

Memoria Final del Proyecto de Investigación: Introducción de los nuevos conceptos de “Seguridad del Paciente” en la docencia del Grado de Odontología.

Proyecto de Innovación y Mejora de la Calidad Docente: INNODOC 177/2011-2012.

1. Introducción.

¿Qué es la “seguridad del paciente”?

El objetivo fundamental de la “seguridad del paciente” es evitar en la medida de lo posible los sucesos adversos evitables (accidentes, errores o complicaciones) asociados a la asistencia sanitaria, en este caso odontológica.

La eventualidad de que se produzcan daños no inherentes, por su naturaleza o por su intensidad, a la asistencia sanitaria es algo conocido desde el inicio del ejercicio médico. No obstante, la objetivación de este problema en los últimos años de la década de los 90 hizo patente este problema para los médicos, gestores sanitarios y autoridades políticas.

La “seguridad del paciente” es un área transversal que utiliza conocimientos bien establecidos en otras áreas junto con una organización de dichos conocimientos y una sistemática propias. La mayoría de estos conocimientos compartidos se refieren a las complicaciones inherentes a la praxis de las distintas áreas de la odontología. No obstante, la “seguridad del paciente” también genera conocimientos propios (accidentes y complicaciones asociados al uso de materiales, procedimientos generales e instalaciones clínicas), junto con una forma de organizarlos y estudiarlos completamente específica.

La “seguridad del paciente” se centra en estudiar las características de los sistemas sanitarios en cuanto a la determinación de los “riesgos latentes”. Estos “riesgos latentes” son características del sistema que pueden permitir o incluso fomentar la producción de un evento adverso asistencial.

La gama de posibles “riesgos latentes” de un sistema es amplísima: desde la instalación de un pavimento deslizante cuando se moja, a las jornadas laborales excesivamente largas del personal, o a la forma en la que se transmite la información entre profesionales en caso de derivación de pacientes. Habitualmente, cuando se produce un evento adverso, se suelen asociar simultáneamente varios “riesgos latentes”. De este modo, la “seguridad del paciente” coloca el suceso asistencial adverso en un contexto que lo ha permitido o incluso propiciado.

Otra característica importante de la “seguridad del paciente”, basada en lo anteriormente expuesto, es su carácter “no punitivo”. La “seguridad del paciente” persigue estudiar los eventos adversos (ya sean errores, accidentes o complicaciones evitables) para impedir en lo posible que vuelvan a aparecer o, al menos, estar preparados para ello. No busca culpables a los que castigar. De hecho se intenta que la notificación de eventos adversos sea completamente anónima.

Las peculiaridades metodológicas de la “seguridad del paciente” se refieren en especial a los sistemas de notificación, clasificación y estudio de los eventos adversos, y propuesta de medidas correctoras. El estudio de los problemas asociados a la asistencia sanitaria puede ser prospectivo o retrospectivo.

De los estudios retrospectivos, los más frecuentes, se centran en sucesos especialmente significativos por su frecuencia, características o gravedad, los llamados “sucesos centinela”. El método usado en estos estudios retrospectivos suele ser el análisis causa-raíz (ACR), o alguna de sus variantes. Este método de trabajo incide no sólo en el suceso en sí, sino en las características del sistema asistencial que lo han permitido o propiciado. Estas características del sistema incluyen, entre otras, la organización del trabajo, los materiales y aparatología disponible, las características del paciente, la formación continuada de los profesionales, la transmisión y conservación de la información, etc. El resultado final es un estudio completo del entorno asistencial que recoge todos los errores latentes de seguridad que han propiciado el suceso centinela estudiado (ya sea éste un error asistencial grave, un accidente en la consulta o una complicación clínica deficientemente tratada).

Los estudios prospectivos tratan de averiguar los posibles riesgos asistenciales asociados a un tratamiento, organización del trabajo, aparatología o material nuevos. El método prospectivo de estudio más utilizado es el análisis modal de fallos y efectos (AMFE). Este método propone una sistemática específica de estudio que obtiene un “mapa de riesgos” de los procedimientos que se quiere comenzar a utilizar. Y este mapa de riesgos permite implementar medidas para reducir la probabilidad de que se materialicen esos riesgos, o para limitar sus consecuencias si aparecen.

El resultado final de todos estos métodos de trabajo específicos de la “seguridad del paciente” suelen ser recomendaciones. Estas recomendaciones pueden ser generales, pero habitualmente están dirigidas a un ámbito asistencial concreto teniendo en cuenta sus especiales características. Si un clínico experto lee unas recomendaciones en “seguridad del paciente”, posiblemente no encuentre nada o casi nada que su sentido común no le haya indicado. El problema es que durante la práctica profesional diaria, la prisa, los hábitos adquiridos, el cansancio, y la propia inercia acaban desdibujando este sentido común.

Historia de la “seguridad del paciente”.

Aunque la preocupación por la “seguridad del paciente” es algo consustancial a la práctica de las profesiones sanitarias, su transformación en un cuerpo de conocimiento específico es algo relativamente reciente.

Si hubiese que marcar algún hito que señalara el comienzo de la “seguridad del paciente” como área de conocimiento específica, éste sería sin duda la publicación del estudio del IOM, “To err is human: building a safer health system” en el año 1999. Este estudio estimó que entre 44.000 y 98.000 personas fallecían al año por errores médicos en los Estados Unidos. Otros estudios previos y posteriores han estimado cifras similares.

Aunque se ha discutido la metodología del estudio, sus resultados fueron lo suficientemente impactantes como para que el problema de la “seguridad del paciente”

entrarse en la agenda de profesionales y gestores sanitarios, y también de los políticos. A partir de ese momento, casi todas las organizaciones sanitarias han emprendido estudios y medidas para incrementar la seguridad de los pacientes. Destacan sin duda las iniciativas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que a través de la “Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes”, con sus diferentes objetivos estratégicos, está intentando llevar esta “cultura de la seguridad del paciente” a todos los niveles sanitarios de todos los países.

El ámbito odontológico, por sus especiales características de las que nos ocuparemos más adelante, ha ido algo retrasado respecto al ámbito médico hospitalario. No obstante la Federación Dental Internacional (FDI) está comenzando a tomar medidas activas en este campo. En España, el Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos decidió crear el año 2009 el Observatorio Español para la Seguridad del Paciente Odontológico (OESPO) para trabajar, a nivel nacional, en este sentido.

Conceptos básicos en “seguridad del paciente”.

Una de las principales dificultades a las que se ha enfrentado la “seguridad del paciente” en su corta historia ha sido la falta de una taxonomía común. Para evitar este problema, la Organización Mundial de la Salud ha emprendido un proyecto (todavía inconcluso) para crear una taxonomía unificada, la ICPS (International Patient Safety Classification). Es un marco conceptual que también puede servirnos a los dentistas de referencia para crear nuestra propia taxonomía.

Basándonos en la ICPS, y en otras fuentes bibliográficas, se proponen a continuación una serie de definiciones básicas necesarias para entendernos en “seguridad del paciente”:

1. Seguridad del paciente (Patient Safety).

Seguridad del paciente significa la disminución (o eliminación en la medida de lo posible) de los daños a pacientes derivados de los tratamientos efectuados, o de accidentes asociados con los mismos.

2. Gestión de riesgos sanitarios (Risk Management).

Trata de identificar, evaluar y tratar problemas que pueden causar daño a pacientes, llevar a denuncias de mala práctica y producir pérdidas económicas innecesarias a los proveedores sanitarios.

3. Evento adverso (Adverse event).

Resultado no esperado de un tratamiento sanitario que provoca la prolongación del tratamiento, algún tipo de morbilidad, mortalidad o simplemente cualquier daño que el paciente no debería haber sufrido. Es un concepto amplio que incluye errores, accidentes, retrasos asistenciales, negligencias, etc., pero no las complicaciones propias de la enfermedad del paciente.

Los eventos adversos pueden ser evitables o inevitables. Ejemplo de evento adverso evitable sería una confusión en la prescripción de un fármaco a un paciente con antecedentes alérgicos. Ejemplo de evento adverso no evitable sería la reacción adversa ante la administración de un anestésico local en un paciente sin patología clínica ni antecedentes alérgicos. No obstante, el hecho de que un evento adverso no sea evitable no significa que no debamos estar preparados para actuar adecuadamente si aparece.

4. Error.

Equivocación por acción u omisión en la práctica sanitaria, ya sea en la planificación (error of planning) o en la ejecución (error of execution). El error puede provocar o no la aparición de un evento adverso.

Aunque conceptualmente todo error debe ser evitable, la repetición de actos similares unido a fallos organizativos (puntuales o no), la presión asistencial y la fatiga, hacen que eliminarlos completamente sea una tarea difícil.

5. Incidente (Near miss).

Evento que casi provoca daño al paciente y que es evitado por suerte o por una actuación en el último momento. Un ejemplo sería la prescripción de un antibiótico derivado de la penicilina a un paciente alérgico porque este dato no figura en los antecedentes clínicos, y tener constancia de esa alergia porque el paciente nos lo advierte cuando le entregamos la receta. Diversos estudios estiman que se producen muchos más incidentes (near miss) que eventos adversos reales. En el caso concreto de la prescripción de fármacos, se estima que se producen aproximadamente siete veces más incidentes que eventos adversos reales.

6. Accidente.

Suceso aleatorio, imprevisto e inesperado, que produce daños al paciente o cualquier otro tipo de daño (materiales, al personal sanitario, etc.)

7. Negligencia.

Error difícilmente justificable debido a la falta de conocimientos o habilidades básicas, omisión de precauciones mínimas, desidia, etc.

Peculiaridades de la “seguridad del paciente” en odontología.

Desde el punto de vista de la “seguridad del paciente”, la odontología tiene una serie de peculiaridades tanto profesionales como, y sobre todo, asistenciales, que la diferencian de otras profesiones sanitarias (sobre todo las que trabajan en el ámbito de la asistencia hospitalaria).

1. Los daños generados a los pacientes son generalmente más leves. La asistencia odontológica es menos agresiva que la asistencia médica hospitalaria, y consecuentemente genera daños más leves. No obstante, en ocasiones, determinados accidentes o tratamientos en pacientes comprometidos tienen consecuencias muy serias para la salud de nuestros pacientes. A esto hay que añadir que las maniobras odontológicas son lo suficientemente numerosas y repetitivas como para que los eventos adversos graves (aunque sean improbables) acaben sucediendo tarde o temprano. Además, según se sofisticaba la práctica de la odontología, también se incrementan los riesgos para los pacientes. Cada vez manejamos fármacos potencialmente más peligrosos, utilizamos instrumentos técnicos (como el láser, el electrobisturí o las radiaciones ionizantes) que pueden provocar daños graves, y estamos en contacto con sangre y fluidos corporales que pueden transmitir patologías infecciosas (muchas de ellas, con seguridad, todavía no conocidas).

2. Existe gran dispersión de los centros asistenciales odontológicos. La “seguridad del paciente” se ha originado y desarrollado sobre todo en el ámbito hospitalario. Este

ámbito hospitalario está fuertemente estructurado y jerarquizado, y la información sobre un determinado evento adverso puede surgir de cualquiera de las sucesivas fases asistenciales. La asistencia odontológica, por contra, es muy “desestructurada”. En casi todo el mundo se presta mediante pequeños consultorios con muy poca conexión entre ellos. Esta estructura condiciona que el conocimiento de los eventos adversos que ocurren en una determinada consulta quede limitado al ámbito de dicho centro. De esta forma se priva a todos los demás del conocimiento derivado del estudio detallado de este evento adverso.

3. Los pacientes ambulatorios. En el ámbito hospitalario es relativamente sencillo detectar los signos y síntomas clínicos que frecuentemente provocan los eventos adversos. Sin embargo, en el ámbito odontológico la manifestación provocada por un problema en un tratamiento dental es frecuentemente es atendida por otros profesionales sanitarios (médicos de urgencias, etc.) y el propio dentista no tiene conocimiento de ello. Y si lo tuviera no tiene forma de ponerlo en conocimiento de los demás.

4. La asistencia dental es fundamentalmente privada. Este hecho condiciona que frecuentemente la aparición de eventos adversos sea ocultada por los dentistas, en especial si se debe a errores profesionales, por la posible “repercusión comercial” que pudieran tener.

5. Existe un desconocimiento generalizado sobre la cultura de “seguridad del paciente”. En el ámbito hospitalario, la mayor frecuencia y gravedad de los eventos adversos y las campañas de fomento realizadas por las autoridades sanitarias, han hecho que todos los profesionales sanitarios estén al menos familiarizados con el problema de la “seguridad del paciente”. En el ámbito dental, la menor frecuencia de estos eventos adversos unido a su escasa trascendencia fuera de la consulta dental, hacen que la mayor parte de los dentistas sea completamente ajeno a esta “cultura de la seguridad”. Y formar en este campo a un colectivo tan disperso como el de los dentistas, no es fácil.

¿Por qué es importante fomentar la cultura de la “seguridad del paciente” en la práctica odontológica?

Esta pregunta tiene múltiples respuestas, algunas obvias, pero otras que no lo son tanto. A continuación expondremos algunas de ellas de forma diferenciada, aunque realmente se entrecruzan en la realidad asistencial.

En primer lugar, y como consideración básica, fomentar la “seguridad del paciente” es una obligación ética de una profesión sanitaria como la odontología. El principio hipocrático “*primum non nocere*” nos obliga a no hacer daño al paciente. Y en caso de que nuestro tratamiento indique algún tipo de daño ineludible al paciente, como nos ocurre con frecuencia, debemos intentar minimizar estos daños inherentes al tratamiento y evitar en lo posible las complicaciones.

En segundo lugar, existen importantes motivos económicos. La “seguridad del paciente” está íntimamente ligada al concepto de “calidad asistencial”. Una asistencia odontológica en la que se controlen todos los posibles factores de riesgo para el paciente es necesariamente una asistencia odontológica de mayor calidad. Y la calidad de la asistencia tiene un reflejo evidente en la fidelización de pacientes antiguos y en la obtención de pacientes nuevos. Por otro lado, la adopción de medidas efectivas para la “seguridad del paciente” disminuye la aparición de eventos adversos y por lo tanto

también disminuirían las cantidades que se deberían pagar en concepto de indemnización a los familiares afectados por estos errores asistenciales. Esto a su vez disminuye, o al menos controla, los costes de los seguros de responsabilidad civil profesional. Y recordemos que el coste de estos seguros en España sigue siendo bajo en relación con el resto de países de nuestro entorno.

Y en tercer lugar, aumentar la “seguridad del paciente” implica aumentar la “seguridad legal” de los dentistas. Seguir las pautas y protocolos básicos en “seguridad del paciente” disminuye la posibilidad de aparición de errores asistenciales, y por tanto de reclamaciones por ellos, y nos proporciona además mejores registros del tratamiento. Estos registros del tratamiento son básicos a la hora de planificar la defensa jurídica del profesional demandado.

Áreas básicas de actuación en la “seguridad del paciente” odontológico.

Cualquier actividad asistencial en cualquier profesión sanitaria es siempre susceptible de mejora desde el punto de vista de la “seguridad del paciente”. Pero existen ciertas áreas en las que se concentran la mayor parte de los problemas.

La clasificación se puede hacer según múltiples criterios (especialidades, maniobras, etc.). Hemos optado por la más sencilla:

- 1) Área de errores en documentos clínicos, en la información y en la derivación de pacientes.

Área, a su vez, incluye muchos tipos de errores diferentes:

- a) Historias clínicas con falta de datos esenciales (sobre antecedentes clínicos y alérgicos y sobre datos actualizados de toma de fármacos).
- b) Uso de abreviaturas (o mala caligrafía) que llevan a error a otros profesionales del mismo centro que utilizan la misma historia clínica.
- c) Falta de información adecuada al paciente sobre el procedimiento, sus posibles riesgos o sobre la actitud que deben seguir para evitar complicaciones.
- d) Incorrecciones en las derivaciones de pacientes a otros profesionales que, a su vez, llevan a éstos a cometer errores asistenciales.

- 2) Área de errores en la prescripción de medicamentos.

Es una de las áreas donde se detectan mayor número de problemas clínicos:

- a) Errores en la indicación del medicamento (en lo referente al tipo de fármaco, la dosis o la duración del tratamiento).
- b) Reacciones alérgicas por falta de antecedentes adecuados en la historia clínica.
- c) Interacciones medicamentosas (por falta de conocimientos farmacológicos del profesional o por no mantener actualizado el listado de fármacos que toma el paciente).
- d) Dosis erróneas de medicamentos (especialmente frecuentes en niños o pacientes con alteraciones en el metabolismo o la eliminación de fármacos).

- e) Duplicación de fármacos (especialmente frecuente con los antiinflamatorios) debido a la falta de coordinación entre los distintos profesionales que atienden a un mismo paciente.

3) Área de problemas quirúrgicos.

La cirugía es una de las áreas que producen más eventos adversos en “seguridad del paciente”. Por ello ha sido una de las áreas estratégicas de actuación para la Organización Mundial de la Salud. Algunos de estos problemas son:

- a) Errores en la planificación del tratamiento (en ocasiones asociados con falta de registros clínicos adecuados previos a dicho tratamiento).
- b) Errores en el tipo de procedimiento a realizar (motivados por una incorrecta identificación del paciente o una historia clínica inadecuada).
- c) Errores en la zona a intervenir (wrong-site surgery) debidos a “despistes”, o interpretación inadecuada de los registros, por parte del profesional.
- d) Errores con la profilaxis preoperatoria en pacientes médicamente comprometidos.
- e) Errores en el seguimiento y control de los pacientes intervenidos (inexistencia de hoja de instrucciones postoperatorias, o falta de control post quirúrgico).
- f) Infecciones postquirúrgicas (detectadas tardíamente o inadecuadamente tratadas por el profesional).

4) Accidentes.

El listado de posibles accidentes (sucesos aleatorios, imprevistos e inesperados que producen daño al paciente) es prácticamente infinito. Existen datos de todo tipo de accidente en todas las áreas y especialidades odontológicas.

Los más frecuentemente documentados son:

- a) Caídas de pacientes (debido a mobiliario mal distribuido, barreras arquitectónicas, pavimentos deslizantes, etc.).
- b) Caídas de instrumental punzante o aparataje pesado sobre los pacientes.
- c) Cortes y quemaduras accidentales.
- d) Ingestión o aspiración de pequeño material odontológico.
- e) Daños oculares.

¿Por dónde empezar a aplicar la “seguridad del paciente” en una consulta dental?.

El camino de la “seguridad del paciente” es el largo, y nunca se llega a un destino definitivo. Por tanto los objetivos deben ser razonables, y las medidas tomadas para conseguirlos, efectivas. Posiblemente las medidas iniciales más razonables serían:

1. Darse de alta en la Web del OESPO (Observatorio Español para la Seguridad del Paciente Odontológico). Con este sencillo acto se tendrá acceso a la documentación básica necesaria para iniciarse en el tema de la “seguridad del paciente”: documentos esenciales, alertas sanitarias, formularios para la notificación y registro de eventos

adversos, protocolos de actuación, metodologías de trabajo, bibliografía, enlaces con otras páginas Web relacionadas con la “seguridad del paciente”, etc.

2. Conocer y estudiar los procesos y métodos que utilizamos en la consulta buscando los fallos de seguridad. Es fundamental realizar una “auditoría interna” mediante la que averigüemos los “fallos latentes de seguridad” de ciertos procesos básicos en nuestra clínica, al menos:

- a) Procesos de limpieza y esterilización del material reutilizable.
- b) Medidas de mantenimiento del instrumental y aparataje clínico.
- c) Medidas de mantenimiento del instrumental y medicamentos para urgencias clínicas.
- d) Estudio de las barreras físicas y arquitectónicas potencialmente dañinas para los pacientes.
- e) Recogida y registro de la información clínica, y transmisión de dicha información entre los distintos profesionales que atienden al paciente.

3. Realizar el registro y notificación anónima de eventos adversos. Es básico registrar todos los problemas ocurridos, o sucesos que han estado a punto de ocurrir, relacionados con la seguridad de nuestros pacientes.

Del mismo modo es fundamental notificar dichos eventos adversos al OESPO, de forma completamente anónima, para que de su estudio se extraigan conclusiones útiles para toda la comunidad odontológica. Si no conocemos lo que está ocurriendo, difícilmente podremos adoptar medidas para evitarlo. Estos eventos adversos registrados y notificados deben al menos incluir:

- a) Errores cometidos en la prescripción de medicamentos.
- b) Reacciones adversas a los fármacos prescritos.
- c) Errores cometidos en la asistencia odontológica: en el diente a tratar, en el lado intervenir, etc.
- d) Caídas de pacientes en la consulta que produzcan daños corporales (desde equímosis a heridas abiertas o fracturas).
- e) Cortes y quemaduras que requieran asistencia sanitaria.
- f) Ingestión o aspiración de materiales odontológicos.
- g) Cualquier petición de asistencia médica urgente por una actuación realizada en la clínica dental (ya se realice desde la propia clínica, o por el paciente posteriormente).

4. Toma de precauciones básicas en los procesos potencialmente más peligrosos:

- a) Procedimientos quirúrgicos: Realizar la comprobación en dos momentos diferentes (por ejemplo a la llegada del paciente a la clínica, y antes de iniciar el procedimiento quirúrgico) de la identidad del paciente, del procedimiento a

realizar, del lado intervenir y del cumplimiento de la profilaxis preoperatoria. O mejor realizar en cada procedimiento un checklist quirúrgico.

- b) Prescripción de fármacos: Preguntar siempre antes de rellenar la receta, independientemente de lo que ponga la historia clínica, sobre la existencia de alergias a medicamentos, toma de otros fármacos y, en caso de tratarse de una mujer en edad fértil, sobre la posibilidad de estar embarazada o en período de lactancia.
- c) Procedimientos radiológicos: Preguntar siempre, ante mujeres en edad fértil, por la posibilidad de embarazo, y proteger siempre a todos los pacientes con un delantal de
- d) plomo.

5. Fomentar la cultura de la “seguridad del paciente” entre el personal de la consulta. El camino de la “seguridad del paciente” es largo y compartido con el resto del personal de la consulta. Es inútil cuidar individualmente de la seguridad de nuestros pacientes si nuestro personal auxiliar y nuestros colegas no están concienciados y motivados con el tema. Es fundamental que todo el equipo de trabajo adopte la “seguridad del paciente” como una premisa fundamental y participen en la información y cambios en los protocolos de trabajo que se generen.

Con estas sencillas medidas se puede iniciar un camino (el de la “seguridad del paciente”) que mejorará la calidad y seguridad de nuestra asistencia odontológica y nos evitará problemas clínicos y legales.

Un aspecto esencial antes de iniciar cualquier medida encaminada a incrementar la seguridad de los pacientes es conocer la "cultura" existente en la organización sobre este tema. Es tan importante que las organizaciones sanitarias han desarrollado cuestionarios específicos para estimarla.

Destaca por su amplia aceptación el "Hospital Survey on Patient Safety Culture" de la Agency for Healthcare and Quality (AHRQ). Este cuestionario ha sido adaptado a España por el Ministerio de Sanidad.

El objetivo básico de este trabajo es "medir" la cultura en "seguridad del paciente" de los estudiantes de último año de Odontología antes y después de medidas específicas formativas en este ámbito, para evaluar su adecuación. Y consecuentemente proponer una sistemática de introducción de la "seguridad del paciente" en la docencia del Grado de Odontología.

2. Objetivos.

El objetivo general de este proyecto sería evaluar una serie de actuaciones docentes para conseguir un conocimiento efectivo de los conceptos y medidas básicas en "seguridad del paciente" dirigidas a estudiantes de último año de Odontología.

Para conseguir este objetivo general nos marcamos una serie de objetivos específicos:

1. Medir el grado inicial de "cultura" en seguridad del paciente en los alumnos de último curso de Odontología.
2. Desarrollar una metodología docente específica para incrementar este tipo de conocimientos.
3. Volver a medir (con un intervalo de al menos tres meses) el grado de cultura en seguridad del paciente que han obtenido, y retenido, los alumnos.

3. Material y método.

El instrumento utilizado para "medir" la cultura en "seguridad del paciente" ha sido el "Cuestionario sobre seguridad de los pacientes" del AHRQ (Agency for Healthcare and Research Quality), traducido y validado al español por el Ministerio de Sanidad y Consumo. El cuestionario completo se ha añadido como anexo al final del presente estudio.

La encuesta completa consta de 61 cuestiones agrupadas en cuatro secciones y un anexo.

La sección A plantea 22 cuestiones sobre la seguridad del paciente en el departamento donde el profesional sanitario trabaja (o se forma).

La sección B plantea 11 cuestiones sobre la seguridad del paciente específicamente referidas al centro donde trabaja (policlínica, hospital o Facultad).

La sección C incluye nueve cuestiones sobre la calidad de la comunicación en el centro de trabajo.

La sección D plantea 10 cuestiones de "información complementaria" incluyendo una pregunta abierta.

El Anexo incluye nueve cuestiones de "información adicional".

La mayoría de las cuestiones se plantean con cinco posibles respuestas que indican el grado de acuerdo (o desacuerdo) con la cuestión planteada (escala de Likert de cinco puntos).

Este cuestionario fue pensado para la práctica médica hospitalaria, por lo que varios de los ítems incluidos en dicho cuestionario se han excluido en la población que nos ocupa (estudiantes de odontología). Concretamente las cuestiones número 7, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 57, 58, 60 y 61. Por lo tanto el cuestionario planteado a los alumnos de odontología tuvo 47 preguntas diferentes.

Los resultados de las encuestas fueron recogidos en una hoja de cálculo realizándose únicamente un "estudio descriptivo" de los mismos.

Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente

Sección A: Su Servicio/Unidad

Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo

1. El personal se apoya mutuamente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
10. No se producen más fallos por casualidad.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

Sección B: Su Hospital

Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a su hospital

23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	<input type="radio"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> 2 En desacuerdo	<input type="radio"/> 3 Indiferente	<input type="radio"/> 4 De acuerdo	<input type="radio"/> 5 Muy de acuerdo
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	<input type="radio"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> 2 En desacuerdo	<input type="radio"/> 3 Indiferente	<input type="radio"/> 4 De acuerdo	<input type="radio"/> 5 Muy de acuerdo
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	<input type="radio"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> 2 En desacuerdo	<input type="radio"/> 3 Indiferente	<input type="radio"/> 4 De acuerdo	<input type="radio"/> 5 Muy de acuerdo
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	<input type="radio"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> 2 En desacuerdo	<input type="radio"/> 3 Indiferente	<input type="radio"/> 4 De acuerdo	<input type="radio"/> 5 Muy de acuerdo
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	<input type="radio"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> 2 En desacuerdo	<input type="radio"/> 3 Indiferente	<input type="radio"/> 4 De acuerdo	<input type="radio"/> 5 Muy de acuerdo
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	<input type="radio"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> 2 En desacuerdo	<input type="radio"/> 3 Indiferente	<input type="radio"/> 4 De acuerdo	<input type="radio"/> 5 Muy de acuerdo
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	<input type="radio"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> 2 En desacuerdo	<input type="radio"/> 3 Indiferente	<input type="radio"/> 4 De acuerdo	<input type="radio"/> 5 Muy de acuerdo
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	<input type="radio"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> 2 En desacuerdo	<input type="radio"/> 3 Indiferente	<input type="radio"/> 4 De acuerdo	<input type="radio"/> 5 Muy de acuerdo
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	<input type="radio"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> 2 En desacuerdo	<input type="radio"/> 3 Indiferente	<input type="radio"/> 4 De acuerdo	<input type="radio"/> 5 Muy de acuerdo
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	<input type="radio"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> 2 En desacuerdo	<input type="radio"/> 3 Indiferente	<input type="radio"/> 4 De acuerdo	<input type="radio"/> 5 Muy de acuerdo
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	<input type="radio"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> 2 En desacuerdo	<input type="radio"/> 3 Indiferente	<input type="radio"/> 4 De acuerdo	<input type="radio"/> 5 Muy de acuerdo

Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad

Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad de trabajo

34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECES	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 5 SIEMPRE
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECES	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 5 SIEMPRE
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECES	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 5 SIEMPRE
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECES	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 5 SIEMPRE
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECES	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 5 SIEMPRE
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECES	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 5 SIEMPRE
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECES	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 5 SIEMPRE
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECES	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 5 SIEMPRE
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECES	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 5 SIEMPRE

Sección D: Información complementaria

43. Califque, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.

44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?	En el año
45. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital?	En el año
46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?	En el año
47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital? horas/semanas
48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito? incidentes
49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?	1 <input type="checkbox"/> SI 2 <input type="checkbox"/> NO
50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta.	
1 <input type="checkbox"/> Anestesiología/Reanimación	12 <input type="checkbox"/> Pediatría
2 <input type="checkbox"/> Cirugía	13 <input type="checkbox"/> Radiología
3 <input type="checkbox"/> Diversas Unidades	14 <input type="checkbox"/> Rehabilitación
4 <input type="checkbox"/> Farmacia	15 <input type="checkbox"/> Salud Mental/Psiquiatría
5 <input type="checkbox"/> Laboratorio	16 <input type="checkbox"/> Servicio de Urgencias
6 <input type="checkbox"/> Medicina Interna	17 <input type="checkbox"/> UCI (cualquier tipo)
7 <input type="checkbox"/> Obstetricia y Ginecología	18 <input type="checkbox"/> Neurología
8 <input type="checkbox"/> Admisión	19 <input type="checkbox"/> Traumatología
9 <input type="checkbox"/> Nefrología	20 <input type="checkbox"/> Hemodiálisis
10 <input type="checkbox"/> Urología	21 <input type="checkbox"/> Medicina nuclear
11 <input type="checkbox"/> Oncología	22 <input type="checkbox"/> Otro, por favor, especifique.....
51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad . Marque una sola respuesta.	
1 <input type="checkbox"/> Gerencia/Dirección	7 <input type="checkbox"/> Farmacéutico Residente
2 <input type="checkbox"/> Administración	8 <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta
3 <input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermería	9 <input type="checkbox"/> Médico
4 <input type="checkbox"/> Dietista	10 <input type="checkbox"/> Médico Residente
5 <input type="checkbox"/> Enfermero(a)	11 <input type="checkbox"/> Técnico (por ejemplo EKG, Laboratorio, Radiología)
6 <input type="checkbox"/> Farmacéutica	12 <input type="checkbox"/> Otro, por favor, especifique.....
52. ¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?	

Anexo: Información adicional sobre su Servicio/Unidad*

53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
55. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
58. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
59. Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
60. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar sólo si en su unidad se manejan tratamientos con quimioterapia).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

*Items no incluidos en el cuestionario original de la AHRQ y elaborados específicamente para medir algunos de los indicadores del estudio "Construcción y validación de Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente", disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>

La población objeto del estudio está compuesta por 84 alumnos de quinto curso de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid.

A la misma población se le pasó dos veces el cuestionario anteriormente desarrollado. La primera encuesta fue realizada por los 84 alumnos presentes en clase al inicio del primer cuatrimestre del curso académico 2011-2012. La segunda encuesta fue realizada a los mismos alumnos al finalizar dicho cuatrimestre. Todos los participantes pertenecen al quinto curso de la Licenciatura en Odontología, y por tanto tenían dos años de experiencia en la Clínica Universitaria cuando realizaron por primera vez la encuesta, y dos años y medio cuando la realizaron por segunda vez.

Previamente a la cumplimentación del cuestionario se les explico la finalidad del estudio, y las instrucciones para realizarlo adecuadamente. El cuestionario se realizó de forma anónima.

Entre los dos cuestionarios realizaron actividades formativas en seguridad del paciente.

Las actividades formativas que se estructuraron en cuatro sesiones: tres presenciales, y una no presencial. La metodología docente utilizada en las tres sesiones presenciales impartidas en el período comprendido entre la realización de la primera y de la segunda encuesta, estuvo enfocada a hacer a los alumnos conscientes de los problemas clínicos relacionados con la seguridad del paciente, de su relativa frecuencia, y de la potencial gravedad que pueden llegar a tener.

Para ello se realizaron tres sesiones teóricas, y se monitorizó una cuarta sesión sobre las experiencias de los alumnos en la Clínica Universitaria durante las prácticas de otras asignaturas. Las sesiones teóricas se centraron en la resolución de casos clínicos reales relacionados con la seguridad del paciente.

El desarrollo de la metodología docente utilizada fue el siguiente:

Sesión teórico-práctica 1.

- Exposición de un caso grave real con un evento adverso potencialmente mortal.
- Discusión "no estructurada" sobre el caso mantenida los alumnos y moderada por el profesor.
- Explicación de la metodología ACR (análisis causa raíz) por el profesor. El ACR es una metodología de análisis de eventos adversos en seguridad del paciente que se centra en detectar, no sólo el responsable del error humano, sino también y sobre todo las condiciones del "sistema asistencial" que lo propician o permiten.
- Análisis del evento adverso expuesto, realizado por los alumnos, utilizando la metodología ACR. Al final de este epígrafe se incluye el evento adverso examinado y el análisis realizado.
- Realización del análisis ACR por el profesor.
- Conclusiones, haciendo hincapié en la "proximidad" del caso con la práctica clínica real.

Sesión teórico-práctica 2.

- Exposición de un caso real con un evento adverso menos grave, pero más frecuente.

- Discusión "no estructurada" sobre el caso mantenida los alumnos y moderada por el profesor.
- Análisis del evento adverso expuesto, realizado por los alumnos, utilizando la metodología ACR.
- Realización del análisis ACR por el profesor.
- Conclusiones, haciendo también hincapié en la "proximidad" del caso con la práctica clínica real.

Sesión autorizada "no presencial".

- Observación y enumeración de los peligros potenciales y reales observados por los alumnos durante la realización de las prácticas de odontología en la clínica universitaria.
- Pequeño trabajo comentándolos.

Sesión teórico-práctica 3.

- Exposición teórica por parte del profesor de la casuística de eventos adversos existentes en odontología.
- Comentario por parte de los alumnos de las conclusiones de la "observación" realizada en las prácticas clínicas.
- Realización por parte de los alumnos de un "mapa de riesgos" de una maniobra odontológica habitual.

4. Resultados.

Se han obtenido dos grupos de 84 encuestas cada uno, realizadas por el mismo grupo de alumnos en dos momentos diferentes (separados por cuatro meses).

Las condiciones exigidas para considerar las encuestas completas y valorables según las indicaciones de la AHRQ se cumplieron en todos los casos.

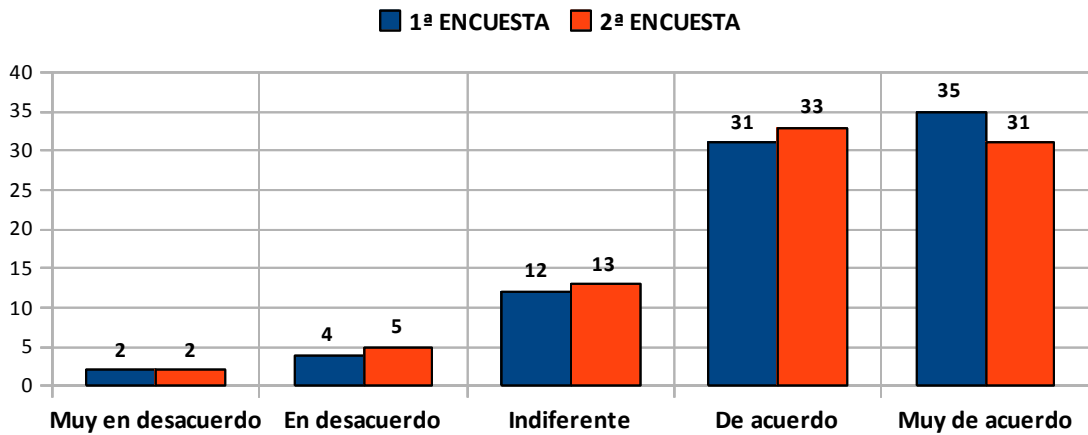
Todas las respuestas fueron homogéneas en las cuestiones planteadas.

En los gráficos siguientes se ha representado cada una de las preguntas con sus 10 posibles contestaciones (en azul las cinco correspondientes a la primera encuesta, y en rojo las cinco correspondientes a la segunda encuesta).

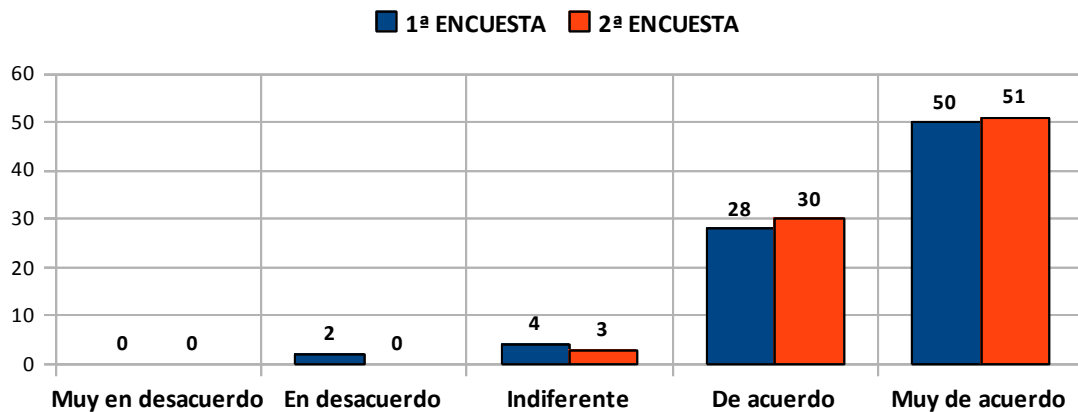
Las respuestas a las preguntas formuladas fueron las siguientes:

SECCIÓN A: Su Servicio/Unidad

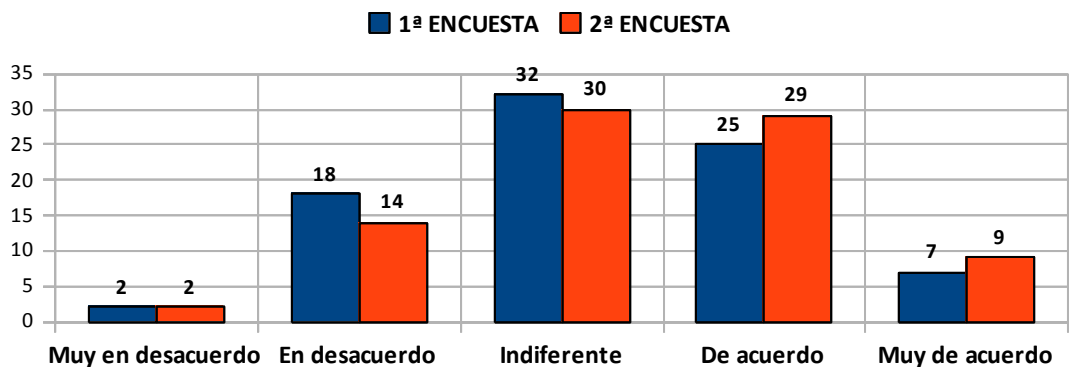
1. El personal se apoya mutuamente



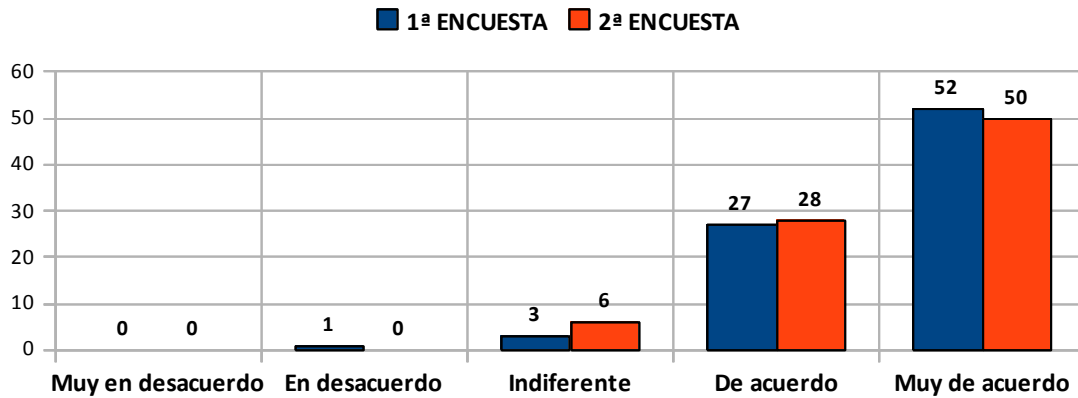
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo



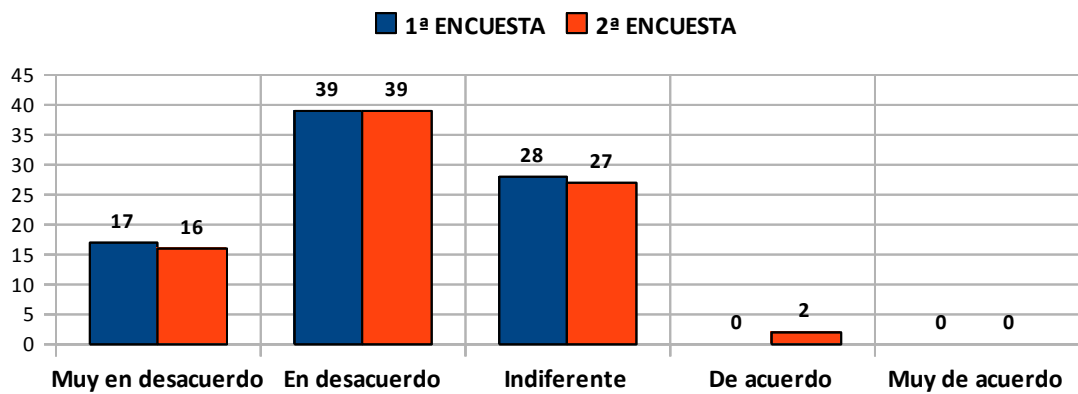
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo



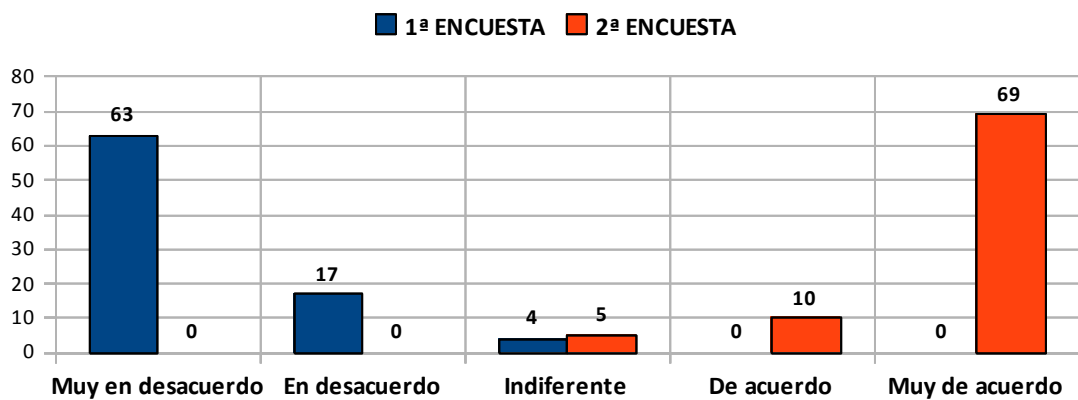
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto



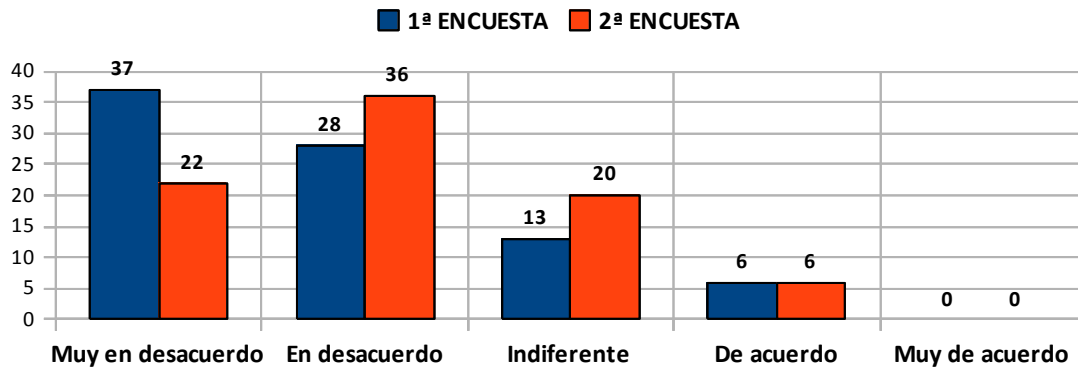
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora



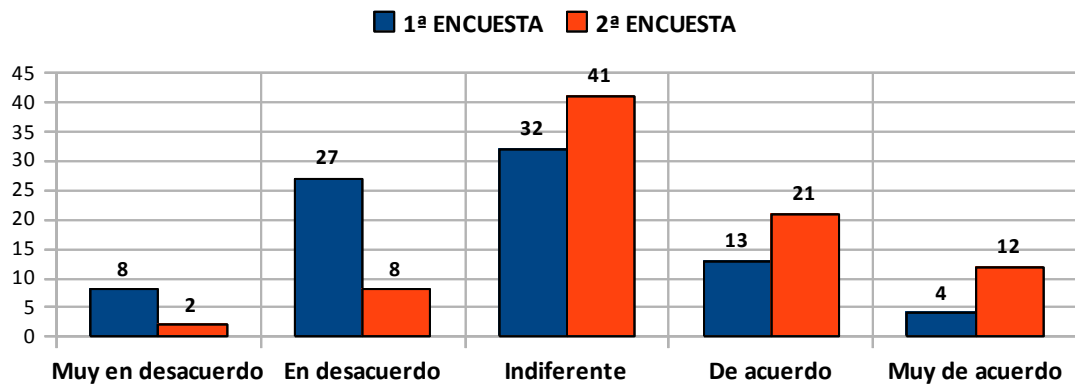
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente



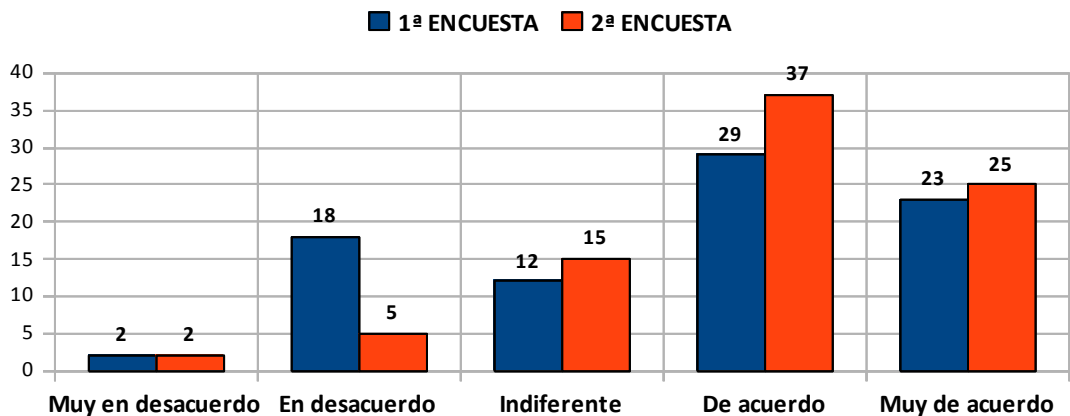
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra



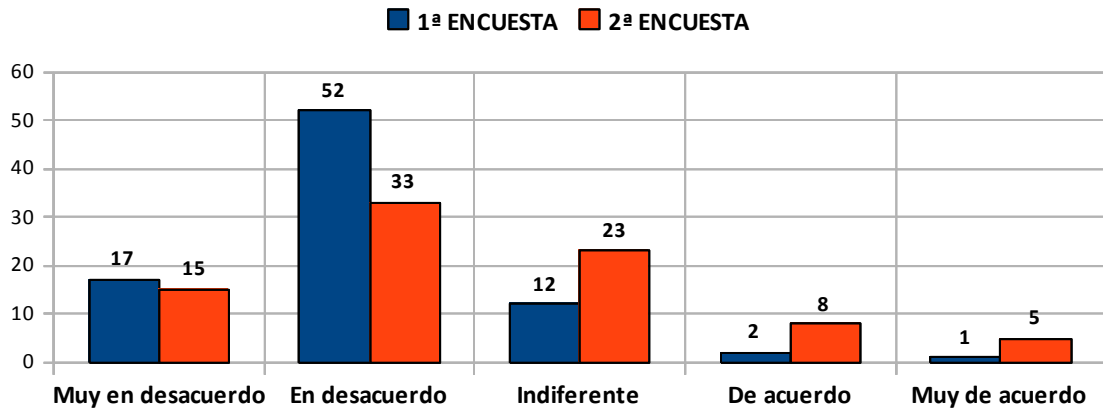
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo



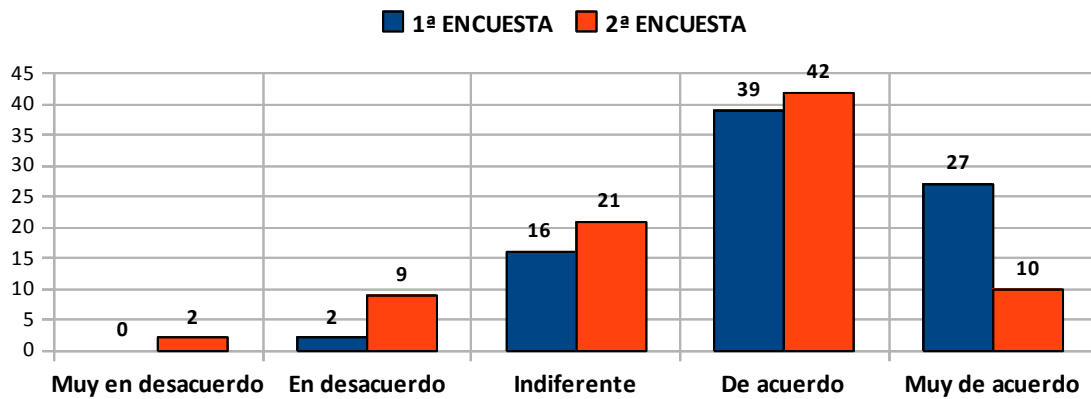
10. No se producen más fallos por casualidad



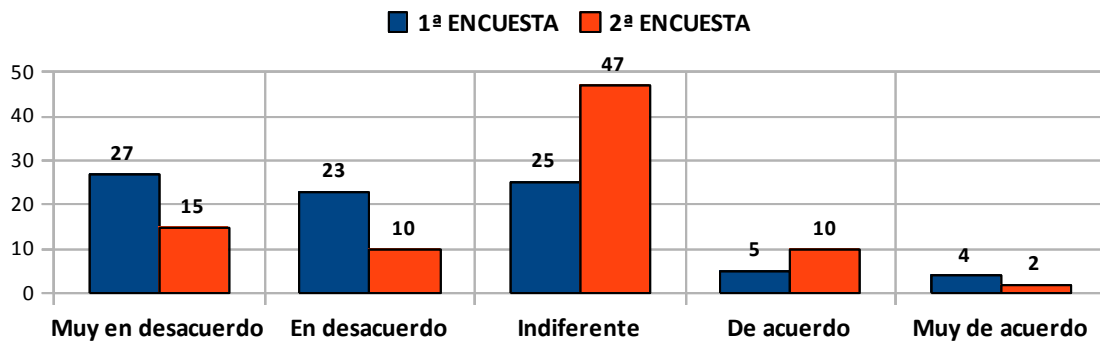
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros



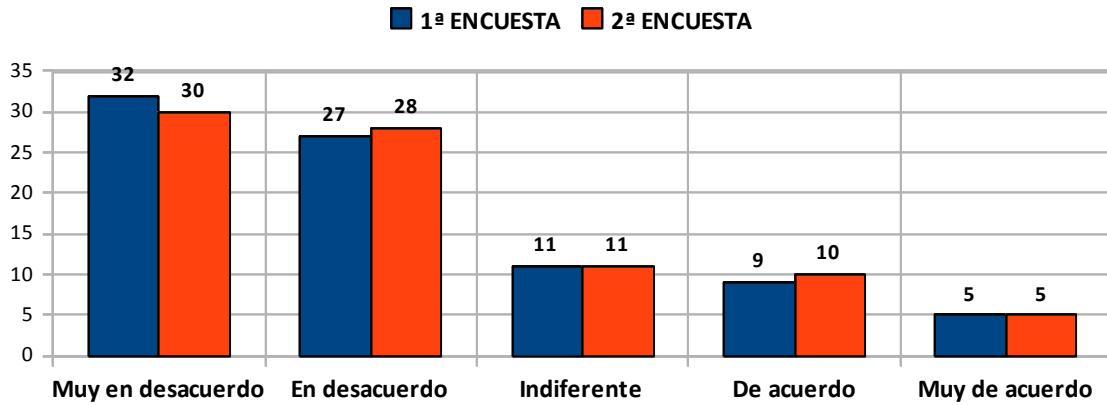
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan “un culpable”



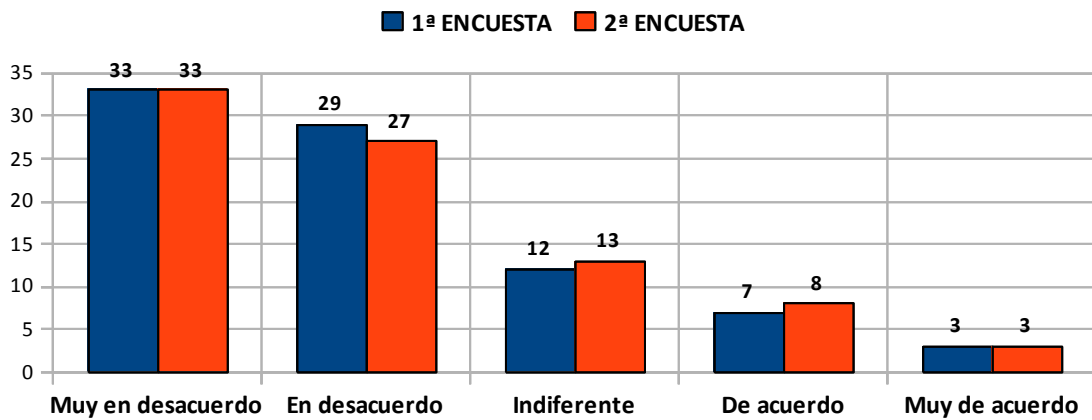
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad



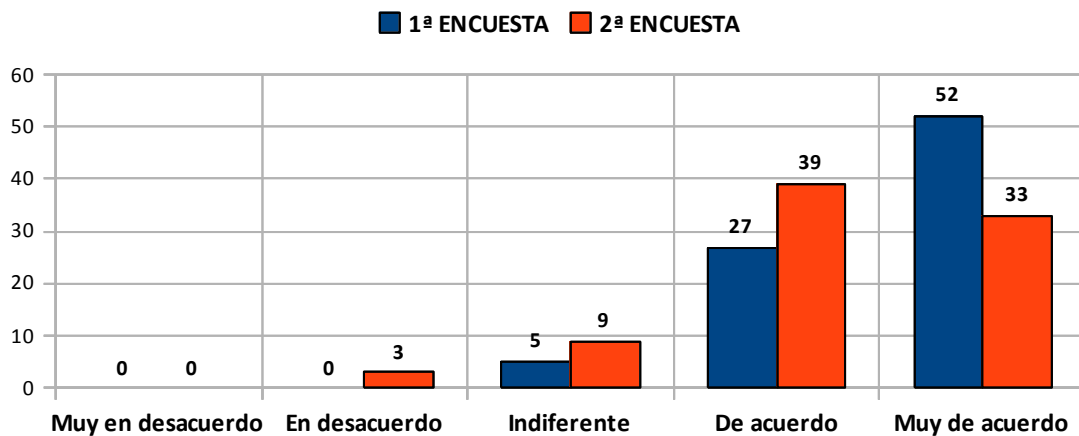
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa



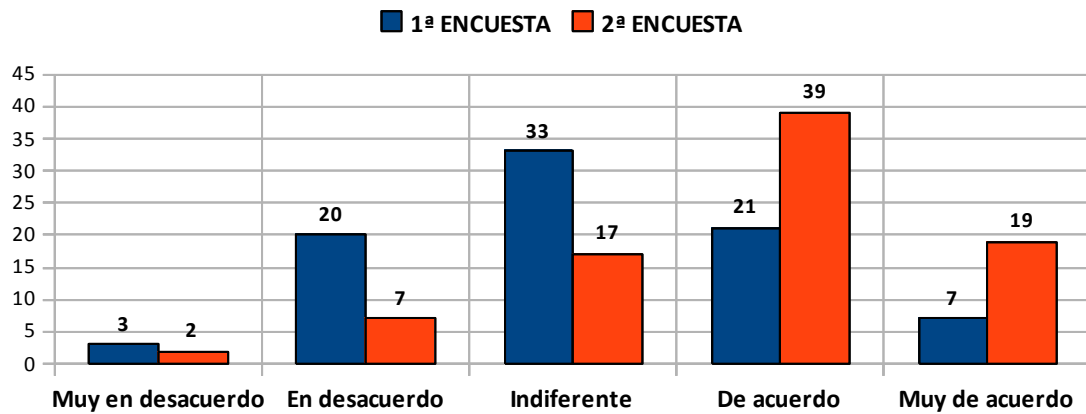
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente



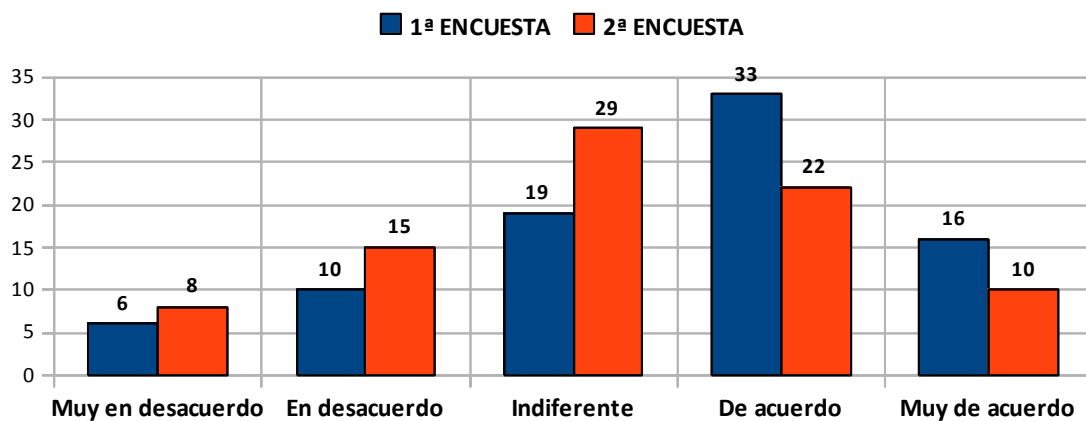
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente



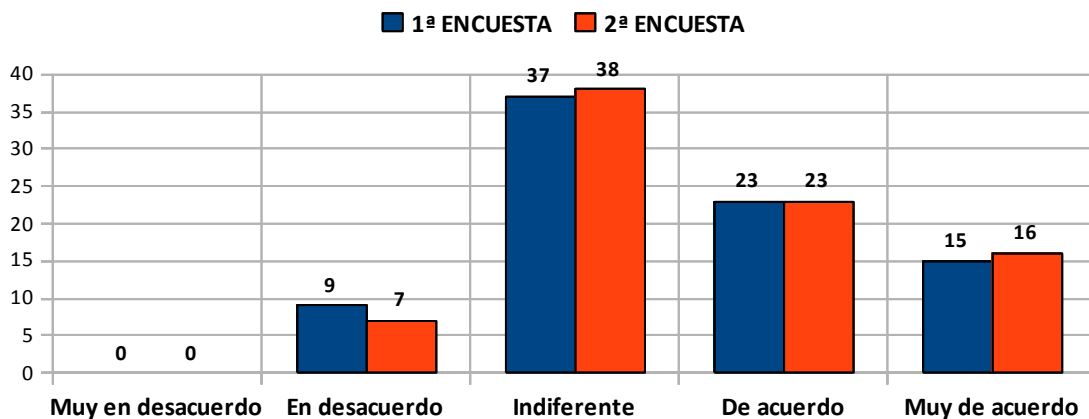
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente”



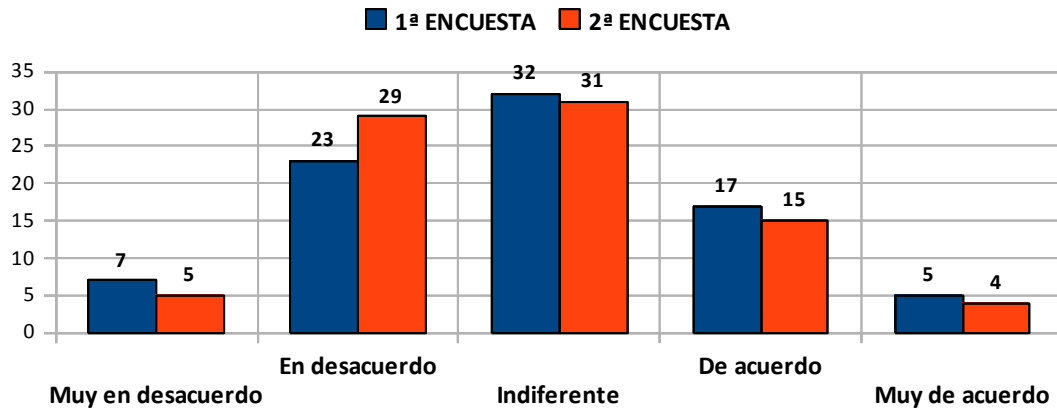
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia



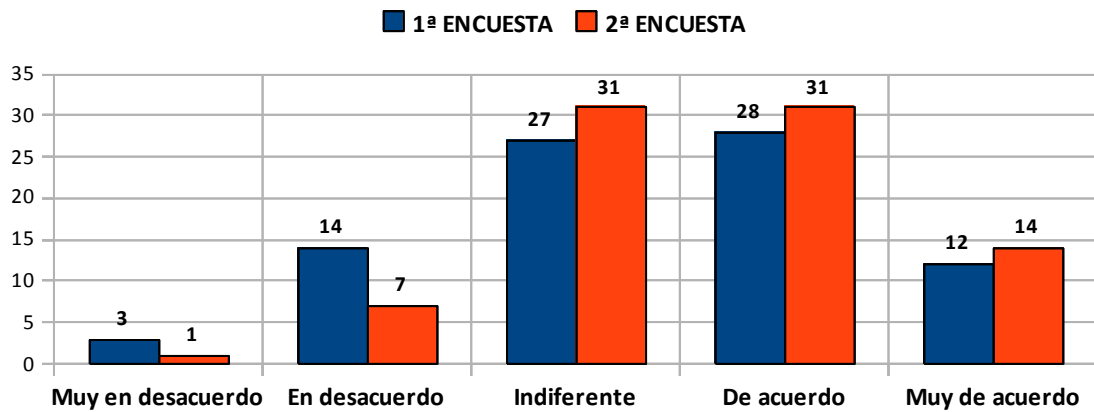
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente



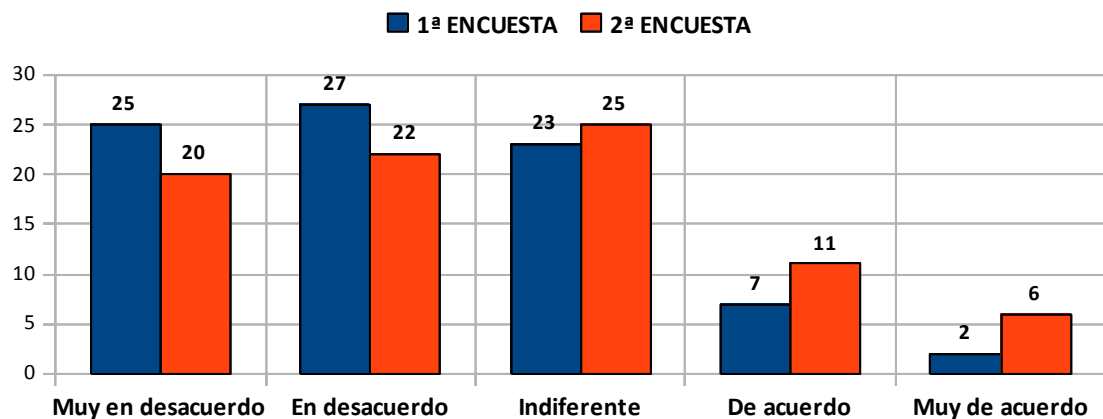
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente



21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente

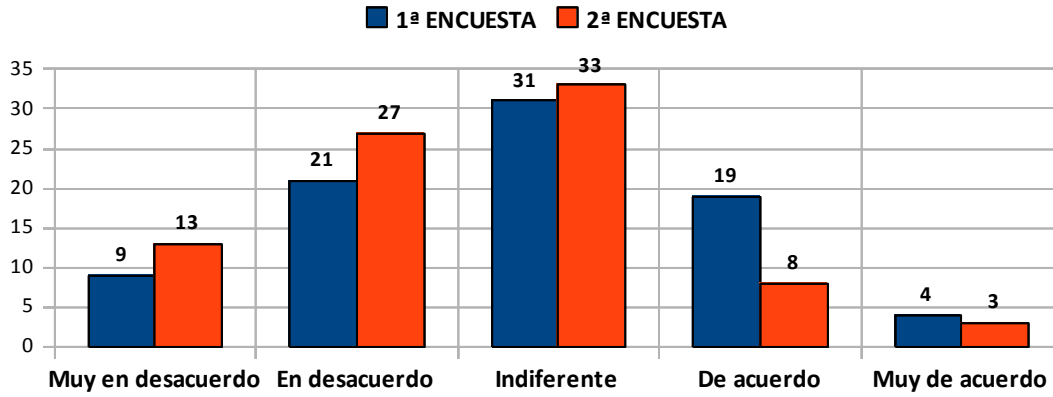


22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente

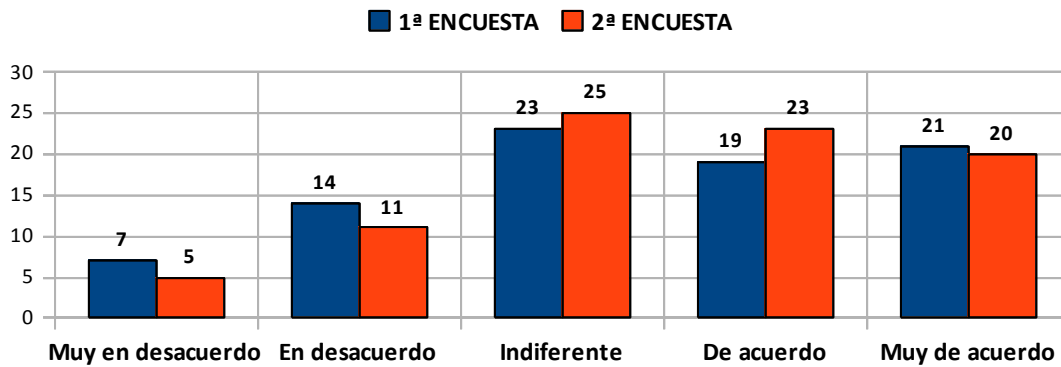


SECCIÓN B: Su hospital

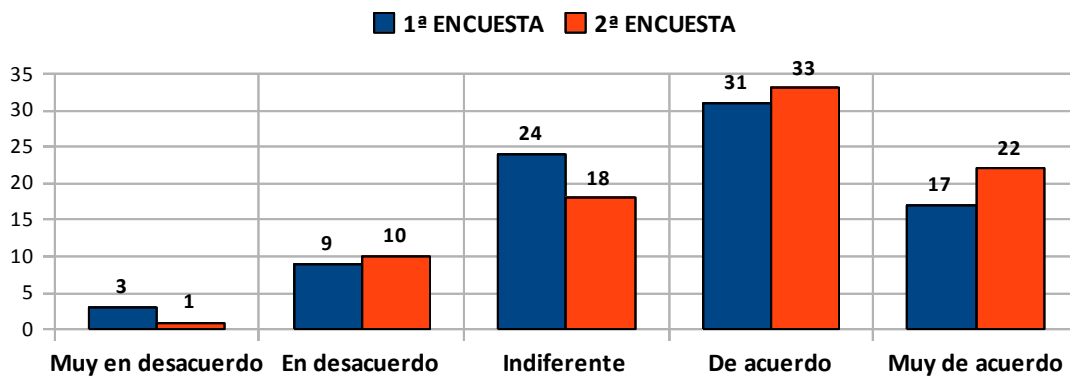
23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente



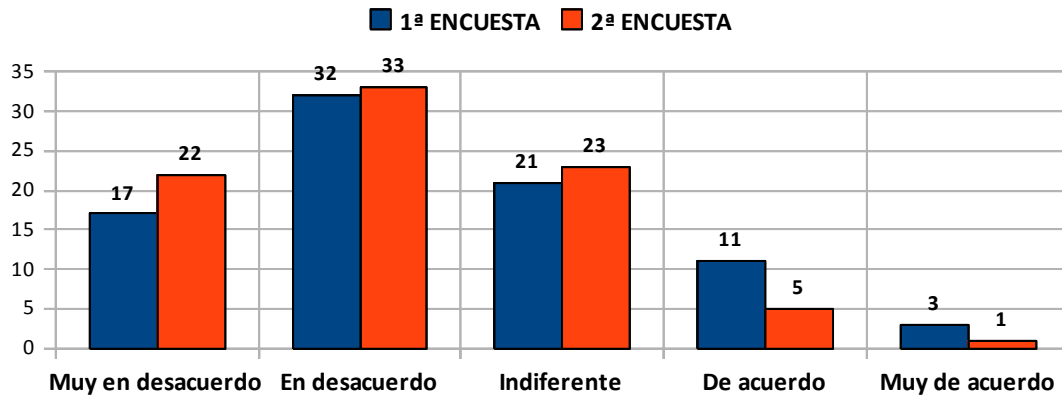
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas



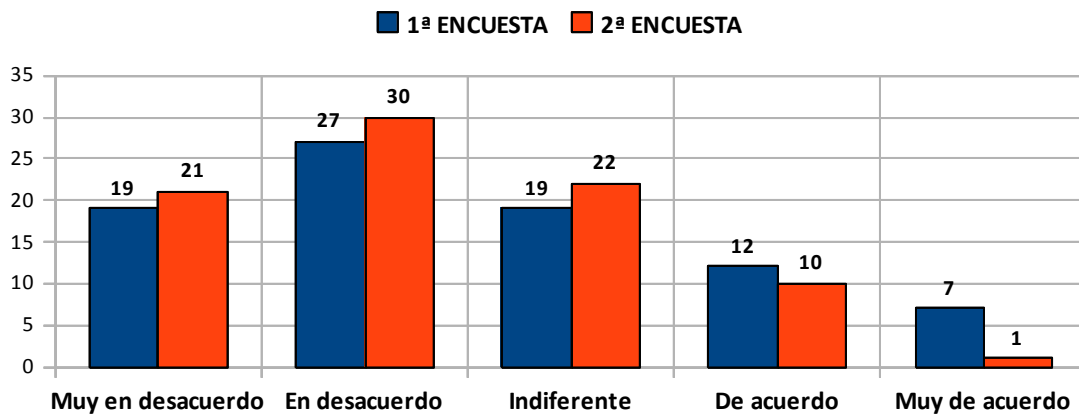
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra



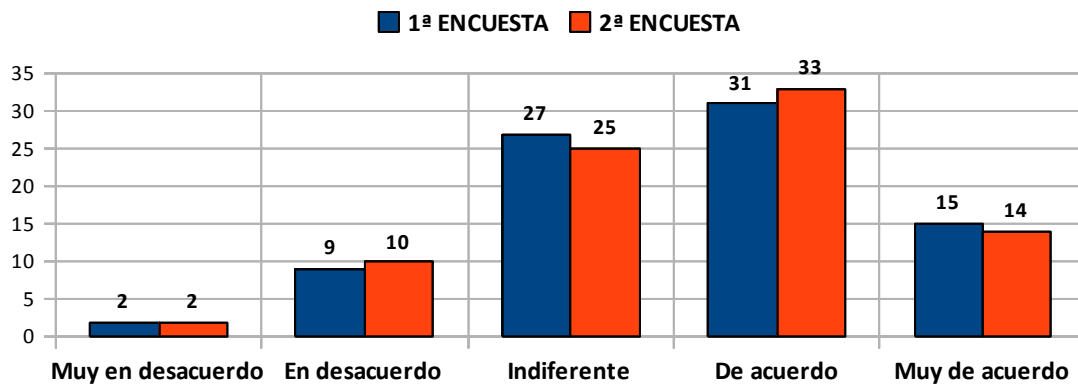
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente



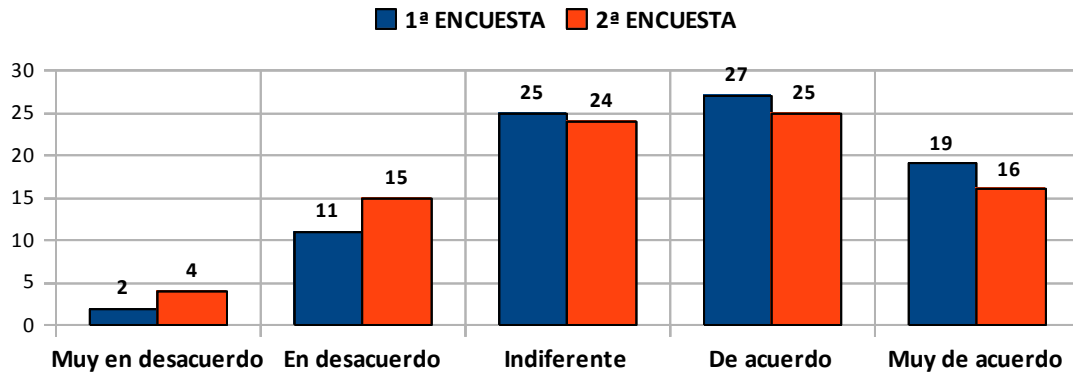
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente



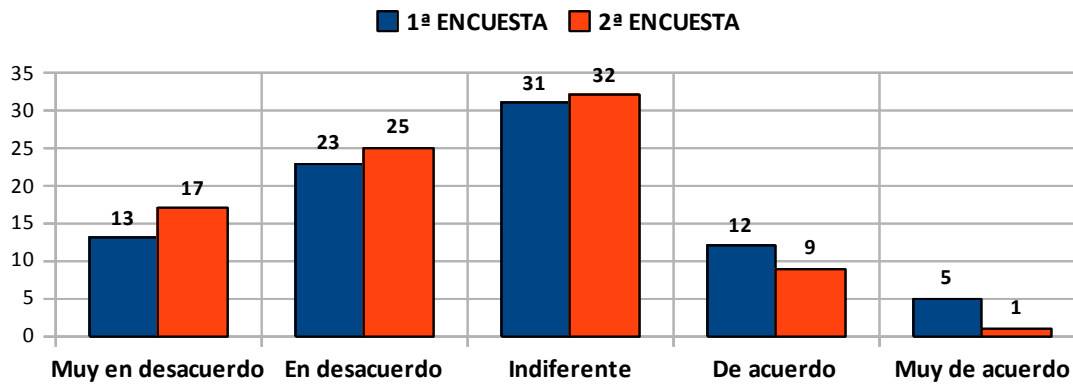
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades



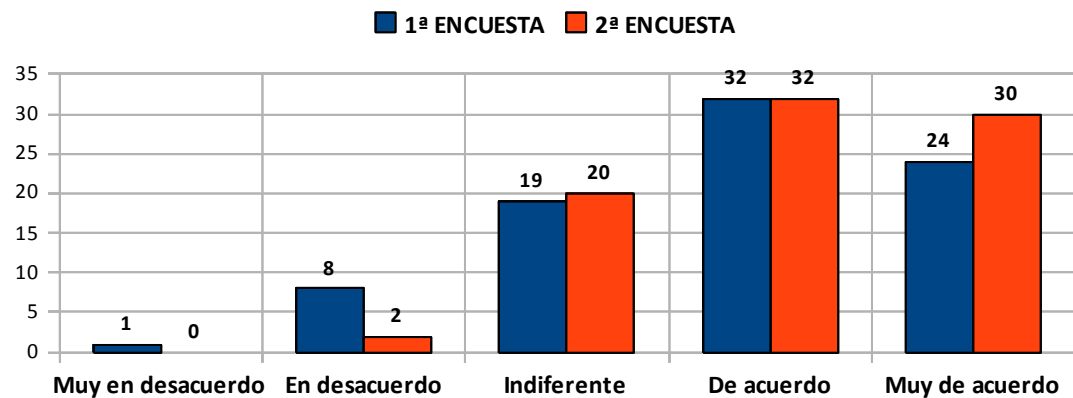
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático



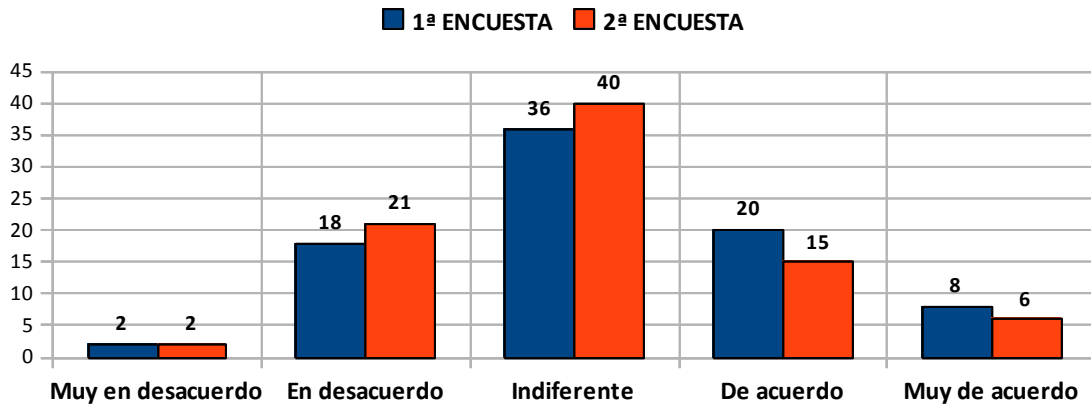
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades



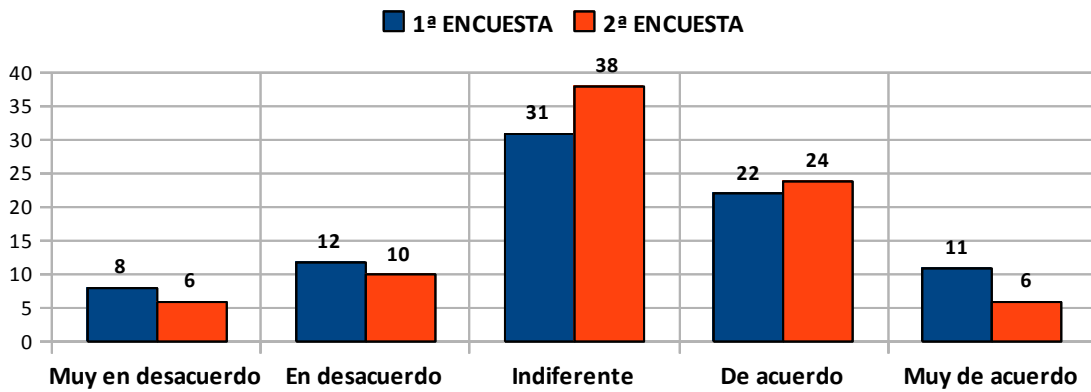
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente



32. Los servicios/ unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes

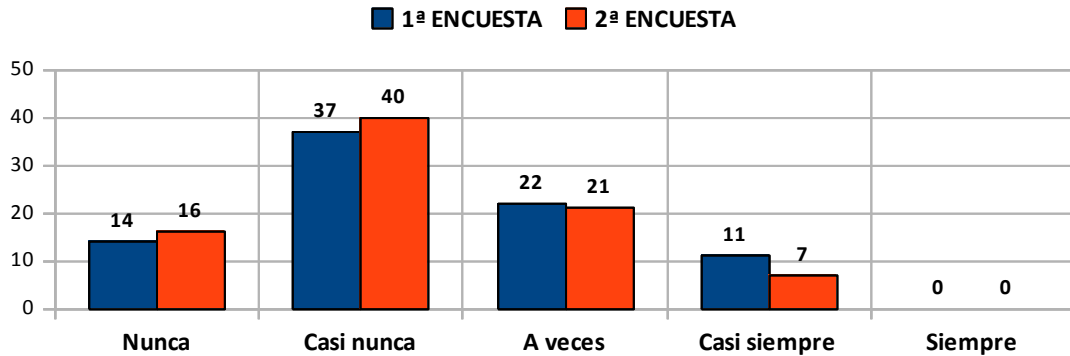


33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno

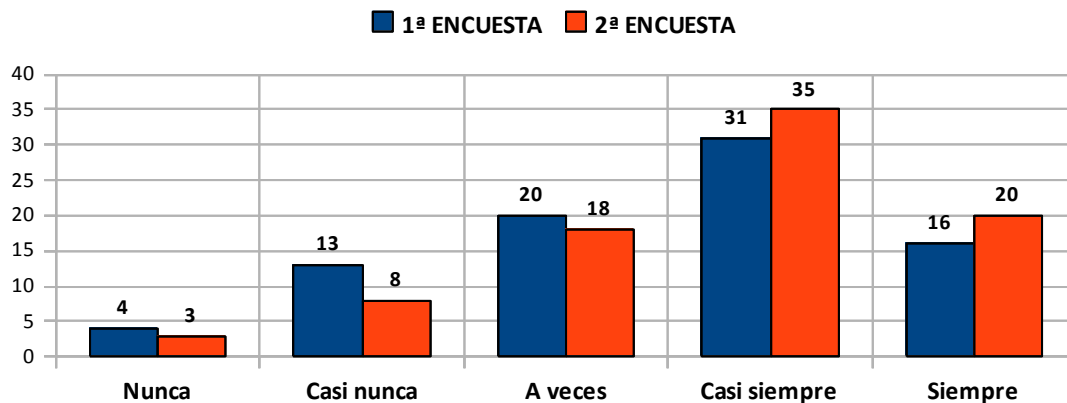


SECCIÓN C: Comunicación en su Servicio/Unidad

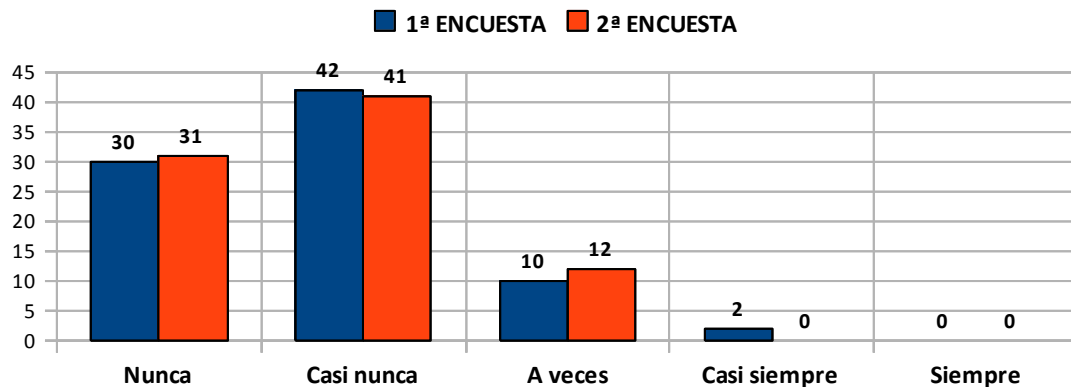
34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo



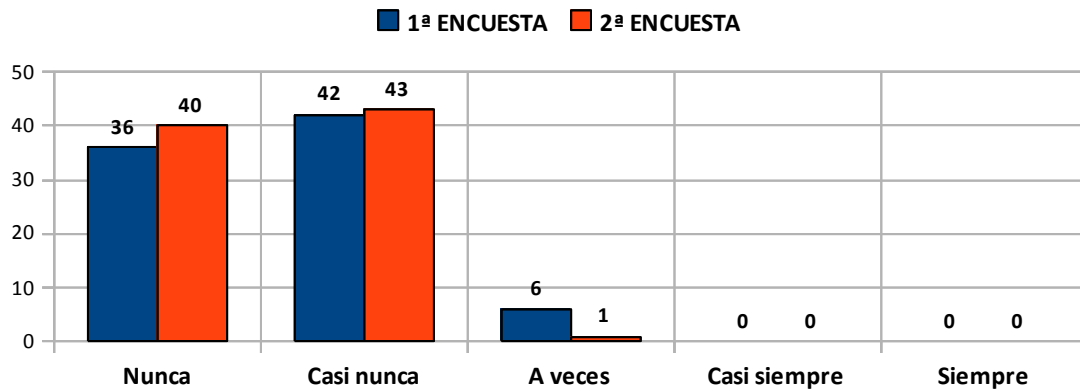
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad



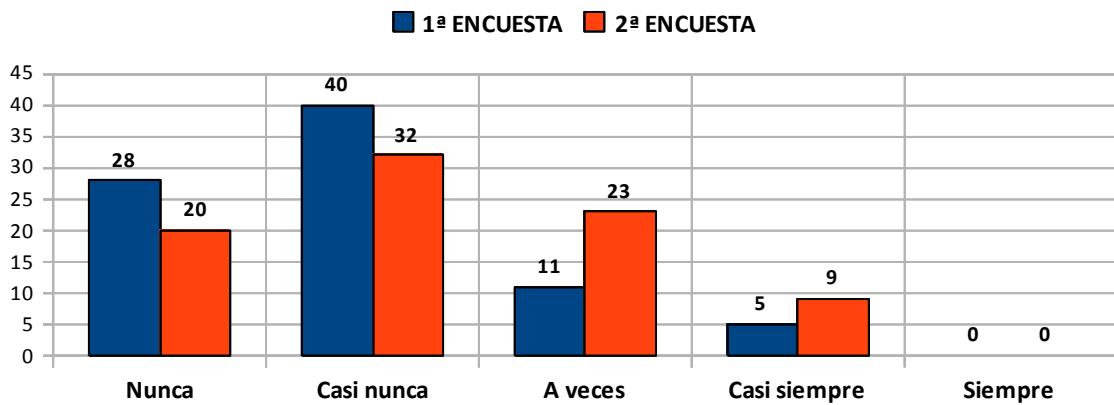
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad



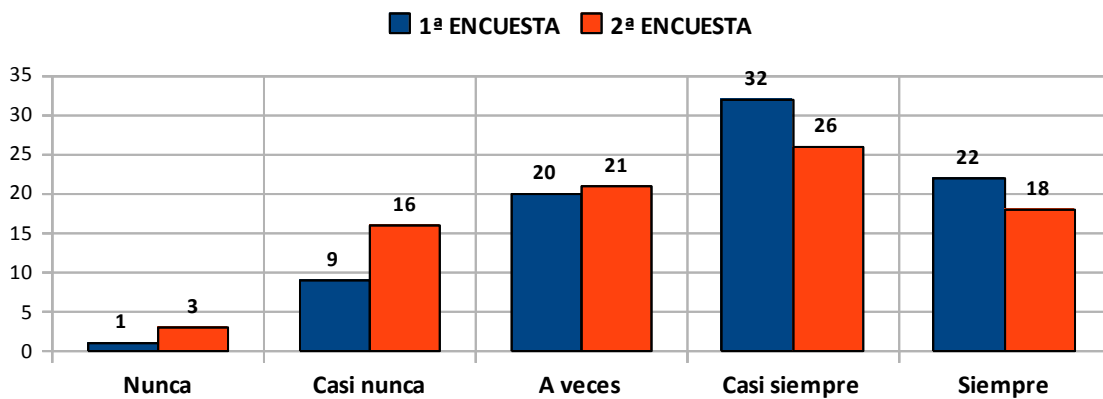
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores



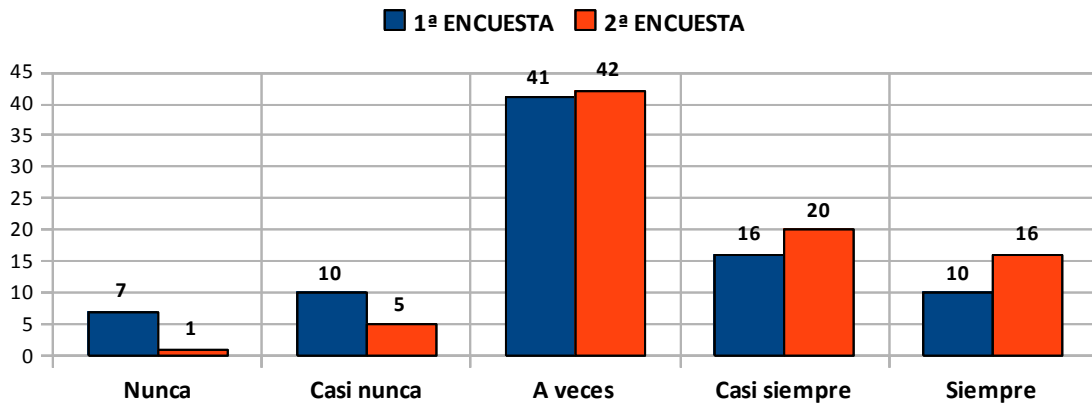
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir



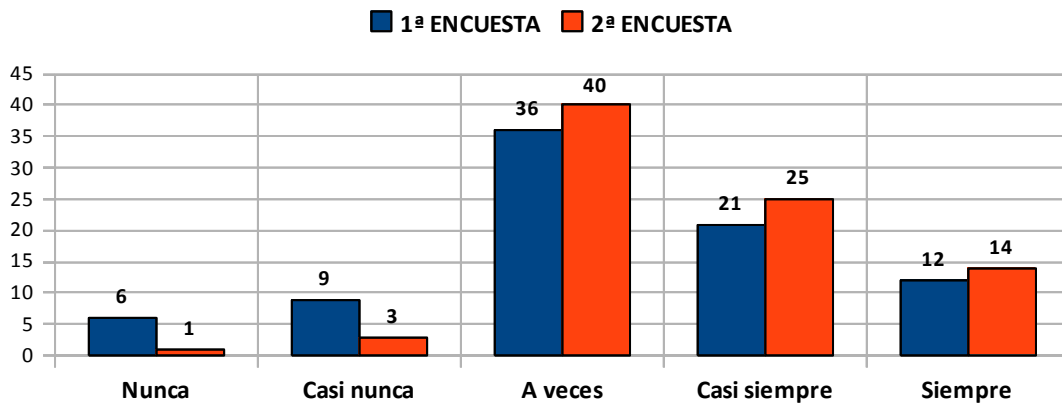
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta



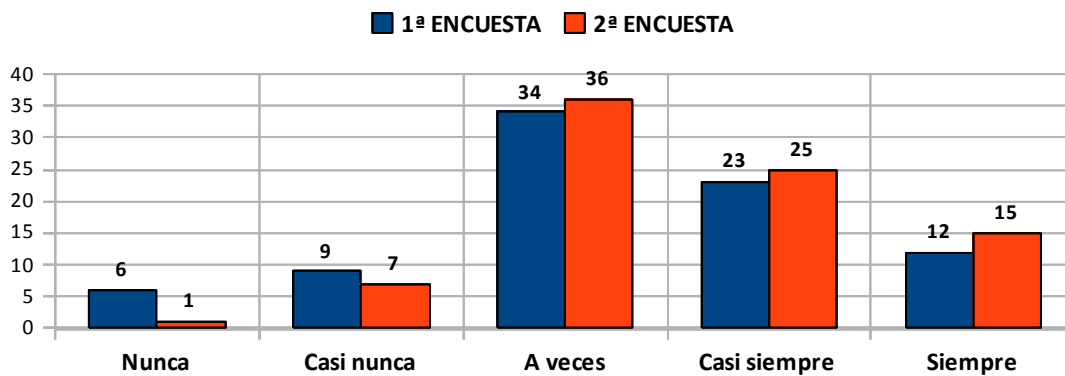
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente



41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente

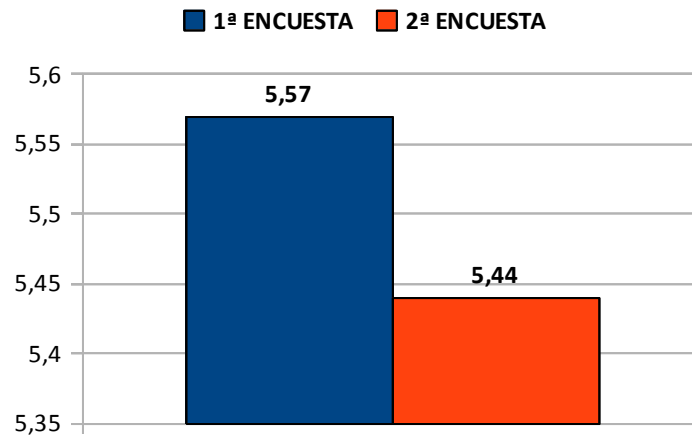


42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente



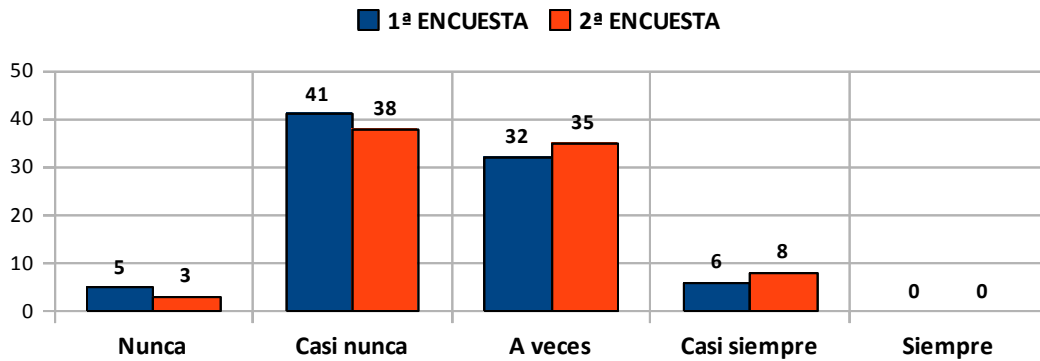
SECCIÓN D: Información complementaria

43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad

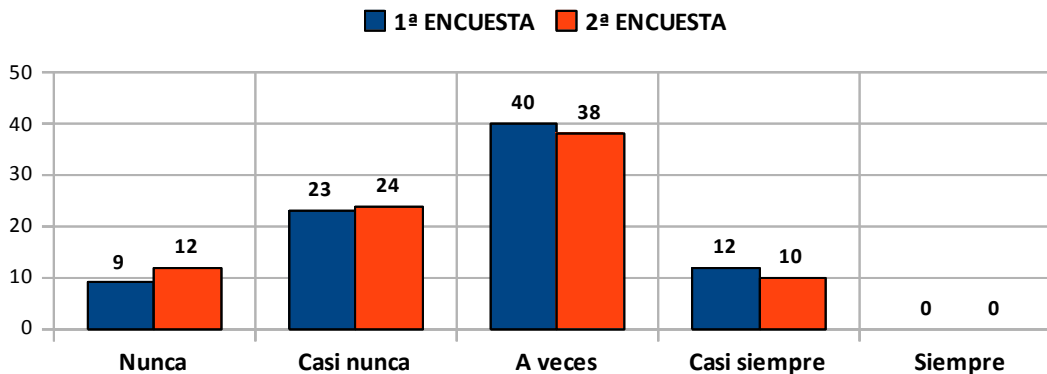


ANEXO: Información adicional sobre su Servicio/Unidad*

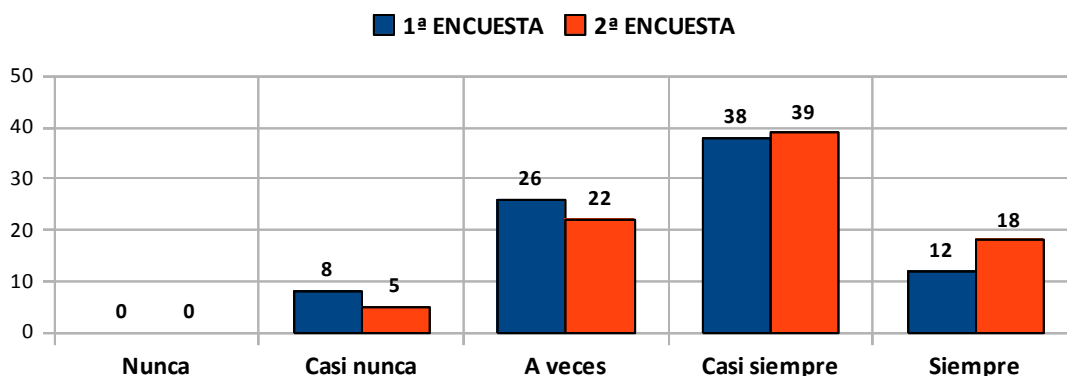
53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida



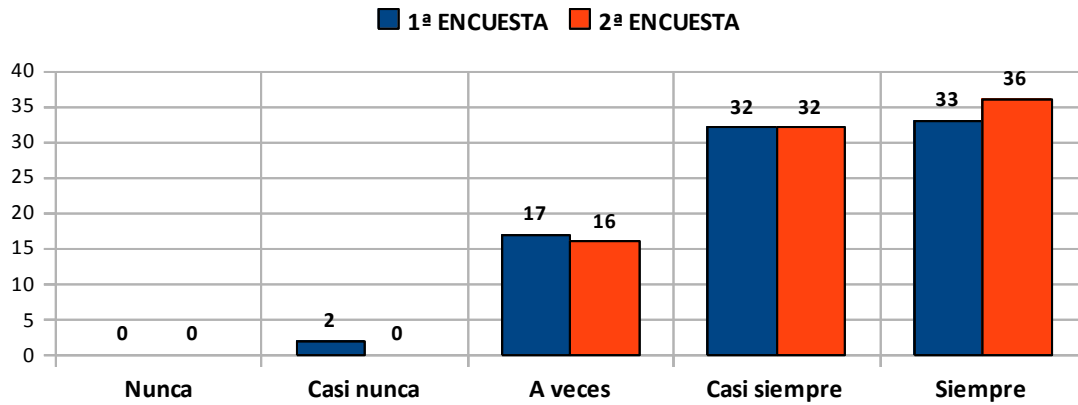
54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc.)



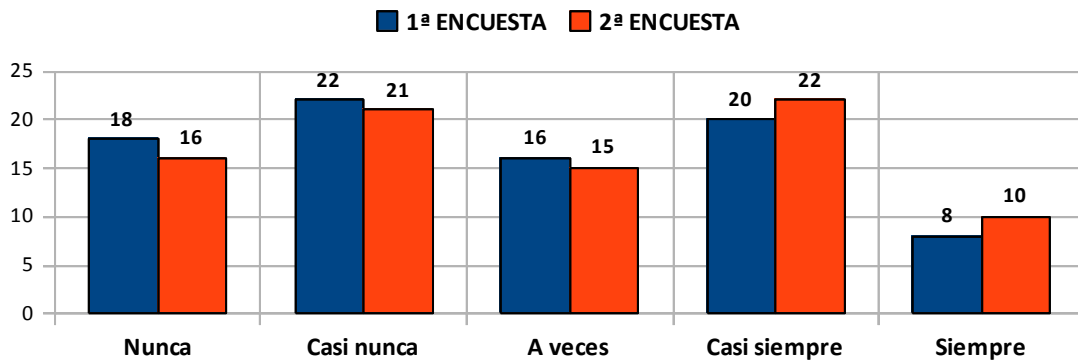
55. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde



56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente



59. Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado



5. Discusión.

El primer dato que hay que destacar que no existe ningún estudio sobre "cultura de la seguridad del paciente" realizado, ni dentistas, ni en alumnos de odontología. Los estudios encontrados durante la búsqueda bibliográfica se refieren a profesiones sanitarias del ámbito hospitalario, básicamente médicos y personal de enfermería.

Además, salvo el estudio de la SEMES (Sociedad española de medicina de urgencias y emergencias), no existe ningún estudio realizado en España.

Por tanto, no disponemos de datos homologables con los que comparar los resultados de nuestra encuesta. Esto implica que en la discusión nos limitaremos a interpretar el significado de los resultados en función de la profesión sanitaria (odontología) y de la situación especial de los participantes (alumnos de último año con práctica clínica exclusiva en la Clínica Universitaria Odontológica de la Universidad Complutense de Madrid).

A pesar de esta limitación, el estudio muestra datos muy interesantes referentes a la "seguridad del paciente" en la docencia universitaria, y también sobre las características de esta docencia.

El primer bloque de cuestiones intenta reflejar la organización de la asistencia sanitaria en relación con la seguridad del paciente, las relaciones entre los compañeros, entre los alumnos y los profesores.

- La pregunta 1 ("El personal se apoya mutuamente") muestra que la gran mayoría de los alumnos se muestra de acuerdo con esta afirmación: un 78,57% en la primera encuesta, y un 76,19% en la segunda. Es un dato positivo que no varía de forma significativa entre la primera y la segunda encuesta. El trabajo en equipo es la base de cualquier plan de mejora de la seguridad del paciente en cualquier entorno asistencial.
- La pregunta 2 ("Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo"), también muestra respuestas concluyentes. Una abrumadora mayoría considera que no hay falta de personal (docente o auxiliar) para afrontar la carga de trabajo. Un 92,85% en la primera encuesta, y un 96,42% en la segunda. Uno de los principales peligros en seguridad del paciente es la falta de personal adecuado para afrontar la carga de trabajo, tanto en condiciones normales como ante "picos asistenciales". La sobrecarga de trabajo es uno de los errores del sistema que más claramente propicia los errores de las personas.
- La pregunta 3 ("Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo") incide en los mismos temas que las dos anteriores (cooperación y carga de trabajo), pero los resultados no son tan concluyentes. Hay más alumnos de acuerdo con el enunciado (38,09% en la primera encuesta y 44,04% en la segunda), que en desacuerdo (23,80% en la primera, y 19,04% en la segunda), pero el número de indiferentes es muy alto. También observamos un cambio de actitud entre la primera y la segunda encuesta. El número de alumnos que aprecia un

mejor ambiente para la colaboración, y que por tanto estarían en principio dispuestos a colaborar, ha aumentado de forma importante.

- La pregunta 4 ("En esta unidad nos tenemos todos respecto") muestra resultados concluyentes. La inmensa mayoría de los alumnos considera que el trato es de respeto, tanto en la primera encuesta (94,04%), como en la segunda (92,85%). Es evidente que respeto y cooperación están íntimamente ligados y son muy importantes para promover la cultura de la seguridad del paciente.
- La pregunta 5 ("A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora"), incide sobre la carga de trabajo. Los resultados son claros, la mayoría tanto en la primera encuesta (66,66%) como en la segunda (65,47%) no considera agotadoras las jornadas de prácticas.
- La pregunta 6 ("Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente") muestra también resultados claros. Previamente a las actividades docentes en seguridad del paciente, la primera encuesta muestra la falta de formación específica en este campo (señalada prácticamente por unanimidad). Posteriormente a las actividades formativas, la segunda encuesta señala que esta deficiencia ha sido soslayada. Esto realmente no es así, porque la formación dada en seguridad del paciente es la más básica posible.
- La pregunta 7 ("En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal") no es aplicable a nuestra población de estudiantes de odontología.
- La pregunta 8 ("Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra") muestran resultados que se contradicen parcialmente con el ambiente de cooperación reflejado en la pregunta 1, y menos claramente es la pregunta 3. La mayoría de los alumnos señalan que los errores son, o pueden ser, utilizados en contra del que los comete. Bien es verdad que la situación mejora entre la primera encuesta (77,38%), y la segunda (69,04%). Es un dato importante ya que el miedo a las represalias uno de los factores que más dificulta la consecución de una adecuada cultura de seguridad del paciente. El que teme las consecuencias del error la oculta, y también lo hacen sus compañeros de confianza. Y con esto se pierde información preciosa para mejorar la seguridad del paciente.
- La pregunta 9 ("Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo") muestra que la situación en lo referente a la seguridad del paciente en las prácticas clínicas, es muy insuficiente. En la primera encuesta la mayoría de las respuestas "no neutras" señala que no se toman las medidas básicas adecuadas cuando se detecta un error asistencial (41,66%). Pero en la segunda encuesta, la opinión cambia y un 39,28% de los participantes considera que se toman medidas cuando se detecta un error asistencial.
- La pregunta 10 ("No se producen más fallos por casualidad") indaga sobre la percepción de los alumnos ante el riesgo de que se produzca un evento adverso durante las prácticas clínicas. Es importante destacar cómo aumenta el número de los alumnos que se muestran conscientes del peligro de que ocurra evento adverso

cuando se adquieren unos conocimientos básicos en seguridad del paciente: 61,90% en la primera encuesta, y 73,80% en la segunda.

- La pregunta 11 ("Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros") incide sobre la cooperación entre compañeros. Y también muestra un resultado contrario al reflejado en la pregunta 1. No obstante muestra una clara mejoría tras las medidas formativas en seguridad del paciente.
- La pregunta 12 ("Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un culpable"), está muy en relación con la pregunta 8. Y los resultados son comparables. No obstante estos resultados "mejoran" tras las medidas formativas. El concepto de "culpabilidad" es uno de los principales escollos para incrementar la cultura de seguridad del paciente.
- La pregunta 13 ("Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan a comprobar su efectividad") muestra resultados muy interesantes. Previamente a las actividades formativas (resultados de la primera encuesta), la gran mayoría de los alumnos (59,52%) se muestra en desacuerdo con esta afirmación. Pero posteriormente a dichas actividades, este porcentaje de desacuerdo disminuye hasta el 29,76%. No obstante los resultados muestran que existe un amplio margen de mejora.
- La pregunta 14 ("Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa") vuelve a confirmar de forma mayoritaria que la presión asistencial no es el principal problema referente a la seguridad del paciente que tiene la población estudiada. El 70,23% en la primera encuesta y el 69,04% en la segunda se muestran "en desacuerdo" o "muy en desacuerdo".
- La pregunta 15 ("Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente") señala que, ante situaciones puntuales de presión asistencial, las consideraciones referentes a la seguridad del paciente pasan a un segundo plano. La gran mayoría de las respuestas, tanto en la primera encuesta como en la segunda, señalan el desacuerdo con el enunciado anterior.
- La pregunta 16 ("Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente") muestra resultados muy claros, y que sin duda están en relación con el contexto docente en el que se ha realizado el estudio. La inmensa mayoría de los estudiantes están de acuerdo con la afirmación anterior en la primera encuesta (94,04%). Este porcentaje baja algo en la segunda, pero no de forma significativa (85,71%).
- La pregunta 17 ("En esta unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente") muestra resultados claros, y muy reveladores del éxito de las medidas formativas adoptadas. En la primera encuesta, únicamente aprecia problemas relacionados con la seguridad del paciente el 33,33%. En la segunda encuesta, después de conocer la realidad de los eventos adversos en odontología, un 69,04% (más del doble) son conscientes de la existencia de problemas relacionados con la seguridad del paciente. Y recordemos que ser conscientes de este tipo de problemas, es un paso previo y fundamental para intentar solucionarlos.
- La pregunta 18 ("Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia") muestra resultados concordantes con los de la

pregunta anterior. En la primera encuesta, el 58,33% se muestra de acuerdo con esta afirmación. En la segunda, después de conocer el problema en profundidad, sólo se muestra de acuerdo el 38,09%.

- La pregunta 19 ("Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente") muestra que la mayoría de los alumnos se muestran de acuerdo con esta afirmación, tanto en la primera como en la segunda encuesta.
- La pregunta 20 ("Mi superior/jefe tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente") muestra que la mayoría de los alumnos está en desacuerdo: en la primera encuesta un 35,71%, y en la segunda un 40,47%. Los resultados de esta pregunta están en contradicción aparente con los de la pregunta anterior.
- La pregunta 21 ("Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente") muestra que la mayoría de los alumnos está de acuerdo con esta afirmación. Y también muestra que el porcentaje de alumnos "críticos" con la actitud atribuida al profesorado aumenta entre la primera encuesta (35,71%), y la segunda (53,57%). Este hecho con toda probabilidad está relacionado con el aumento de formación en seguridad del paciente de los alumnos.
- La pregunta 22 ("Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente") confirma los resultados de la pregunta 19, y contradice los de la pregunta 21. Aunque la mayoría de los alumnos está en desacuerdo con esta afirmación, en la primera encuesta se muestran menos críticos con el profesorado que tras las actividades formativas y la segunda encuesta.

El segundo bloque de cuestiones se refiere al sistema de trabajo dentro del centro sanitario (en nuestro caso la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid).

- La pregunta 23 ("La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente") presenta unos resultados neutros, tanto en la primera encuesta como en la segunda. Pero en la segunda, un 47,61% se muestra en desacuerdo con esta afirmación. La interpretación de esta variación sería el aumento de concienciación de los estudiantes respecto al problema de la seguridad del paciente después de haber recibido la formación específica en este campo.
- La pregunta 24 ("Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas") presenta unos resultados similares a los de la pregunta 23. En la primera encuesta son neutros, pero en la segunda el 51,19% de los alumnos muestra su acuerdo con la afirmación. También suponemos que se debe a la potenciación de la mirada crítica sobre la atención sanitaria desde el punto de vista de la seguridad del paciente.
- La pregunta 25 ("La información de los pacientes se pierde en parte cuando éstos se transfieren de una unidad/servicio a otra") presenta resultados claros. La mayoría de los alumnos, tanto en la primera encuesta como en la segunda, se muestran "de acuerdo" o "muy de acuerdo" con esta afirmación.

- La pregunta 26 ("Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente") muestra unos resultados concordantes con los de las preguntas anteriores. En la primera encuesta el 58,33% de los alumnos se muestra en desacuerdo, y en la segunda el 65,47%. Interpretamos este aumento como resultado de la concienciación sobre la importancia de la seguridad del paciente.
- La pregunta 27 ("En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente") presenta resultados parcialmente discordantes con los de las preguntas anteriores. La mayoría de los alumnos, tanto en la primera encuesta, como sobre todo en la segunda, se muestran en desacuerdo con esta afirmación.
- La pregunta 28 ("Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades") muestra unos datos que se contradicen parcialmente con el grado de cooperación que se refleja en las primeras preguntas del cuestionario. La mayoría de los alumnos se muestra de acuerdo con esta afirmación, tanto en la primera encuesta, como en la segunda.
- La pregunta 29 ("El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático") señala unos resultados claros. La mayoría de los alumnos se muestra de acuerdo con esta afirmación tanto en la primera, como en la segunda encuesta.
- La pregunta 30 ("La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades") señala que la mayoría de los alumnos, sobre todo en la segunda encuesta, están en desacuerdo con esta afirmación (50%).
- La pregunta 31 ("La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente") muestra resultados muy claros. En la primera encuesta el 66,66% se muestra de acuerdo, y en la segunda el 73,80%. La respuesta a esta cuestión muestra que el espíritu crítico de los alumnos referente a las cuestiones sobre seguridad del paciente aumenta tras la formación específica en este campo.
- La pregunta 32 ("Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes") muestra resultados bastante neutros. Aunque una ligera mayoría de los alumnos se muestran en desacuerdo con esta afirmación.
- La pregunta 33 ("Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno") muestra también resultados neutros, con un ligero predominio de los estudiantes que se muestran de acuerdo con la afirmación. Estos resultados son coherentes con respecto a los datos de las preguntas anteriores.

El tercer bloque de preguntas se refiere a aspectos relacionados con la comunicación dentro del centro sanitario. Una comunicación inadecuada es un riesgo latente conocido que facilita la aparición de eventos adversos asistenciales en todos los sistemas sanitarios.

- La pregunta 34 ("Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo") muestra resultados claros, y negativos. El

60,71% de los alumnos señala que no son informados nunca o casi nunca. Estos resultados son muy significativos y reveladores. La existencia de un adecuado "feed back" es esencial para motivar a todo el personal sanitario en la cultura de seguridad del paciente. Si no recibe una motivación adecuada, presentando resultados concretos, el impulso para mejorar la seguridad de los pacientes irá decayendo poco a poco.

- La pregunta 35 ("Cuando el personal de algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad") muestra resultados esperanzadores. La mayoría de los encuestados, sobre todo en la segunda encuesta, señala que trata siempre o casi siempre con libertad estos aspectos que pueden afectar negativamente a la atención sanitaria.
- La pregunta 36 ("Se nos informa de los errores que ocurren en el servicio/unidad") vuelven a mostrar que la atención sanitaria no está orientada actualmente hacia la seguridad del paciente. La gran mayoría de los alumnos encuestados señalan que no reciben información nunca o casi nunca. Como señalamos anteriormente, la información es el punto de partida de cualquier intento de motivación en seguridad del paciente.
- La pregunta 37 ("El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores") refuerza las conclusiones de la pregunta anterior. Tanto en la primera como en la segunda encuesta, la gran mayoría de los alumnos expresa su falta de libertad para cuestionar las decisiones de sus superiores (en este caso el personal docente).
- La pregunta 38 ("En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir") muestra resultados en línea con los de las preguntas anteriores. La gran mayoría de los alumnos señala que nunca o casi nunca se discute sobre los errores ocurridos. Esta respuesta contradice parcialmente los resultados de la pregunta 35. En cualquier caso los resultados de la segunda encuesta son claramente mejores que los de la primera.
- La pregunta 39 ("El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta") muestra resultados coherentes con los de las preguntas anteriores, salvo con la pregunta 35. El 64,28% de los alumnos en la primera encuesta señala que siempre o casi siempre tiene este temor. Pero la segunda encuesta, este porcentaje disminuye hasta el 52,38%. Atribuimos esta disminución a la mayor motivación de los alumnos después del curso de formación.
- La pregunta 40 ("Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente") señala, tanto en la primera como en la segunda encuesta, que la contestación más frecuente es "a veces". La notificación de eventos adversos es una cuestión fundamental para valorar la cultura en seguridad del paciente. La formación específica ha mejorado el índice de los que no notifican, pasando los "nunca" o "casi nunca" del 20,23% en la primera encuesta, al 7,14% en la segunda. Esto muestra una mejoría evidente en el grado de motivación.
- La pregunta 41 ("Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente") muestra uno resultados en línea con la pregunta anterior. Aunque es cierto que los errores que no han dañado al paciente son más notificados que los que

sí le han dañado. Y esto muestra un temor ante las consecuencias del evento adverso, que es difícilmente encuadrable en la cultura de seguridad del paciente.

- La pregunta 42 ("Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente") muestra unos resultados éticamente idénticos, y con las mismas consideraciones, a los de la pregunta 41.

El cuarto bloque de preguntas se refiere a "Información complementaria". La encuesta original de la AHRQ está dirigida a profesionales sanitarios hospitalarios, y de las nueve cuestiones de este bloque, únicamente una (la número 43) es pertinente en nuestra población, pero es sumamente importante.

- La pregunta 43 es diferente a las vistas anteriormente. Su enunciado dice: "Califique de 0 a 10 el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad". Y propone una escala de 0 a 10, o intervalos de medio punto. Es una pregunta muy importante porque califica globalmente la opinión que tiene el alumno sobre la seguridad del paciente en la Clínica Universitaria. En la primera encuesta, previamente a la formación específica, los alumnos señalan una calificación de 5,57/10. En la segunda encuesta, posteriormente a la formación específica que les muestra los "puntos débiles" referentes a la seguridad del paciente, la calificación baja ligeramente hasta 5,44/10. Atribuimos este descenso a la mayor sensibilidad de los alumnos respecto a este tema tras los seminarios.

El quinto bloque de preguntas se incluye en el "Anexo: Información adicional sobre su servicio/unidad". No todas las preguntas de este anexo se han considerado pertinentes para nuestra población de estudiantes de odontología.

- La pregunta 53 ("Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida") muestra también resultados claros. En ambas encuestas la respuesta más frecuente es "casi nunca". Este dato es concordante con las respuestas anteriores e indica el largo camino por recorrer en el ámbito de la seguridad del paciente en la Clínica Universitaria de Odontología.
- La pregunta 54 ("Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación") muestra resultados claros y preocupantes. El 47,61% de los alumnos en la primera encuesta, y el 45,23% en la segunda, señalan que "a veces" realizan informes clínicos sin tener delante la documentación necesaria. La realización de tratamientos, prescripciones medicamentosas, o informes, sin tener delante la documentación necesaria es una fuente muy conocida de error asistencial, en ocasiones potencialmente graves (como sería el caso de las alergias medicamentosas).
- La pregunta 55 ("Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde") muestra unos resultados concordantes con los de la pregunta anterior. Un porcentaje preocupante de alumnos, aunque menor en la

- segunda encuesta que en la primera, afirma no anotar siempre las órdenes verbales recibidas. Este hecho también es una fuente conocida de errores asistenciales.
- La pregunta 56 ("Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente") tiene el mismo sentido que las dos preguntas anteriores. Y los resultados también son concordantes. También hay que señalar que un porcentaje elevado de alumnos afirma no consultar "siempre" los medicamentos que toma al paciente antes de realizar una nueva prescripción de fármacos. No obstante este porcentaje baja del 60, 71% en la primera encuesta, al 57,14% en la segunda. Esto indica un ligero aumento de la motivación. La prescripción incorrecta de fármacos es una de las causas más frecuentes de ingresos hospitalarios urgentes.
 - Por último, la pregunta 59 ("Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado") muestra los resultados esperados, y concordantes con el resto de las profesiones sanitarias. Son malos resultados. Únicamente un pequeño porcentaje (9,52% en la primera encuesta y 11,90% en la segunda) afirman realizar siempre esta comprobación.

Comparando en general los resultados de las dos encuestas, parece claro que ha habido una evolución en la percepción y actitudes relativas a la seguridad del paciente por parte de los alumnos participantes.

Por un lado son más críticos con los "riesgos latentes del sistema" que, tras las sesiones formativas específicas, ahora sí saben ver.

Por otro lado, son más activos respecto a las medidas específicas sobre seguridad clínica de los pacientes que dependen de ellos. Aunque todavía queda un largo camino por recorrer.

Es evidente que las medidas formativas propuestas han sido eficaces. Consideramos que afrontar los problemas derivados de la falta de seguridad del paciente en la asistencia clínica desde la perspectiva del estudio de casos reales (y el análisis de los mismos) es claramente efectivo.

6. Conclusiones.

- 1) Las condiciones de la asistencia odontológica prestada en la Clínica Universitaria de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid son en general adecuadas desde la perspectiva de la seguridad de los pacientes atendidos.
- 2) Los problemas más significativos detectados, relacionados con la seguridad del paciente, se refieren a déficits en la comunicación entre los profesionales (incluyendo la derivación de los pacientes), y a la falta de la adecuada recogida de la información ante la aparición de un evento adverso.

- 3) Unas actividades formativas básicas dirigidas a los alumnos de odontología son suficientes para incrementar la cultura seguridad del paciente, y por tanto la seguridad clínica de los mismos.
- 4) Las actividades formativas estructuradas en torno al análisis de eventos adversos reales a la observación crítica del entorno asistencial, se han mostrado eficaces para incrementar la cultura en seguridad del paciente de los alumnos.
- 5) Estas conclusiones serán aplicadas a la nueva asignatura optativa del Grado de Odontología "Gestión, calidad y seguridad del paciente" que comenzará a impartirse durante el curso 2012-2013 en la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid. Es la primera asignatura de odontología con un contenido específico en seguridad del paciente de la que tenemos conocimiento.

7. Bibliografía.

1. National Quality Forum. Safe Practices for Better Healthcare: 2006 Update. National Quality Forum. Washington, DC: National Quality Forum; 2007. (Consultado 21 Junio 2011). Disponible en:
http://www.qualityforum.org/Publications/2007/03/Safe_Practices_for_Better_Healthcare-2006_Update.aspx
2. 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
3. Prácticas Seguras Simples recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.(Consultado 21 Junio 2011). Disponible en:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/PracticasSegurasSimplesversion.pdf>
4. 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>
5. Roqueta F, Tomás S, Chanovas M. Cultura de seguridad. ¿Cómo la podemos medir?. Monografías de Emergencias. 2009; 3:1-5.
6. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in health care organizations. Qual Saf Health Care 2003; 12 Suppl 2:ii17-23.
7. Construcción y Validación de Indicadores de buenas prácticas sobre Seguridad del Paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.(Consultado 21 Junio 2011). Disponible en:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>

8. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care*.2005; 14:364-6.
9. Sorra J, Famolaro T, Dyer N, Khanna K, Nelson D. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2011 user comparative database report (AHRQ Publication No. 11-0030). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2011. (Consultado 21 Junio 2011). Disponible en:
<https://www.patientsafetygroup.org/program/media/hospsurv111.pdf>
10. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ Publication No. 04-0041). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; September 2004. (Consultado 21 Junio 2011). Disponible en:
<http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospcult.pdf>
11. Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes: Versión Española adaptada de Hospital Survey on Patient Safety Culture (Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. (Consultado 21 Junio 2011). Disponible en:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>
12. 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. (Consultado 21 Junio 2011). Disponible en:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf
13. Jiménez S, Ramos, E, Gómez E, Galicia M, Miró O, Sánchez M. Diferencias en relación a la cultura sobre seguridad del paciente entre dos grupos de profesionales, médicos y enfermeras, en el área de urgencias. *Emergencias*. 2010;22(Extr):374.
14. Guiu E, Tomás S, Moreno E, Pérez J, Gómez-García A, Gómez-Gómez MA. Si nos involucramos, mejoramos: evolución anual de la cultura de seguridad del paciente en un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2010;22(Extr):373.
15. Aljama M, López-Andújar 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.
16. Olds DM, Clarke SP. The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *J Safety Res*. 2010; 41:153-62.
17. 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.
18. 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.
19. Ovens H. Saturación de los servicios de urgencias. Una propuesta desde el Sistema para un problema del Sistema. *Emergencias*.2010;22:244-6.
20. Flores CR. La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. *Emergencias*. 2011;23:59-64.
21. Trzeciak S, Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emerg Med J*. 2003; 20:402-5.
22. Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, Kelley KM, Rzechula KH. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. *Am J Emerg Med*. 2010; 28:304-9.

23. 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.
24. Frankel A, Graydon-Baker E, Nepl C, Simmonds T, Gustafson M, Gandhi TK. Patient Safety Leadership Walk Rounds. *Jt Comm J Qual Saf*. 2003;29:16-26.
25. Frankel A. Patient Safety Leadership Walk Rounds™. Boston, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2004. (Consultado 21 Junio 2011). Disponible en: <http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/1DB817A0-A3FA-4C09-96BF-5F9C92A606C7/640/WalkRounds1.pdf>
26. Safety Briefings (IHI tool), Institute for Healthcare Improvement, Boston, Massachusetts. (Consultado 21 Junio 2011). Disponible en: [www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/Safety+Briefings+\(IHI+Tool\).htm](http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/Safety+Briefings+(IHI+Tool).htm)
27. 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 2011). Disponible en: <http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/69FB6E98-B3C8-470D-80C3-E8038560AB4/0/IHILeadershipGuidetoPtSafetyWhitePaper2006.pdf>