



Universidad de Tarapacá
Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Enfermería

PERCEPCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCION, HOSPITAL REGIONAL DR. JUAN NOÉ CREVANI, ARICA 2014

Natalia Herrera Medina
E.U.- Ing. Comercial
Directora Departamento de
Enfermería

FUNDAMENTACIÓN

- La seguridad del paciente es un problema de salud pública a nivel mundial
- En los países desarrollados 1 de cada 10 pacientes sufre algún tipo de evento adverso (EA)
- En Chile a través de la estadística del MINSAL, del 2003 se identificaron que 3 de cada 10 paciente sufría daño producto de evento adverso.
- El MINSAL, reveló que lejos de disminuir los daños, se habían incrementado, 4 de cada 10 pacientes sufrían eventos adversos, principalmente por medicación y caídas.
- La OMS en su informe semestral el 2013, describe que Chile es el cuarto país con mayor tasa de incidencia de EA en los hospitales públicos de Sudamérica
- Esto sumado a las IAAS afectan a 18 de cada 100 pacientes ingresados.

FUNDAMENTACIÓN

Seguridad del paciente ===} ocurrencia de eventos adversos

En relación a la práctica médica el error puede ocurrir en 3 condiciones:

- 1.- por la realización de acciones innecesarias
- 2.- por la ejecución inadecuada de maniobras útiles
- 3.- por la omisión de intervenciones benéficas

FUNDAMENTACIÓN

Los errores pueden clasificarse como latentes o activos

- Los activos son acciones inseguras (olvidos, fallos o transgresiones de protocolos), dependen directamente del operador y se observan inmediatamente.
- Los errores latentes no dependen del operador, su efecto no se observa a simple vista e incluye defectos por ejemplo de diseño, instalación y mantenimiento. (aún no ocurre, pero es cosa de tiempo).

El error humano puede ser enfocado de 2 maneras:

- como un problema de las personas
- Como un problema de los sistemas

El enfoque personal, atribuye los errores a ciertos procesos de los individuos, como olvido, distracción , poca motivación, falta de cuidado, sobrecarga de trabajo, cansancio, estrés, entre otros.



FUNDAMENTACIÓN

La visión moderna de la causa de error médico considera la atención de salud como un sistema altamente complejo, donde interactúan muchos elementos y factores, donde la responsabilidad no depende de solo un factor.



OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de cultura de seguridad en la atención de salud por enfermeras (os), del Hospital Regional Dr. Juan Noé Crevani, Arica, Diciembre 2014.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- DETERMINAR EL CLIMA DE SEGURIDAD PERCIBIDO POR ENFERMEROS(AS) CLÍNICOS QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL REGIONAL DR. JUAN NOE CREVANI.
- 2.- DESCRIBIR LA FRECUENCIA DE ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS FAVORABLES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD (FORTALEZAS).
- 3.- IDENTIFICAR OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LAS ATENCIONES DE SALUD.



MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de la Investigación

Cuantitativo Descriptivo

Corte Transversal



POBLACION Y MUESTRA

- ✓ **UNIVERSO:** 107 enfermeros(as) pertenecientes a las distintas unidades de atención, contratados por el Hospital Regional Dr. Juan Noé Crevani, según la dotación marzo del año 2014
- ✓ **TIPO DE MUESTRA:** La muestra es del tipo probabilístico estratificado.
- ✓ **TAMAÑO MUESTRAL:** Corresponde a 89 enfermeras (o)
- ✓ **SELECCIÓN DEL ELEMNTO MUESTRAL:** Se realizó a través de método de tómbola, para seleccionar de manera aleatoria a los participantes del estudio.

METODO

Procedimiento de recolección de Datos.

“Cuestionario sobre seguridad de los pacientes”

Versión española con consistencia interna calculada a través del Alpha de Cronbach (0,83 a 0.90) fiabilidad aceptable a excelente

-Permite hacer diagnóstico de la cultura de seguridad.

- Evalúa las dimensiones de la cultura de seguridad.

50 ítems relacionados a la cultura de calidad, agrupado en 12 dimensiones

5 opciones de respuestas de escala tipo Likert

1 pregunta que mide globalmente el grado de seguridad

Se utiliza escala unidimensional de 10 puntos

Características sociolaborales de los profesionales



METODO

Procedimiento de recolección de Datos.

El cuestionario tiene preguntas formuladas positivamente y otras negativamente, categorizadas de la siguiente manera

NEGATIVO		NEUTRAL	POSITIVO	
MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	DESCONOZCO	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE



METODO

FORTALEZA	75% DE RESPUESTAS POSITIVAS	DE ACUERDO MUY DE ACUERDO	A PREGUNTAS FORMULADAS EN POSITIVO
	75% DE RESPUESTAS NEGATIVAS	EN DESACUERDO MUY EN DESACUERDO	A PREGUNTAS FORMULADAS EN NEGATIVO
DEBILIDAD (OPORTUNIDAD DE MEJORA)	50% DE RESPUESTAS NEGATIVAS	EN DESACUERDO MUY EN DESACUERDO	A PREGUNTAS FORMULADAS EN POSITIVO
	50% DE RESPUESTAS POSITIVAS	DE ACUERDO MUY DE ACUERDO	A PREGUNTAS FORMULADAS EN NEGATIVO

METODO

Procedimiento de recolección de Datos.

- Con esta codificación , se calculó la frecuencia relativa de cada categoría
- A partir de esto con los resultados se describe:
 - El clima de seguridad
 - Se identifican fortalezas
 - Se identifican debilidades



PROCEDIMIENTO

CONSIDERACIONES
ÉTICAS

```
graph LR; A[CONSIDERACIONES ÉTICAS] --> B[AUTORIZACIÓN AL CO MITÉ DE ÉTICA DEL HJNC]; A --> C[FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO];
```

AUTORIZACIÓN AL CO MITÉ
DE ÉTICA DEL HJNC

FIRMA DEL
CONSENTIMIENTO
INFORMADO

SE APLICÓ EL CUESTIONARIO DE MANERA INDIVIDUAL, PARA
GARANTIZAR LA CONFIDENCIALIDAD Y MINIMIZAR EL SESGO EN LAS
RESPUESTAS

ANALISIS ESTADISTICO

- ✓ Análisis Descriptivo mediante Medidas de Tendencia Central: a través del programa SPSS versión 22 Windows.
- ✓ Se determinó nivel de significancia expresado como medida de tendencia central y medidas de dispersión.

RESULTADOS

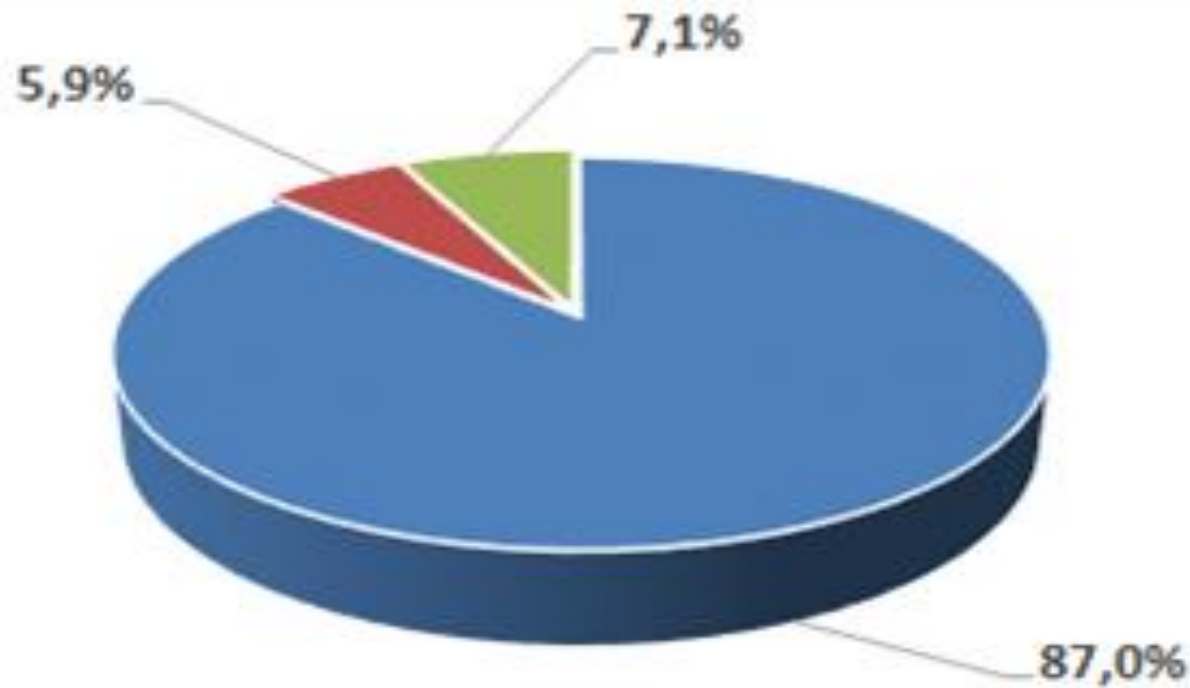


DESCRIPCION SOCIOLABORALES

CARACTERISTICAS SOCIO LABORALES.		PORCENTAJE (%)
sexo	Femenino	78,7
Edad	Entre 24 y 34 años	68.5
Contacto con el paciente	Contacto directo	92.1
Sistema de turno	Sí	50.6
Cargo en el servicio	Enfermera (o) clínico	79,8
Años de profesión	1 a 5 años	51,7
Años en el HJNC	1 a 5 años	56,2
Años en su actual unidad	1 a 5 años	58,6



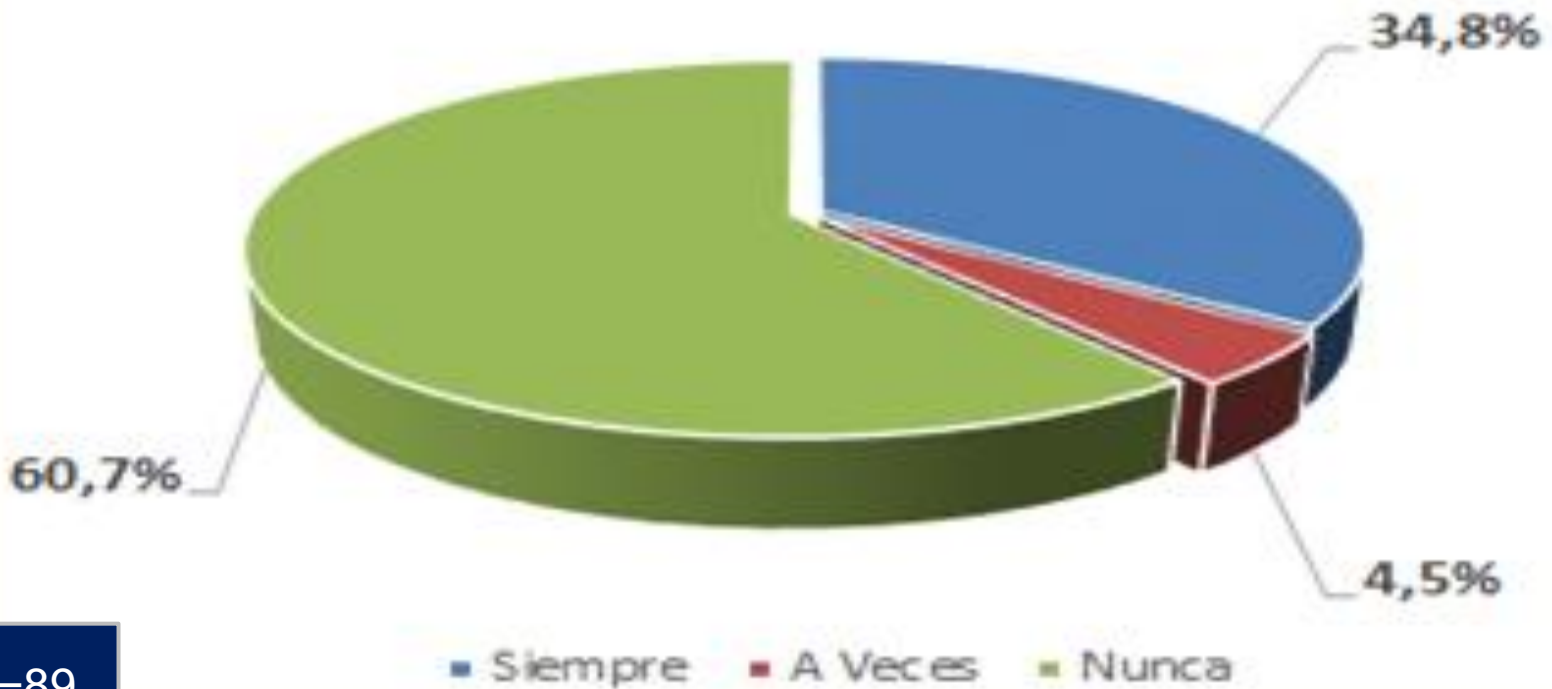
PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA SEGÚN EL APOYO MUTUO DENTRO DE LA UNIDAD O SERVICIO CLINICO



n=89

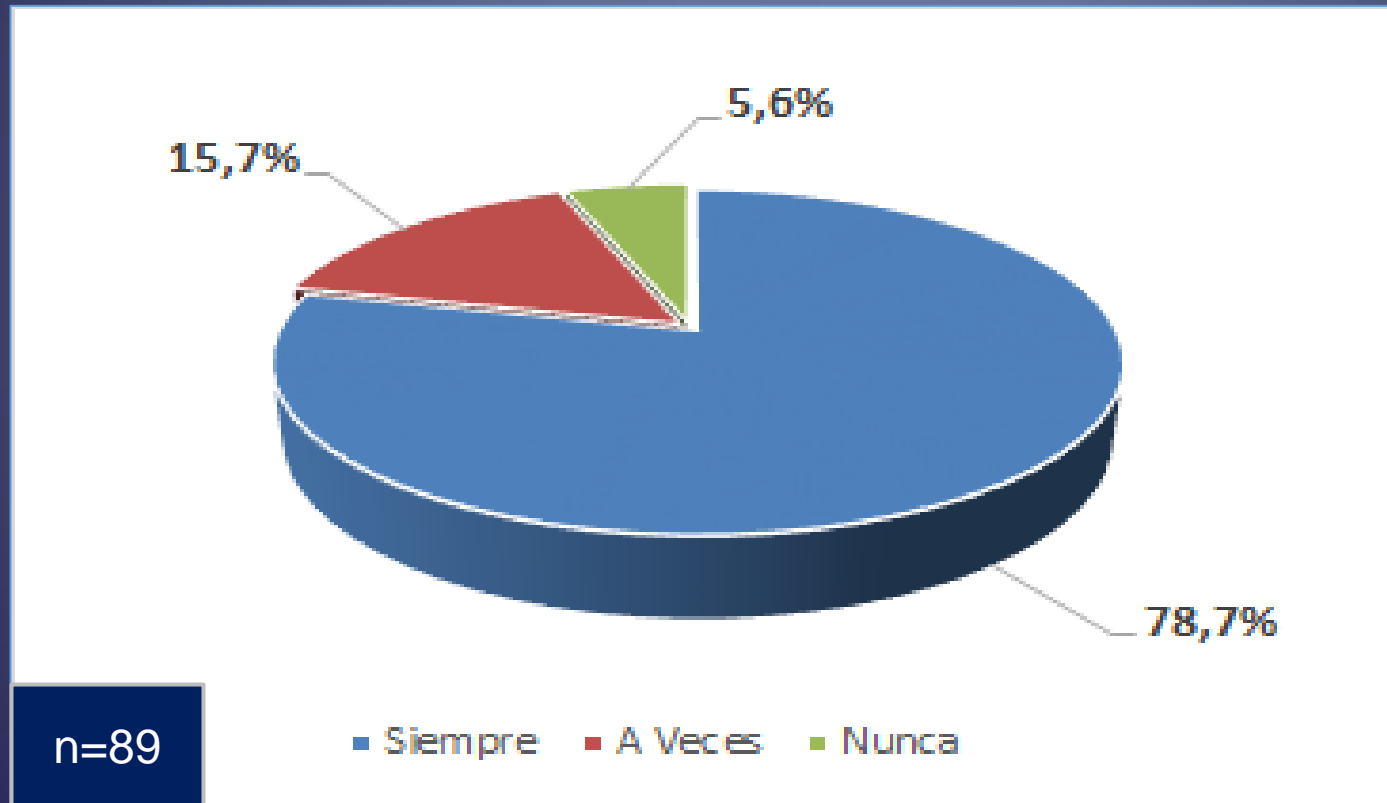
• Siempre • A Veces • Nunca

PERCEPCION DE ENFERMERAS (OS) DE CONTAR CON SUFICIENTE PERSONAL PARA REALIZAR EL TRABAJO

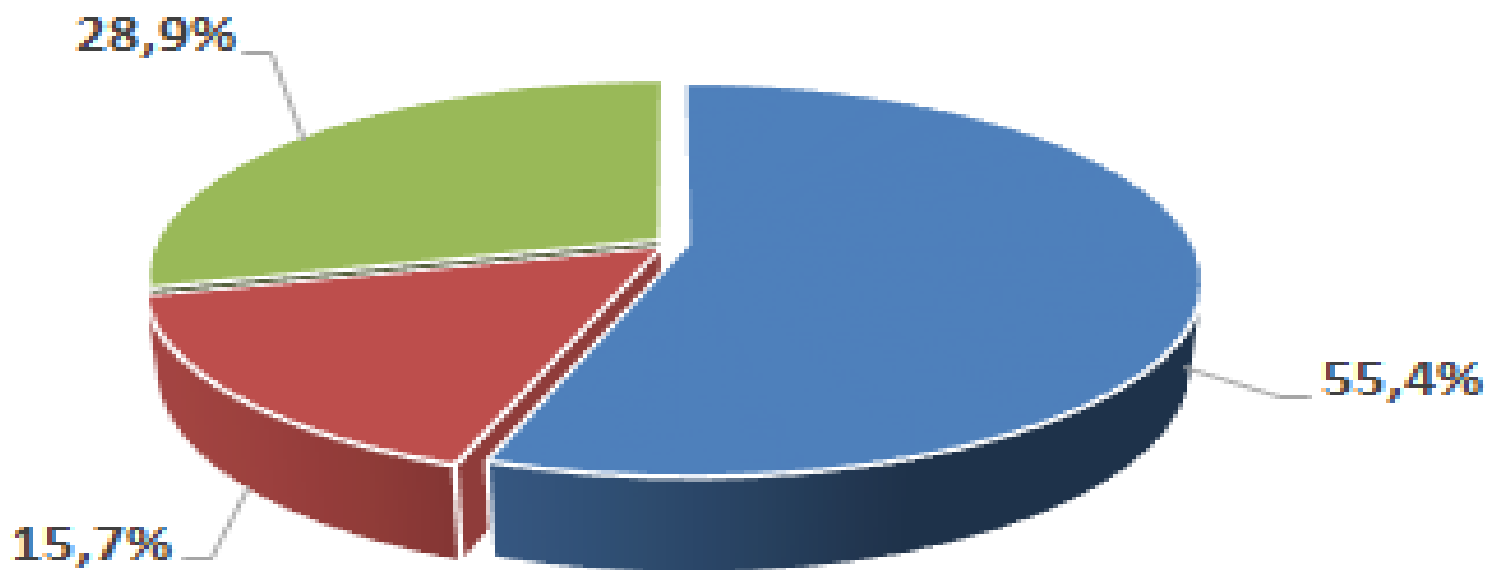


n=89

PERCEPCIÓN EN LA NOTIFICACIÓN DE ERRORES DESCUBIERTOS Y CORREGIDOS ANTES DE AFECTAR AL PACIENTE



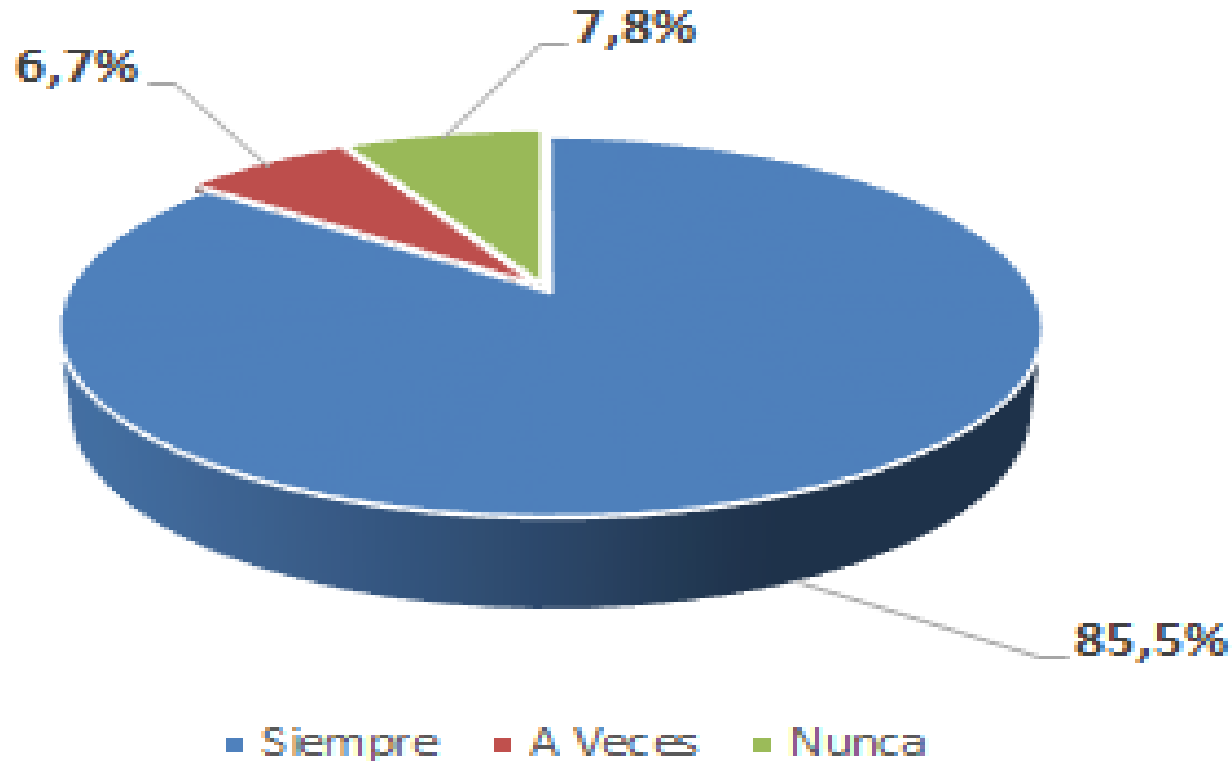
PERCEPCION DE ENFERMEROS (AS) DE BUSCAR CULPABLAS ANTES QUE LA CAUSA FRENTE A UN ERROR



n=89

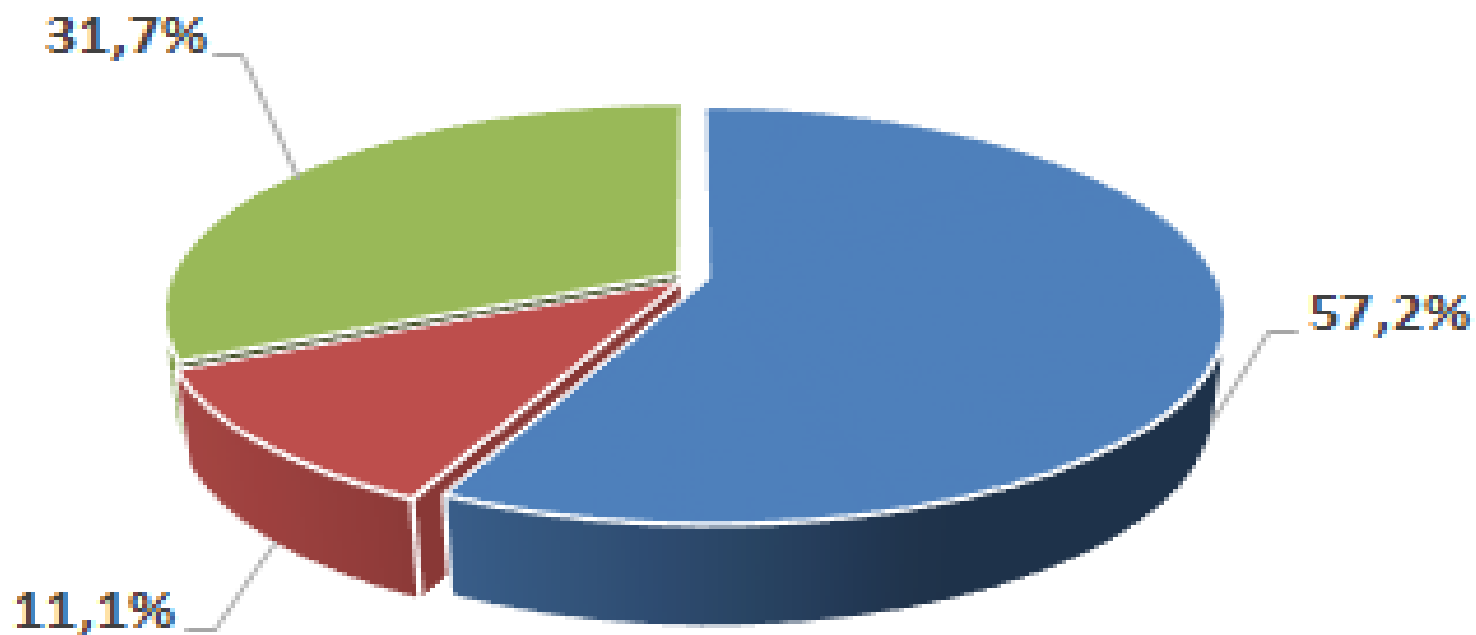
■ Siempre ■ A Veces ■ Nunca

PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA RESPECTO A LA REALIZACION DE ACCIONES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



n=89

PERCEPCION DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA RESPECTO AL TEMOR DE REALIZAR PREGUNTAS FRENTE A ERRORES EN LA ATENCIÓN



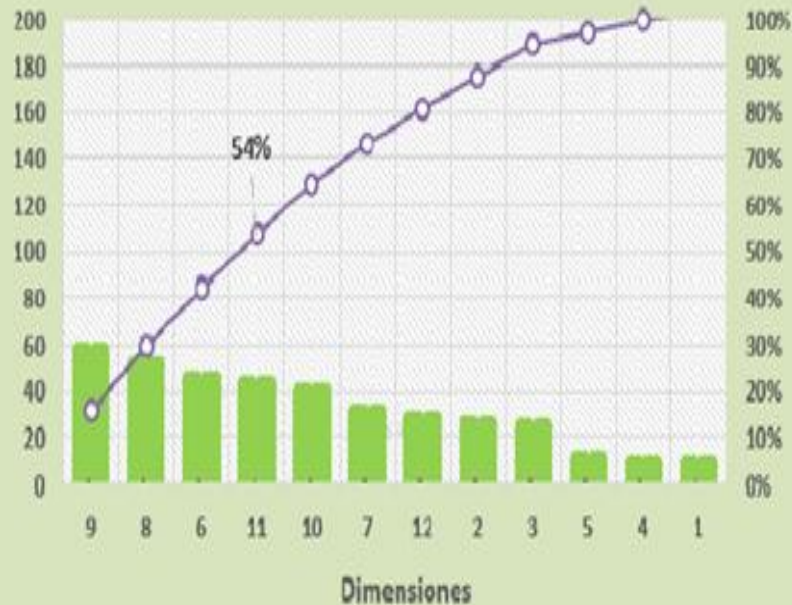
n=89

■ Siempre ■ A Veces ■ Nunca

FORTALEZAS Y DEBILIDADES IDENTIFICADAS

Dimensión de la cultura de seguridad	Positivas % (IC95%)	Neutras % (IC95%)	Negativas % (IC95%)
1. Frecuencia de eventos notificados	77 (75,8-78,2)*	15 (13,8-16,2)	8 (7,3-8,7)
2. Percepción de seguridad	60 (57,8-62,2)	14 (12,7-15,3)	26 (24,6-27,4)
3. Acciones de la dirección/Supervisión que favorecen la seguridad	57 (53,7-60,3)	18 (16,5-19,5)	25 (23,7-26,3)
4. Aprendizaje organizacional/Mejora continua	81 (76,6-85,4)*	10 (7,9-12,1)	9 (7,2-10,8)
5. Trabajo en equipo en la unidad/servicio	80 (74,5-85,5)*	9 (7,3-10,7)	11 (10,1-11,9)
6. Franqueza en la comunicación	35 (31,6-38,4)	20 (18,3-21,7)	45 (41,2-48,8)
7. Feedback y comunicación sobre errores	58 (54,5-61,5)	11 (8,9-13,1)	31 (28,6-33,4)
8. Respuesta no punitiva a los errores	33 (31,7-34,3)	16 (13,8-18,2)	51 (47,7-54,3)**
9. Dotación de personal	34 (30,4-37,6)	8 (6,8-9,2)	58 (55,3-60,7)**
10. Apoyo de la gerencia en seguridad del paciente	46 (42,1-49,9)	14 (12,7-15,3)	40 (35,7-44,3)
11. Trabajo en equipo entre unidad/servicio	46 (42,6-49,4)	11 (9,6-12,4)	43 (39,4-46,6)
12. Cambios de turno/Transiciones entre unidad/servicio	52 (51,6-52,4)	20 (17,1-22,9)	28 (26,7-29,3)

GRÁFICO DE PARETO RESPECTO A LAS DEBILIDADES IDENTIFICADAS



9. Dotación de personal
8. Respuesta no punitiva a los errores
6. Franqueza en la comunicación
11. Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio
10. Aportes de apoyo de la gerencia en la seguridad
7. Retroalimentación y comunicación sobre errores
12. Cambios de turno/transición entre servicios
2. Percepción de seguridad
3. Acciones de la dirección/superación que promueven seguridad
5. Trabajo equipo entre unidades/servicios
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua
1. Notificación de eventos relacionados con seguridad

DISCUSIÓN

Resultados son concordantes en otros estudios como el realizado en España por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) en colaboración con la Universidad de Murcia.

▶ Grado de seguridad moderadamente alto (Calificación 7,5) v/s (6.5) MSPSI

▶ **MSPSI (España)**

Debilidades: Dotación de Personal

Fortalezas: Trabajo en equipo en la misma unidad o servicio

Acciones de la dirección/Supervisión que favorecen la seguridad

▶ **Latinoamérica (Colombia - Perú – Ecuador)**

Debilidades: Dotación de Personal (Sobrecarga de trabajo)

Respuesta no punitiva de errores

Trabajo en equipo entre unidad/servicio

Fortalezas: Trabajo en equipo en la misma unidad o servicio

Acciones de la dirección/Supervisión que favorecen la seguridad

CONCLUSIONES

- **Fortaleza:** Existe un aprendizaje organizacional respecto al análisis de los errores que lleva a cambios positivos en el manejo de la seguridad del paciente.

Fuerte compromiso por la seguridad – Notificación de errores (Los errores que se cometen y que no dañan al paciente se reportan inmediatamente tratando de evitar que se repitan.

Trabajo en equipo: Perciben que la mayoría hacen lo mejor que pueden por lograr la seguridad del paciente.

CONCLUSIONES

- **Debilidades:** Sobrecarga de trabajo y falta de personal. Énfasis en la gran cantidad de tareas que deben ejecutar con un tipo de paciente cada vez más complejo que permite que aumentar el margen de error.

Demandas excesivas de trabajo que generan niveles estrés altos con repercusiones en la salud de los trabajadores y en su productividad.

Dificultades en el manejo de la información de los pacientes cuando es transferida de una unidad a otra o cambios de turno

Falta de comunicación entre la dirección, el personal (jefes y subalternos) y entre los servicios/unidades, elemento clave en la seguridad del Paciente.

RECONDACIONES Y SUGERENCIAS

- ▶ Prestar atención a la organización del personal, ritmos de trabajo y jornadas laborales.
- ▶ Fomentar y establecer la notificación interna y discusión en equipo de los errores que pudieran ocurrir en las diferentes unidades.
- ▶ Llevar a cabo procesos de capacitación e investigación que conlleven a mejorar la cultura de seguridad del paciente.
- ▶ Mejorar la relación entre las Unidades para mejorar la entrega de información de los pacientes y así mejorar la seguridad en el trabajo.

¡GRACIAS POR SU
ATENCIÓN!