

Evaluación de la cultura de seguridad tras alcanzar la certificación en gestión de riesgos para la seguridad del paciente (UNE 179003)

Evaluation of the safety culture after achieving certification in risk management for patient safety (UNE 179003)

Sr. Editor:

Alcanzar una cultura de seguridad del paciente arraigada en los profesionales es clave para minimizar la aparición de eventos adversos en el entorno sanitario. Por tanto, supone un requisito fundamental para implantar un sistema de gestión de riesgos para la seguridad del paciente (SGRSP).

Analizar el nivel de cultura de seguridad nos permite conocer la situación basal de nuestra unidad, planificar y priorizar acciones de mejora. La repetición periódica de este análisis permite valorar el impacto de dichas acciones y replantear estrategias.

En este contexto, nos planteamos los siguientes objetivos:

- Conocer el nivel de cultura de seguridad del paciente en la sección de Urgencias Pediátricas de un hospital terciario
- Comparar la percepción de los trabajadores de esta Unidad en cultura de seguridad antes y después de obtener la certificación de Gestión de Riesgos para la seguridad del paciente según la norma UNE 179003.

Para ello se realizó un estudio cuasiexperimental longitudinal prospectivo utilizando como instrumento de medición del nivel de cultura de seguridad la versión en castellano de la encuesta validada *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPS). Dicha encuesta consta de 42 preguntas que pueden agruparse en 12 dimensiones de seguridad. Se incluyeron como pobla-

ción de estudio todos los profesionales de la Unidad de Urgencias Pediátricas (sanitarios y no sanitarios). La encuesta se realizó de forma anónima y voluntaria en dos ocasiones, (Mayo de 2014 y Diciembre de 2016), antes y después de obtener la certificación de Gestión de Riesgos para la seguridad del paciente según la norma UNE 179003. Se analizaron las respuestas positivas y negativas, descartando las respuestas intermedias. Se compararon los resultados obtenidos en ambas mediante el método asintótico de comparación de proporciones.

En ambos periodos realizaron la encuesta 54 profesionales de la Unidad de Urgencias Pediátricas.

Las dimensiones mejor valoradas tanto en la primera como en la segunda encuestas fueron las expectativas de los profesionales del servicio y el trabajo en equipo en la Unidad.

En la encuesta realizada tras conseguir la certificación de nuestro sistema de Gestión de Riesgos para la seguridad del paciente se constató un incremento en la frecuencia de incidentes notificados y el posicionamiento del proceso de aprendizaje y mejora continua como una de las dimensiones mejor valoradas.

Las categorías peor valoradas en ambos periodos fueron la dotación de recursos humanos y el apoyo de la Gerencia del Hospital, empeorando de forma significativa la percepción de los trabajadores con respecto a las mismas en la segunda encuesta realizada.

El desglose por dimensiones puede verse reflejado en la tabla adjunta (I).

En base a estos resultados, se puede concluir que la implantación de un SGRSP basado en la Norma UNE 179003, nos ha permitido mejorar nuestro nivel de cultura de seguridad, potenciando la notificación de incidentes y motivando a los profesionales para implicarse en el proceso de mejora continua de la Unidad. Sin embargo, se identifican áreas de mejora en la dotación de recursos humanos y la percepción del apoyo de la Gerencia del Hospital.

Tabla

Dimensiones	Encuesta 1			Encuesta 2			Diferencias positivas (%)	IC 95%	Diferencias negativas (%)	IC 95%
	n	Positivas	Negativas	n	Positivas	Negativas				
Frecuencia de eventos notificados	155	77 (50%)	19 (12%)	125	87 (70%)	8 (6%)	19,9	8,6 a 31,2	-5,8	-12,5 a 0,8
Percepción de seguridad	213	96 (45%)	67 (32%)	170	67 (39%)	61 (36%)	-5,6	-15,6 a -4,2	4,4	-5 a 13,9
Expectativas de los responsables del servicio	212	134 (63%)	32 (15%)	175	129 (74%)	13 (7%)	10,5	1,3 a 19,7	-7,6	-13,8 a -1,5
Aprendizaje/mejora continua	157	90 (57%)	23 (15%)	131	102 (78%)	13 (10%)	20,5	10 a 31	-4,7	-12,3 a 2,8
Trabajo en equipo en la Unidad	215	180 (84%)	10 (5%)	176	136 (77%)	15 (9%)	-6,4	-14 a 1,4	3,8	-1,2 a 8,8
Facilidad en la comunicación	159	74 (47%)	27 (17%)	128	67 (52%)	11 (9%)	5,8	-5,8 a 17	-8,4	-15,9 a -0,8
Feed-back/comunicación errores	158	72 (46%)	30 (19%)	129	73 (57%)	13 (10%)	11	-0,5 a 22,5	-8,9	-16,9 a -0,8
Respuesta no punitiva a los errores	160	75 (47%)	58 (37%)	130	67 (52%)	35 (27%)	4,6	-6,8 a 16	-9,3	-19,9 a 1,3
Dotación de recursos humanos	213	67 (31%)	108 (51%)	178	31 (17%)	122 (68%)	-20,2	-29,3 a -11,2	17,8	8,2 a 27,4
Apoyo de la Gerencia del Hospital	156	33 (21%)	83 (53%)	131	21 (16%)	81 (62%)	-5	-14 a 3,8	8,6	-2,8 a 20
Trabajo en equipo entre Unidades	209	106 (51%)	43 (21%)	171	65 (38%)	43 (25%)	-12,7	-22,6 a -2,7	4,5	-3,9 a 13
Problemas en cambios de turno	212	119 (56%)	56 (26%)	171	74 (43%)	40 (23%)	-12,8	-22,8 a -2,8	-3	-11,7 a 5,6

(I)Desglose de resultados por dimensiones en encuesta 1 (realizada en 2014) y 2 (realizada en 2016).

Referencias

- Vilà de Muga M, Serrano Llop A, Rifé Escudero E, Jabalera Contreras M, Luaces Cubells C. Impacto de un modelo estandarizado para la declaración y análisis de incidentes en la mejora de un Servicio de Urgencias Pediátrico. *An Pediatr (Barc)*. 2015;83(4):248-56.
- Vilà-de-Muga M, Messegué-Medà M, Astete J, Luaces-Cubells C. Resultados de una estrategia de prevención de errores de medicación en un servicio de urgencias pediátrico. *Emergencias*. 2012;24:91-5.
- Muething SE, Goudie A, Shoetker PJ, et al. Quality improvement initiative to reduce serious safety events and improve patient safety culture. *Pediatrics*. 2012;130:e423-31.
- Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T y Grupo de Trabajo EVADUR-SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*. 2010;22:415-28.

Ana Isabel Romero Martínez^a, Carmen Ignacio Cerro^b,
Andrea Mora Capín^c, Rafael Marañón Pardillo^c

^aResidente de Pediatría, Hospital General

Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

^bEnfermera Urgencias Pediátricas, Hospital General

Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

^cMédico Adjunto de Urgencias Pediátricas, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Centro de trabajo: Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
Dirección: C/Doctor Esquerdo, 46. 28007. Madrid.

Conflictos de intereses:
Declaramos no tener ningún potencial conflicto de interés.

Fuentes de financiación: No poseemos financiación.

Correspondencia:
Ana Isabel Romero Martínez
airomero@hotmail.es

Interacciones novedosas entre factores de riesgo cardiovasculares. Resultados del estudio PESECAD-HTA

Novel interactions among cardiovascular risk factors. Results from the PESECAD-HTA study

Sr. Editor:

Si bien es cierto que la comunidad médica había considerado desde antaño a la hipertensión arterial (HTA) esencial como una entidad propia del adulto, desde hace años los cuatro Reportes norteamericanos sobre manejo y tratamiento de HTA en niños y adolescentes publicados hasta la fecha¹ junto a las más recientes Guías Europeas en tal contexto de 2016² han incrementado notablemente el interés sobre esta problemática.

En la actualidad se conoce que la identificación de factores de riesgo cardiovasculares (FRC) permite evaluar cuál es el sujeto con mayor probabilidad de evolucionar hacia la HTA, pero la escasez de estudios longitudinales en tal sentido no permite establecer distinciones precisas^{1,2}.

En atención a lo anterior, uno de los objetivos del estudio cubano PESECAD-HTA con algunos resultados en otro contexto ya publicados fue valorar la interacción de los FRC desde el estado prehipertensivo en la adolescencia hacia la HTA en la adultez³. De los 385 prehipertensos diagnosticados durante la primera etapa del estudio se escogió muestra aleatoria de 125 a los que se le realizó un seguimiento clínico bianual en consulta médica durante ocho años (2001 al 2009).

Se debe añadir que en el 100 % de los casos, la conversión de los prehipertensos adolescentes en adultos hipertensos ocurrió entre el séptimo y octavo años de seguimiento, con una incidencia acumulada de HTA de 0,65 (IC para el 95% de 56,9-73,53) Al arribar a la adultez, el 65,60% de los prehipertensos se habían convertido en adultos hipertensos y el 34,40% permaneció como prehipertenso.

Luego del procesamiento estadístico realizado, se obtuvieron una serie de interacciones inéditas entre

los FRC en la adolescencia en su trayectoria hacia la adultez; el autor considera oportuno para el correcto entendimiento de estas tener en cuenta que el estadígrafo utilizado (árbol de decisión) se construyó empleando la técnica de CHAID, partiendo de análisis de variables independientes en aras de determinar interacciones significativas entre variables independientes en función de las variables dependientes (HTA o preHTA en la adultez). Por lo tanto, las interacciones identificadas no discriminan a las demás variables independientes o FRC, las que, a la hora de realizar el análisis de cada una de las interacciones, deben ser tenidas en cuenta.

Cuando se analizan los resultados de la técnica estadística empleada en esta investigación, se destaca la existencia de cuatro variables trazadoras: peso al nacer, edad del diagnóstico de la preHTA, el ambiente familiar y obesidad familiar (figura 1).

La plausibilidad científica de las interacciones emitidas no es desacertada teniendo en cuenta fenómenos como el de la causalidad compleja y la epigénesis; los “sesgos” al establecer puntos de corte “definitivos” en variables cuantitativas continuas (ejemplos para el BPN, e incluso las categorías tensionales) son reales. Una limitación fundamental de los puntos de corte entre la normalidad y la anormalidad es que en casi ninguna variable existe algún fundamento biológico que permita utilizar un valor particular como límite de la normalidad. Es decir, no se tiene en cuenta la posibilidad de que el daño a nivel molecular o celular esté ya presente desde mucho antes de que se hayan alcanzado los rangos considerados como anormales⁴.

Las diferentes interacciones obtenidas permiten “trazar” un camino a seguir y “adelantarse” en la detección de los diversos FRC estudiados desde la complejidad de su interacción; incluso antes de que algunos indicadores alcancen la denominada “positividad”.

El autor considera que la predicción desde estadios pre-clínicos de la HTA en las primeras edades de la vida es primordial⁵. Es hora de encontrar formas más inteligentes y a tono con las teorías de la causalidad compleja si queremos acercarnos a una prevención más real de la enfermedad desde la complejidad de su origen.

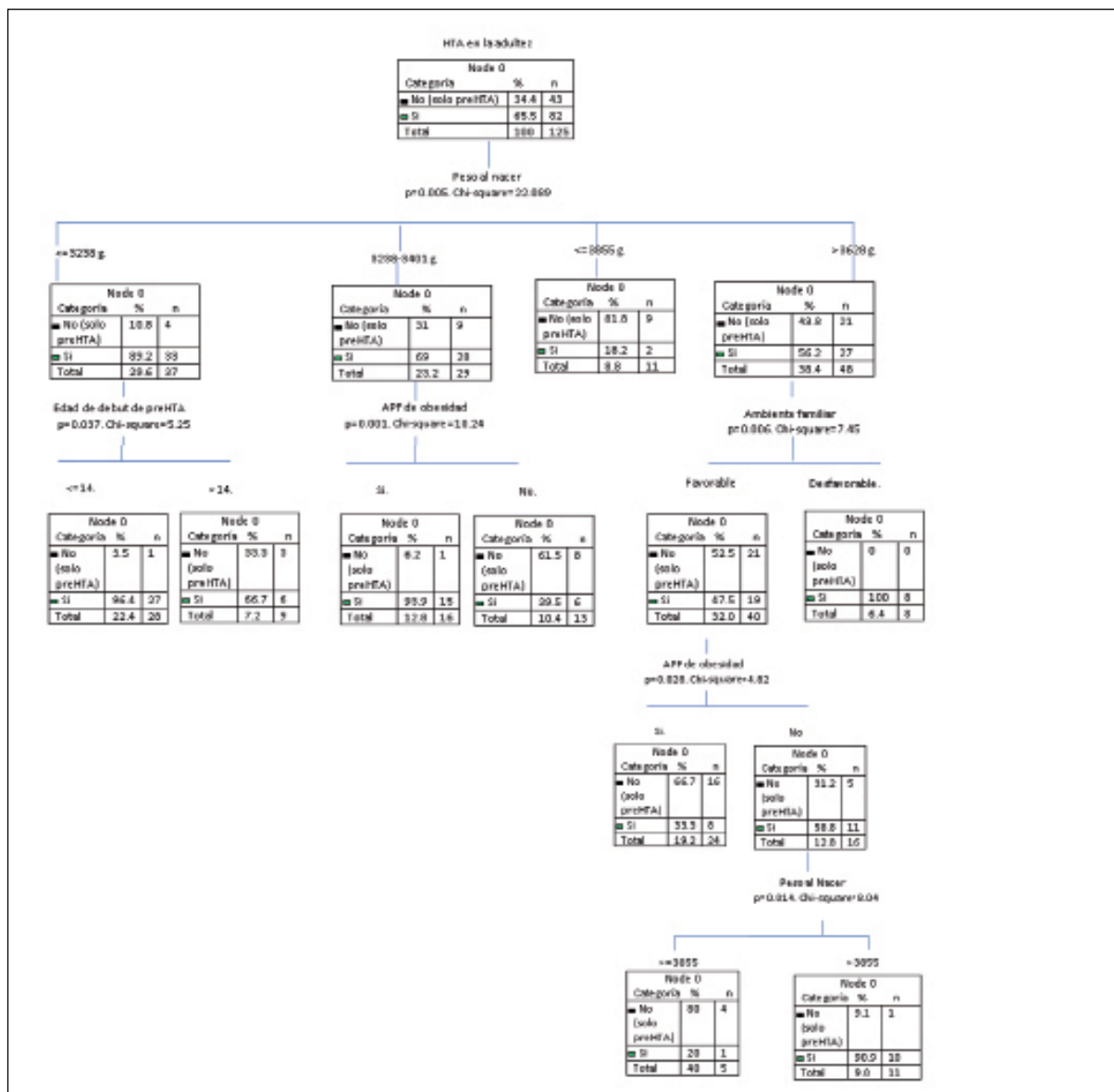


Figura 1. APF. Antecedente patológico familiar. Fuente. Cuestionarios.

Referencias

- National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics*. 2004;114:555-76.
- Lurbe E, Agabiti-Rosei E, Cruickshank J, Dominiczak A, Erdine S, Hirth A, et al. 2016 European Society of Hypertension guidelines for the management of high blood pressure in children and adolescents. *J Hypertens*. 2016;34(10): 1887-920.
- Pérez Fernández GA, Grau Avalo R. Cardiopatía hipertensiva en la adolescencia. resultados preliminares del estudio PESESCAD-HTA. *Hipertens y Riesgo Vasc*. 2012;29(3):75-85. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1889183712000499>.
- Pérez Fernández GA. The arbitrariness of the cut off points. a reflection since the perspective of predisease. *Arch Cardiol Mex*. 2012;82(3).
- Pérez Fernández GA, Grau-Abalo R. From the prehypertensive adolescent to the hypertensive adult. Is possible to predict the conversion? *Arch Cardiol Mex*. 2012;82(2):112-9.

Guillermo Alberto Pérez Fernández (MD, PhD)
Hospital Celestino Hernández Robau.
Departamento de Cardiología.
Servicio de Cardiología Clínica. Santa Clara.
Villa Clara. Cuba.

Correspondencia:
 gpfholy@gmail.com