestra estudiada, no se presentaron del nivel 1, y un 4% tenían un nivel 2. El 30% entró con un nivel 3 y el 41% con un nivel 4 siendo estos dos últimos las mayores proporciones. Un 25% entró con nivel 5. Al 52% de los usuarios que asistieron a urgencias se les realizó una sola prueba diagnóstica, significando esto el mayor porcentaje. Seguido de los pacientes a los que se les realizaron dos pruebas con un 30%, con un 10% a los que se le realizaron 3 pruebas, entre 4 y más pruebas al 3% y no se le realizó ninguna prueba al 5% de los usuarios. Referente al tipo de pruebas diagnósticas que se le realizaron a un 60% se les hizo una radiografía, siendo el mayor porcentaje. Al 53% se les realizó una analítica. Al 24% un electrocardiograma y a un 12% otras pruebas. De los 70 casos de la muestra, en seis de los pacientes el número de eventos adversos observados fue de uno (1) lo cual representó el 8,5%, y en un único paciente distinto a los anteriores fueron dos (2) los eventos adversos encontrados, significando el 1,42%. Siendo siete (7) los pacientes afectados, es decir el 10% de la muestra estudiada y ocho (8) el número total de eventos adversos detectados. Este resultado se acerca al del estudio EVADUR (2011) quienes encontraron un 12%. Los efectos producidos en los pacientes se clasificaron en: Generales (Ansiedad o estrés) con un 25%, Relacionados con la Medicación (Náuseas o Vómitos, Manejo inadecuado del dolor, hipotensión por fármacos, rash o prurito reactivo a apósitos) un 50% y los Relacionados con la Técnica (Hematoma secundario a técnica, Hematuria secundaria a técnica) con un 25%. En los 8 eventos adversos encontrados se estudiaron los factores causales de los mismos, siendo clasificados en: Relacionados con la medicación que significaron el 37% siendo el mayor porcentaje. Relacionados con la gestión, que fueron de un 25%. Relacionados con los Cuidados y Técnicas con un 25% y por último los Relacionados con la Comunicación con un 13% siendo el porcentaje de menor valor. Considerando que los eventos adversos pueden ser evitados, en este estudio se determinó que Posiblemente el 37,50% de los mismos podían haberse evitado. El 37% No se podían evitar y el 25% si podían evitarse. Es decir, 62,5% de los eventos adversos ocurridos pudieron o posiblemente pudieron ser evitados. Este dato se

aproxima al arrojado al estudio EVADUR (2010) donde se concluyó que el 70% de estos eventos tienen una alta evitabilidad.

De esos 8 eventos adversos, el 100% llegaron a causar algún tipo de daño en el paciente de menor o mayor gravedad como un hematoma a causa de una vía periférica, hematuria por sondaje vesical, ansiedad por retraso debido a: problemas informáticos y tardanza en la atención facultativa especialista, náuseas e hipotensión por la medicación, reacción alérgica a esparadráp, manejo inadecuado del dolor. Con estos resultados se han obtenido un conjunto de dimensiones por dónde empezar a actuar haciendo esfuerzos entre todos: Profesionales, gestores y pacientes, por diseñar estrategias específicas encaminadas a estudiar y valorar las acciones de mejora más oportunas en estas áreas. En cuanto a la adecuación de la "dotación de recursos humanos del servicio" y cargas de trabajo soportadas, no sólo debemos observar las recomendaciones sobre el número de profesionales y los ritmos de trabajo a que son sometidos (25). También tenemos que valorar otros aspectos como sus competencias y las tareas que realizan estos profesionales, así como horas trabajadas (26). En ocasiones puede haber un número estructural de profesionales adecuado, pero el personal médico y de enfermería realiza acciones que o bien no le corresponden o bien pueden ser simplificadas de manera considerable o incluso eliminadas, con ayuda de la tecnología. Asimismo, la reducción de las interrupciones no deseadas por temas ajenos a la asistencia permite disponer de un mayor tiempo útil, reducir la sensación de agobio y lograr también mayor seguridad en la asistencia al paciente (27,28) Para incrementar la "percepción de seguridad" en los Servicios de Urgencias es estratégico fomentar la notificación de errores y su discusión franca y honesta con la intención de aprender para mejorar (16). La seguridad debe abordarse de forma sistémica y en equipo, huyendo de las culpabilizaciones individuales y del fatalismo. La medición del daño y de sus repercusiones, el análisis de las condiciones latentes, la identificación de soluciones, la evaluación de su impacto y la aplicación de la evidencia en la mejora de la seguridad, todo ello realizado con participación de los profesionales y con transparencia en la información y en condiciones de comunicación constante son claves en la mejora de esta dimensión (16). La "coordinación entre servicios/unidades" es el cuarto factor peor valorado. Como acciones de mejora se contempla el fomentar la responsabilidad compartida, la interrelación entre los diferentes servicios, así como la estructuración de los traspasos de pacientes y de información. Se debe inculcar que la buena evolución del paciente y de la organización no es una tarea fragmentada, sino de integración del trabajo de todas las unidades. Un aspecto capital en este proceso es la información periódica a los profesionales de los resultados alcanzados y acciones de mejora para lograr su implicación máxima en un tema tan importante como es la de mejorar la CS del servicio, beneficioso no tan sólo para el paciente sino también para el profesional

1. Sociedad española de urgencias y emergencias Seguridad clínica de los pacientes en los servicios de urgencias. 2007. Volumen 1. Número 3.
2. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [acceso 10/08/2012]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/resumenEstudioApeas2008.htm>
3. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS, 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
4. TOMÁS S, CHANOVAS M, ROQUETA F, ALCARAZ J, TORANZO T. Estudio EVADUR. Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. GRUPO DE TRABAJO EVADUR-SEMES. Emergencias 2010; 22: 415-428
5. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington D.C.; National Academy Press; 1999.
6. Jiménez Murillo L, Hermoso Gadeo F, Tomás Vecina S, Algarra Paredes J, Parrilla Herranz P, Burillo Puzte G y Equipo de Trabajo de SEMES-EASP. Urgencias sanitarias en España: Situación Actual y propuestas de mejora. Sociedad Española de medicina de Urgencias y Emergencias. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública Editores; 2003.
7. Leape L. Reporting of adverse events. N Engl J Med. 2002;347: 1633-8.
8. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000;320(7237):768-70.
9. Otero MJ. Errores de medicación y gestión. RevEsp SaludPública. 2003;77(5):527-40
10. Leape LL. Reporting of adverse events. N Eng J Med.2002;347(20):1633-38.
11. Makeham MA, Dovey SM, County M, Kidd MR. An international taxonomy for errors in general practise: pilot study. Med J Aust. 2002;177(2):68-72.
12. Gandhi TK; Weingart SN, Borus J. Adverse drugs events in ambulatory care. N Eng J Med. 2003; 348(16):1556-64.
13. Sequist TD, Marsall R, Lampert S, Buechler EJ, Lee TH. Missed opportunities in the primary care management of early acute ischemic heart disease. Arch Intern Med. 2006;166(20):2237-43.
14. Britt H, Miller GC, Steven ID, Howarth Gc, Nicholson PA, Bhasale AL et al. Collecting data con potentially harmful events: a method poor monitoring incidents in general practise. Family Pract. 1997;14(2):101-6.
15. National Quality Forum. Safe Practices for Better Healthcare: 2006 Update. National Quality Forum. Washington, DC: National Quality Forum; 2007. (Consultado 21 Junio 2012). Disponible en: http://www.qualityforum.org/Publications/2007/03/Safe_Practices_for_Better_Healthcare-2006_Update.aspx
16. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA), Sistema Nacional de Salud (NHS). La seguridad del paciente en 7 pasos. Madrid: Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. (Consultado 21 Junio 2011). Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp5.pdf
17. Bañeres J, Cavero E, López L, Orrego C, Suñol R. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Calidad y Evaluación Sanitaria. Planificación Sanitaria. SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Madrid.
18. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. (Consultado 21 Junio 2011). Disponible en: <http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
19. Roqueta F, Tomás S, Cánovas M. Cultura de seguridad. ¿Cómo la podemos medir? Monografías de Emergencias. 2009;3:1-5.
20. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in health care organizations. Qual Safe Health Care 2003;12 Suppl 2:ii17-23.
21. Saturno-Hernández P. et al. 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.
22. Roqueta F, Tomás S, Cánovas M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Emergencias 2011; 23: 356-364.
23. Gascón-Cánovas JJ, Saturno-Hernández P. Cuestionario sobres seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
24. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication n° 040041. Rockville, MD: Agency for Health Care Research and Quality. 2004.
25. Aljama M, López-Andujar L, Fernández-Valderrama J, Jiménez-Murillo L, Tejedor M, Torres R. Estándares de acreditación para servicios de urgencias de hospitales. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2ª edición. Madrid: Edicomplet S.A, 2008.
26. Olds DM, Clarke SP. The effect of work hours on adverse events and errors in health care. J Safety Res. 2010;41:153-62.
27. Westbrook JI, Coiera E, Dunsmuir WT, Brown BM, Kelk N, Paoloni R, et al. The impact of interruptions on clinical task completion. Qual Saf Health Care. 2010;19:284-9.
- 28 Westbrook JI, Woods A, Rob MI, Dunsmuir WT, Day RO. Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. Arch Intern Med. 2010;170:683-90.
29. Botwinick L, Bisognano M, Haraden C. Leadership Guide to Patient Safety. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2006. (Consultado 21 Junio 2012). Disponible en:

<http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/69FB6E98-B3C8-470D-80C3E8038560AB4/0/IHILeadershipGuidetoPtSafetyWhitePaper2006.pdf>

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos desde estas líneas la colaboración de los pacientes que aceptaron participar en el estudio, y la oportunidad brindada por la Revista Científica de la SEEUE para publicar nuestro trabajo.