

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud
Departamento de Ciencias de la Salud

Validación del paciente como auditor de prácticas seguras. Factores
facilitadores desde una triple perspectiva: pacientes, profesionales y
gestores

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADO POR:

M^a Isabel Irigoyen Aristorena

Directora

M^a Isabel Rodrigo Rincón

Tutor

Ignacio José Encío Martínez

Pamplona, 19 de abril de 2022

La Dra. M^a Isabel Rodrigo Rincón, investigadora principal del Grupo de Investigación Vinculado Gestión de Calidad y Seguridad de Pacientes de Navarrabiomed

INFORMA:

Que la presente memoria de Tesis Doctoral *Validación del paciente como auditor de prácticas seguras. Factores facilitadores desde una triple perspectiva: pacientes, profesionales y gestores*, elaborada por Dña. M^a Isabel Irigoyen Aristorena, ha sido realizada bajo su dirección y que cumple las condiciones exigidas por la legislación vigente para optar al grado de Doctor.

Y para que así conste, firma la presente en Pamplona, a 18 de abril de 2022

Fdo.

RODRIGO
RINCON
MARIA
ISABEL -
16017240V

Firmado
digitalmente por
RODRIGO RINCON
MARIA ISABEL -
16017240V
Fecha: 2022.04.18
09:19:47 +02'00'

Dra. M^a Isabel Rodrigo Rincón

“En honor a los que han muerto, a los que han quedado discapacitados, a nuestros seres queridos hoy y de los niños del mundo que aún no han nacido, nos esforzaremos por alcanzar la excelencia, para que todos los implicados en la asistencia sanitaria estén lo más seguros posible, lo antes posible. Este es nuestro compromiso de colaboración”

Pacientes por la Seguridad de los Pacientes.

Declaración de Londres. 2006

Dedicatoria

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a mis padres, personas excepcionales.

Querer es poder, ha sido a lo largo de toda mi vida el impulso que me dieron para enfrentarme a las dificultades y los retos. El trabajo constante, el esfuerzo, el estudio, el espíritu crítico basado en el conocimiento y la esperanza, eran los pilares para vencer las complicaciones.

Tener siempre presente en el horizonte, el agradecimiento a todas las personas que, con su ayuda y apoyo, pequeño o grande, contribuyen a alcanzar los objetivos, a ser quién eres y a lograr ser mejor persona.

El respeto a las personas desde su diversidad, los principios morales y éticos, el cuidado y la capacidad de pensar en la otra persona, que expresaban con “no todo vale”, y si siempre fue importante, lo intensificaron cuando decidí ser enfermera. Desde su licenciatura en la vida, inculcaron que tenía que ser capaz de acompañar, respetar y cuidar no sólo a la persona enferma, sino a quienes le acompañaban y a su familia, porque conforman un todo. El respeto a sus voluntades, sus creencias y valores. Sin saberlo, tenía a los mejores maestros de los cuidados centrados en la persona.

Sirva esta tesis como agradecimiento y reconocimiento a todas vuestras renuncias y esfuerzos por darnos la formación que no tuvisteis la oportunidad de tener.

Agradecimientos

AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero agradecimiento a la directora de esta tesis, la **Dra. M^a Isabel Rodrigo Rincón**, por su gran generosidad, apoyo constante, empeño y esfuerzo, y por compartir su sabiduría. Han sido unos años con luces y sombras, un camino con múltiples escollos facilitado por su tesón, inagotable paciencia y positividad.

A la Dra. Blanca Marín por su confianza, ánimo e impulso para que iniciara el proyecto y dirigir sus primeros pasos.

Al Dr. Ignacio Encío que recogió el testigo una vez iniciado el proyecto y que durante el proceso de aprendizaje en la Escuela de Doctorado ha ido marcando el ritmo y orientado el proceso.

Al Dr. Ricardo Feliu por sus orientaciones y guía.

Gracias al Equipo de Investigación de Seguridad del Paciente, por poder incorporarme a su proyecto ya iniciado, lo que ha facilitado enormemente su desarrollo.

Gracias, no podía ser de otra forma, a todos los participantes en el proyecto: pacientes, acompañantes y profesionales, que de forma tan generosa han sido el germen de este estudio, sin olvidar a todas las personas que con su infinita paciencia nos han ayudado a pilotar y probar cada uno de los materiales empleados en esta investigación.

Gracias a las personas de la Biblioteca Virtual en Ciencias de la Salud del Sistema Sanitario de Navarra, por su buen hacer y diligencia.

A mi familia, y especialmente a mis sobrinos Javier y María, por su confianza en mí, alegría y ánimos constantes.

A mi “familia extendida”, por ser mis brazos, mis ojos y transmisores de mi cariño, que cuidan con esmero a mi madre, siempre, pero especialmente durante esta pandemia, que bruscamente nos separó físicamente de nuestros mayores para poder protegerles.

A mis amigas, por su apoyo incondicional y ánimo permanente.

A mis compañeras y compañero de trabajo, por su gran paciencia, ánimo y colaboración.

A las instituciones que han hecho posible este trabajo.

In Memoriam

IN MEMORIAM

A Doña Juana Hermoso de Mendoza.

La vida nos hizo coincidir en el proceso de avance en mi profesión como enfermera. Realizar el Máster en Gestión de Cuidados fue el primer paso en mi camino hacia la posibilidad de realizar esta tesis. Iniciaste siendo mi profesora para convertirte en un gran apoyo y referencia. Tu fortaleza, tesón, alegría, realismo, espíritu de superación y pasión por la vida y la enfermería seguirán siendo una guía.

A Don Eduardo Martín.

Que nos dedicó su tiempo, su buen hacer y generosidad, colaborando en este proyecto. Ha sido la personalización de lo que esta investigación pretendía explorar, el paciente como un aliado para la mejora de las organizaciones y de la atención sanitaria.

Índice

ÍNDICE

Listado de abreviaturas	1
Resumen	I
Introducción	1
1. La seguridad del paciente: perspectiva histórica e importancia	1
2. Iniciativas de organismos nacionales e internacionales para mejorar la seguridad de los pacientes....	4
3. La seguridad del paciente: prioridad estratégica de la OMS.....	6
4. Empoderamiento de pacientes	20
5. Seguridad del paciente, con el paciente.....	26
5.1. Estrategias e iniciativas de participación	26
5.2. Participación de pacientes y cuidadores.	31
6. Importancia de las prácticas seguras abordadas en el presente estudio	32
6.1. Identificación de pacientes.....	32
6.2. Higiene de manos	33
6.3. Seguridad transfusional.....	34
6.4. Administración segura de medicamentos	34
Objetivos e hipótesis	37
7. Objetivos	37
7.1. General	37
7.2. Específicos	37
8. Hipótesis.....	37
Metodología	41
1. Consideraciones Éticas	41
2. Ámbito de estudio	42
3. Diseño	42
Estudio cualitativo.....	47
1. Participantes	48
2. Desarrollo de los grupos focales.....	49
3. Método	50
4. Hallazgos del análisis	50
4.1. Aspectos positivos de la figura del paciente auditor	50
4.2. Elementos emergentes.....	77
Estudios de intervención.....	91
1. Prácticas de seguridad objeto de estudio.....	91
2. Población de estudio.....	91
3. Materiales.....	92
3.1. Folletos	92
3.2. Formularios.....	92
3.3. Vídeos.....	93

3.4. Plataforma Web	94
3.5. Procedimiento de recogida de información	99
4. Objetivos del estudio	101
5. Variables a estudio	101
6. Análisis estadístico.....	102
7. Estudio piloto previo	103
8. Selección de participantes	103
8.1. Estudio de intervención con pacientes y acompañantes	103
8.2. Estudio de intervención con padres y madres	105
9. Resultados	106
9.1. Resultados del Estudio de intervención: pacientes oncológicos y hematológicos y sus acompañantes	107
9.2. Resultados del Estudio de intervención: padres y madres.....	127
Discusión.....	143
1. Percepciones sobre el Rol de Paciente Auditor	143
2. Eficacia del material formativo en la capacitación de los participantes para evaluar prácticas seguras 150	
3. Validez de los pacientes y acompañantes como auditores de prácticas seguras.	152
4. El conocimiento favorece la disposición a interpelar a los profesionales sobre las prácticas de seguridad 156	
5. Características definitorias del paciente auditor de prácticas seguras	159
Limitaciones	161
Contribución de esta tesis y desarrollo futuro	163
Conclusiones	167
Bibliografía	173
ANEXOS	187
1. Folletos de formación	187
1.1. Hematología	187
1.2. Oncología	189
1.3. Padres y madres.....	191
2. Formularios capacidad evaluación participantes	194
2.1. Hematología	194
2.2. Quimioterapia	210
2.3. Padres y madres.....	229
3. Protocolo del trabajo de campo del grupo de pacientes y acompañantes.....	260
4. Vídeos	261
4.1. Hematología	261
4.2. Quimioterapia	267
4.3. Padres y madres.....	271
5. Informes comité ético de Investigación Clínica	275
6. Cartas de invitación a participar en el estudio. Grupo de padres - madres	277
6.1. Tarjeteros.....	278
7. Equipo del grupo de investigación vinculado: Gestión de Calidad y Seguridad de Pacientes. NAVARRABIOMED	279

8. Publicaciones derivadas de esta investigación.....	281
8.1. Do Patients and Relatives Have Different Dispositions When Challenging Healthcare Professionals About Patient Safety? Results Before and After an Educational Program	281
8.2. Patients and relatives as auditors of safe practices in oncology and hematology day hospitals	289

LISTAS DE FIGURAS Y TABLAS

ILUSTRACIONES

<i>Ilustración 1 Resumen de las etapas del proceso de campo.....</i>	<i>100</i>
<i>Ilustración 2 Perfil de voluntario.....</i>	<i>110</i>
<i>Ilustración 3 Rol de evaluador.....</i>	<i>113</i>
<i>Ilustración 4 Rol de Auditor.....</i>	<i>116</i>
<i>Ilustración 5 Niveles del perfil de retador, según el número de prácticas en las que interpelarían al profesional.....</i>	<i>123</i>
<i>Ilustración 6 Perfil de voluntario.....</i>	<i>129</i>
<i>Ilustración 7 Rol de evaluador.....</i>	<i>130</i>
<i>Ilustración 8 Rol de auditor= voluntario + evaluador.....</i>	<i>133</i>
<i>Ilustración 9 Niveles, dentro del perfil de posible retador.....</i>	<i>137</i>

IMÁGENES

<i>Imagen 1 Portada del documento del Plan de Acción 2021-2030.....</i>	<i>10</i>
<i>Imagen 2 Overview of the Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. Pag,5.....</i>	<i>11</i>
<i>Imagen 3 Matriz 7x5 objetivos estratégicos y estrategias. Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030.Fuente: Astier-Peña MP, Martínez-Bianchi V, Torijano-Casalengua ML, Ares-Blanco S, Bueno-Ortiz J-M, Fernández-García M. El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: identificando acciones para una atención primaria más segura. Atención Primaria. Pag 317.</i>	<i>16</i>
<i>Imagen 4 Imagen tomada de EPF Background Brief Patient. Modificada.....</i>	<i>22</i>
<i>Imagen 5 Fuente: Patients prescribe E5 for Sustainable Health Systems.....</i>	<i>22</i>
<i>Imagen 6 Página inicial del portal capacesporlaseguridad.com. https://capacesporlaseguridad.com/index.php/es/.....</i>	<i>95</i>
<i>Imagen 7 Acceso a la zona restringida del proyecto. https://capacesporlaseguridad.com/index.php/es/participar-en-el-proyecto.....</i>	<i>96</i>
<i>Imagen 8 Información de las fases de participación.....</i>	<i>97</i>
<i>Imagen 9 Formulario de participación voluntaria en el proyecto de investigación.....</i>	<i>98</i>

GRÁFICOS

<i>Gráfico 1 Tipos de eventos adversos relacionados por los pacientes.....</i>	<i>109</i>
<i>Gráfico 2 Rol de voluntario. Global, paciente y acompañante.....</i>	<i>110</i>
<i>Gráfico 3 Porcentaje de voluntarios por práctica de seguridad.....</i>	<i>111</i>
<i>Gráfico 4 Rol de EVALUADOR. Global, paciente y acompañante.....</i>	<i>113</i>
<i>Gráfico 5 Curva ROC de variables predictoras para la voluntariedad de ser auditor.....</i>	<i>115</i>
<i>Gráfico 6 Autopercepción sobre la capacidad de saber reconocer las prácticas de seguridad.....</i>	<i>116</i>
<i>Gráfico 7 % de participantes que cumplen las premisas de Auditor.....</i>	<i>117</i>
<i>Gráfico 8 Situaciones en la que el profesional no realizó una práctica segura.....</i>	<i>118</i>
<i>Gráfico 9 Porcentaje de pacientes que han identificado que no se han aplicado las prácticas de seguridad.....</i>	<i>119</i>
<i>Gráfico 10 % de participantes que interpelaron a un profesional si no realizó la práctica de seguridad planteada.....</i>	<i>119</i>
<i>Gráfico 11 % de pacientes y de acompañantes que indican que retarían al profesional si no realiza la práctica de seguridad. Basal = pre-intervención Final= tras la intervención educativa.....</i>	<i>121</i>
<i>Gráfico 12 % de participantes según niveles de posible retador. Por grupo y global.....</i>	<i>124</i>

Gráfico 13 Tipos de eventos adversos relatados por los padres - madres	128
Gráfico 14 % de participantes por nº de prácticas que auditarían	130
Gráfico 15 Autopercepción sobre la capacidad de saber reconocer las prácticas de seguridad.	133
Gráfico 16 % de participantes que alcanzan los roles de voluntario, evaluador y auditor	134
Gráfico 17 Porcentaje de padres - madres que han identificado prácticas que no se han realizado, agrupadas en función de distintos tipos de prácticas	135
Gráfico 18 Porcentaje de padres - madres que indicaron que no se habían realizado prácticas seguras	136
Gráfico 19 % de participantes que interpelaron a un profesional si no realizó la práctica de seguridad planteada.....	136
Gráfico 20 % de padres - madres, según los niveles de posible retador, antes y tras la intervención educativa.	138
Gráfico 21 % de participantes que interpelarían si un profesional no realiza las prácticas de seguridad.	
Resultados previos y posteriores a la intervención formativa.....	139

TABLAS

Tabla 1 Lista de abreviaturas y sus definiciones, ordenadas alfabéticamente	1
Tabla 2 Distribución de participantes en los grupos focales. Por sexos y % del total de la muestra.	48
Tabla 3 roles de pacientes y acompañantes en relación con la seguridad en la asistencia sanitaria	102
Tabla 4: características sociodemográficas de los participantes del grupo A.....	108
Tabla 5 Características de los participantes, relacionadas con la seguridad en la asistencia	108
Tabla 6 % de voluntarios para cada práctica de seguridad, agrupados por tipo de participación.....	111
Tabla 7 Características de participantes asociadas con la voluntariedad. Análisis bivariante.....	112
Tabla 8 Características de los participantes según el perfil evaluador. Análisis bivariante.....	114
Tabla 9 Análisis de regresión logística de variables predictoras para ser evaluador.....	115
Tabla 10 Pruebas de χ^2 de Pearson. Situaciones identificadas por pacientes y acompañantes en las que el profesional no realizó la práctica segura.	118
Tabla 11 : Resultados de la prueba de McNemar pre y tras la intervención educativa. En todos los participantes y para cada práctica de seguridad.	121
Tabla 12 Comportamiento de interpelación previa a formación y tras formación.....	122
Tabla 13 Características asociadas con el perfil de posible retador. Análisis bivariante	125
Tabla 14 Características sociodemográficas de los padres y madres.	127
Tabla 15 Características de los de los padres y madres relacionadas con la seguridad en la asistencia	128
Tabla 16 Características asociadas con el perfil de evaluador. Análisis bivariante	131
Tabla 17 Resultados de la prueba de McNemar pre y tras la intervención educativa.....	132
Tabla 18 : Resultados de la prueba de McNemar pre y tras la intervención educativa.....	139
Tabla 19 Características asociadas con el perfil de posible retador. Análisis bivariante	140

Lista de abreviaturas

LISTADO DE ABREVIATURAS

Lista de abreviaturas empleadas en esta tesis y sus definiciones, ordenadas alfabéticamente

Tabla 1 Lista de abreviaturas y sus definiciones, ordenadas alfabéticamente

CARe	Communication, Apology and Resolution
CFHI	Canadian Foundation for Healthcare Improvement
CMIRPS	Canadian Medication Incident Reporting and Prevention System
COVID19	Enfermedad Infecciosa causada por el virus SARS-Cov-2
DA&O	Disclosure, Apology and Offer
ECRI	Emergency Care Research Institute
EPF	European Patient Forum Foro Europeo de Pacientes
EPINE	Estudio de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en España
EUNetPaS	The European Network for Patient Safety
et al	y colaboradores
GF	Grupo Focal
GF_GestorasCuidados	Grupo Focal de Gestores de Cuidados
GF_Gestores	Grupo Focal de Gestores del CHN
GF_Pacientes	Grupo Focal de pacientes
GF_Padres-Madres	Grupo Focal de padres y madres
GF_Profesionales	Grupo Focal de profesionales asistenciales
GF_Responsables-seguridad	Grupo Focal de responsables de seguridad del paciente
HUN	Hospital Universitario de Navarra
IAAS	Infecciones Asociadas a la Asistencia Sanitaria
IAPO	International Alliance of Patients' Organizations

IBEAS	Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
NHS	National Health Service. Servicio Nacional de Salud de Reino Unido
OMS	Organización Mundial de la Salud
PBA	Preparados de Base Alcohólica
RFID	Tecnología que permite identificar y transmitir la información sobre un objeto, a través de ondas de radiofrecuencia.
SHOT	Serious Hazards of Transfusion
SINASP	Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente.
SNS	Sistema Nacional de Salud
SNS-O	Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
UpNa	Universidad Pública de Navarra

Resumen

RESUMEN

Introducción

Las brechas en la adherencia de los profesionales a las prácticas seguras pueden tener consecuencias importantes para la salud de los pacientes. Una gran parte de los problemas de seguridad ocurren en presencia de paciente, por lo que la implicación de éste en su seguridad es de vital importancia. Esta investigación aborda la implicación del paciente como auditor de prácticas de seguridad en alianza con la organización sanitaria y con el enfoque de la atención centrada en la persona.

El paciente auditor es una persona del entorno no asistencial, que colabora de forma voluntaria y anónima para identificar el cumplimiento de los profesionales de las prácticas seguras mientras acompaña o recibe asistencia sanitaria.

Objetivo

Evaluar la factibilidad y validez de implicar a los pacientes y familiares como aliados auditores de prácticas seguras en las organizaciones sanitarias.

Metodología

El estudio se ha desarrollado mediante metodología mixta. Por una parte, se realizó un estudio cualitativo exploratorio mediante 6 grupos focales (43 participantes). En ellos se exploró la percepción de la incorporación de pacientes en el rol de auditores desde la perspectiva de los pacientes, profesionales y gestores.

Por otra parte, se reclutó a 136 pacientes y acompañantes del Hospital de Día de Oncología y de Hematología, y 64 padres y madres de niños con patologías crónicas del Hospital Universitario de Navarra (HUN). En ellos se realizó una intervención educativa con el fin de evaluar la mejora en su capacitación para asumir el rol de auditores. Las prácticas seguras seleccionadas fueron: la identificación de pacientes, la higiene de manos, la identificación del tratamiento, los efectos secundarios relacionados con la medicación y, en el caso de los niños, el pesaje para calcular la dosis de la medicación. A través de un cuestionario se evaluó tanto la validez como la disposición de los participantes para ser auditores de prácticas seguras, así como para interpelar a los profesionales si no se adherían a las mismas. Se realizaron análisis antes-después de la intervención formativa. Para conocer las características del paciente auditor se realizó una regresión logística.

El trabajo de campo tuvo lugar en 2018 y 2019.

Resultados

Las personas participantes en los grupos focales identificaron al paciente auditor como una barrera más para contribuir a la seguridad del paciente ya que favorece la participación con la organización y le empodera para ser activo en su seguridad. No obstante, indicaron que requiere formar e informar tanto a pacientes y profesionales, así como el establecimiento de sistemas y circuitos para la comunicación de las observaciones. Puede suponer una carga adicional para el paciente y los profesionales.

8 de cada 10 participantes del grupo de onco-hematología y 9 de cada 10 del grupo de pediatría respondieron que les gustaría evaluar prácticas seguras. Casi 5 de cada 10 participantes del grupo de onco-hematología y 8 de cada 10 del grupo de pediatría realizaron una evaluación correcta de al menos 75% de las prácticas seguras tras la formación. La intervención educativa mejoró la capacidad para evaluar prácticas seguras entre un 16,2% y un 29,6% en función del grupo estudiado.

El perfil del paciente auditor es una persona joven – mediana edad, con estudios superiores y con antecedentes de eventos de seguridad en su entorno.

Tras la formación, 4 de cada 10 participantes en el grupo de onco-hematología y 6 de cada 10 en el grupo de padres estarían dispuestos a retar al menos el 75% de las prácticas seguras seleccionadas.

Conclusiones

La información proporcionada por pacientes y familiares actuando como auditores proporciona a las organizaciones sanitarias una información muy valiosa sobre seguridad y calidad de la atención que no podría obtenerse de otra manera. Este nuevo rol constituye una forma innovadora de implicar a los pacientes y familiares en la seguridad de los pacientes. Este trabajo de investigación proporciona a las organizaciones las directrices a seguir para poder hacer efectiva esta nueva función.

Palabras clave

Seguridad de pacientes. Paciente auditor. Auditoría de seguridad. Programa educativo. Prácticas seguras.

Introducción

INTRODUCCIÓN

1. LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: PERSPECTIVA HISTÓRICA E IMPORTANCIA

“La seguridad es la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro”¹

Evitar producir un daño en la asistencia a las personas enfermas está presente en los primeros vestigios que describen la forma en la que los antecesores de la medicina aplicaban sus saberes en el cuidado de los enfermos. El “Manual de medicina” encontrado en las ruinas de Nippur, describe los amplios conocimientos en farmacología de los médicos mesopotámicos. A través de estas fuentes también se ha podido conocer cómo se transmitían los conocimientos de los médicos mayores a los más jóvenes, a través de piezas de barro en las que describían los síntomas de la enfermedad, cómo curarla y cómo administrar el tratamiento.

En otros escritos se encuentran referencias legislativas relativas al ejercicio de la medicina. Así, en el Código de Hammurabi, proclamado por el sexto rey de la I Dinastía de Babilonia, se establecen las consecuencias para cada agresión o daño producido en el ejercicio de la medicina por los sanadores de rango inferior (cirujanos y barberos)².

La cultura egipcia también destaca por sus conocimientos médicos. Tenían establecidas distintas jerarquías médicas, entre las que se encontraban médicos laicos, que como si fueran funcionarios, ejercían el cuidado gratuito de los enfermos, y el Estado controlaba la calidad de la asistencia que proporcionaban.

En la medicina de culturas milenarias como la hindú y la china, también hay referencias a la seguridad del paciente. Así, en el texto hindú “Ayurveda”, se prohíbe la utilización de venenos que puedan dañar al paciente, y hay reseñas sobre el requerimiento de preservar la confidencialidad de la información de datos del enfermo. Por su parte, en referencia a China, en los tratados médicos del Emperador Amarillo, se expresa el compromiso de la profesión con la recuperación de la salud del enfermo³ y cómo se profesionalizó la medicina confiando su aplicación a un Colegio Superior de Médicos².

Avanzando en el tiempo, la cultura griega expresa en los textos hipocráticos, el fundamento de actuar haciendo el bien, o al menos, con no maleficencia², principio ético vigente en la asistencia sanitaria

actual. En uno de los escritos del Corpus Hippocraticum, se hace referencia a la penalización de los errores: *“El arte de la medicina es el único que en las ciudades no tiene fijada una penalización, salvo el deshonor y éste no hiere a los que han caído en él”*, y a la relación a las consecuencias que la mala praxis puede conllevar: *“En realidad, a la mayoría de los médicos me parece que les ocurre lo que a los malos pilotos: los errores que éstos cometen, estando el mar en calma, no son advertidos; pero en el momento en que les coge un fuerte temporal o un viento contrario, si pierden la nave, todos se dan cuenta de que ha sido por ignorancia e impericia”*².

Durante el Imperio Romano, se oficializó el ejercicio de la medicina y se normalizó la enseñanza médica para garantizar la calidad³. En su juramento hipocrático se expresaba: “abstenerse de toda maldad y daño”.

Durante la época medieval, se produce un cambio en la velocidad de los avances técnicos. Destacan por el establecimiento de redes hospitalarias, en las que además de enfermos también acogen a peregrinos y pobres. Progresivamente, estas organizaciones pasaron a depender de las instituciones municipales y burguesas y sufrieron un proceso de secularización hasta alcanzar la medicalización². Los médicos contaban ya con una formación mayor y documentan y corrigen los errores y los efectos nocivos. Un ejemplo es Ambroise Paré, que, tras verificar los efectos negativos de las cauterizaciones, desaconsejaba esta práctica a sus alumnos^{3,4}.

En el siglo XIX se avanza en el estudio de los datos para identificar los resultados de las acciones aplicadas, y asociar las causas de enfermedades y las consecuencias para la salud. Ejemplos como Semmelweis que identificó que la higiene de manos prevenía la transmisión de infecciones, o Florence Nightingale que analizaba y difundía los efectos que se producían en los pacientes a consecuencia de las medidas que llevaba a cabo, como cambios en la organización de los hospitales, en las medidas de higiene y ventilación o los resultados de la atención holística a los pacientes. También Pasteur y Lister, en su esfuerzo por combatir las infecciones. Todas ellas constituyen la base de acciones dirigidas a la seguridad de los pacientes³⁻⁵.

Ya en el siglo XX, se estableció el análisis estadístico para controlar la calidad con Shewhart y Demming. De la misma forma que en el ámbito industrial, su aplicación en los sistemas de salud se inició identificando los peligros de la hospitalización y la iatrogenia. Destacan los estudios llevados a cabo por Schimmel en 1964 y Brennan en 1984 que estudió metodológicamente la incidencia de eventos adversos⁴.

Sin embargo, el gran cambio en seguridad de pacientes se produjo tras el informe “To Err is Human: Building a Safer Health System” de 1999, del Instituto de Medicina de Estados Unidos. En él se hace referencia a dos estudios llevados a cabo en Colorado y Utah y otro en Nueva York. Éstos describen cómo entre un 2,9% y un 3,7% de los pacientes hospitalizados sufrieron eventos adversos. En el primer estudio el 6,6% de los eventos finalizaron en muerte y en el de Nueva York el 13,6% tuvo este desenlace. Al hacer una extrapolación de los datos a los 33,6 millones de ingresos de 1997 en Estados Unidos, se consideró que al menos 44.000 americanos pudieron morir a causa de errores. Con los datos de Nueva York llegarían a 98.000, superando las muertes a las provocadas por accidentes de tráfico, cáncer de mama o SIDA. El coste estimado derivado de las incapacidades y del coste en salud de los eventos prevenibles se estimó entre 17 y 29 billones⁶. Estudios posteriores, con sistemas de identificación de mayor sensibilidad posicionaron las muertes derivadas de eventos adversos en el tercer lugar en Estados Unidos⁷.

En 2019, Panigiotti et al.⁸ realizaron una revisión sistemática y metaanálisis de estudios publicados entre 2000 y 2019, para identificar la prevalencia, gravedad y naturaleza de los daños prevenibles en la asistencia sanitaria. Los 70 estudios finales, incluyeron un total de 337.025 pacientes y determinaron que la prevalencia del daño prevenible fue del 6%. Uno de cada 20 pacientes sufre daños prevenibles en la asistencia sanitaria. El 12% de estos daños provocan discapacidad permanente o muerte y se relacionan con los fármacos, el manejo terapéutico y los procedimientos invasivos.

En España, en 2005 se desarrolló el estudio ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización). A través de la revisión de historias clínicas de pacientes de 24 hospitales, con ingresos superiores a 24 horas y que se habían dado de alta en la segunda semana de junio de 2005. Los eventos adversos detectados en el primer examen fueron analizados por expertos externos para confirmar la valoración inicial. La incidencia de eventos adversos relacionados con asistencia sanitaria hospitalaria fue del 8,4%. El 42,8% se consideraron evitables⁹.

Posteriormente, en 2011 se realizó el estudio IBEAS (Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica). En él participaron 58 hospitales de 5 países de América Latina. Se analizaron 11.379 pacientes hospitalizados y la prevalencia de eventos adversos fue del 11,85%. De ellos el 60% se identificaron como prevenibles¹⁰.

2. INICIATIVAS DE ORGANISMOS NACIONALES E INTERNACIONALES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

En 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS), tras conocer los resultados de diversos estudios sobre los eventos adversos en la asistencia sanitaria, reconoce la importancia de la seguridad del paciente y la considera “uno de los principios fundamentales de los sistemas salud” y así lo declara en la 55ª asamblea¹¹.

Esto supuso un punto de inflexión en el enfoque de la seguridad del paciente. Se pasaba de considerar que los eventos eran consustanciales a la asistencia sanitaria y que todos los profesionales realizaban las acciones de la mejor forma posible, a considerar que se podían llevar a cabo acciones para poder evitarlos. El hecho de que organizaciones como la OMS estableciera programas en esta línea logró impulsar la seguridad del paciente en todos los niveles: países, instituciones, servicios sanitarios, profesionales y pacientes.

Así la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó en 2004 la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”, promoviendo acciones, herramientas y recomendaciones para mejorar la seguridad en todos los países del mundo¹².

Desde entonces, este organismo ha desarrollado múltiples iniciativas para mejorar la seguridad: políticas basadas en la evidencia científica, promoción de la cultura de seguridad, fomento de la investigación y de la formación continuada y curricular en seguridad del paciente, impulso de la participación de pacientes y personas usuarias de los sistemas sanitarios. El desarrollo de taxonomía de seguridad del paciente. Desafíos o retos mundiales dirigidos a abordar riesgos significativos para la seguridad de los pacientes en la asistencia sanitaria, con la finalidad de proponer medidas sencillas y aplicables en cualquier lugar y que tuvieran un alto impacto. Desde 2005 se han desarrollado desafíos dirigidos a la disminución de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IAAS), la seguridad quirúrgica, la resistencia a antimicrobianos y medicación sin daño.

La Alianza por la seguridad del paciente impulsa la difusión rápida, accesible y sencilla, de soluciones que han demostrado su eficiencia, para que puedan aplicarse en otros medios y lugares. Ejemplos de estas son la identificación de pacientes, la comunicación en las transiciones asistenciales, medidas sobre medicamentos parecidos y con nombres similares, acciones dirigidas a las soluciones concentradas de electrolitos, conexiones incorrectas de catéteres y dispositivos, procedimiento correcto en el lugar correcto, transmisión precisa de la información de la medicación en las transiciones

asistenciales, dispositivos de inyección de un solo uso, higiene de manos para prevenir las IAAS, seguridad en las transfusiones y acciones para prevenir las infecciones en vacunación frente al COVID19.

Otras actuaciones se encaminaron a aplicar modelos de organización y de procesos de otras organizaciones, como la iniciativa 5s, para estandarizar procesos asistenciales y reducir problemas de seguridad.

A su vez impulsó los sistemas de notificación y aprendizaje de eventos adversos, con el objetivo de conocer qué ocurrió, cómo sucedió y con este aprendizaje significativo poder establecer medidas para evitar que ocurran de nuevo, enmarcado en un modelo no punitivo para los profesionales.

También ha desarrollado acciones dirigidas a pacientes agudos y programas frente a la bacteriemia asociada a catéter que se han ido extendiendo a otros programas zero, como neumonía zero, infecciones del tracto urinario zero y resistencia zero.

A nivel europeo el Consejo de Europa redactó en 2005 la declaración de Varsovia, en la que proponía el reto de Seguridad del Paciente y ese mismo año se añadió también a la iniciativa de la OMS mediante la declaración “Patient Safety: Making it Happen!”. El Consejo de Europa en el año 2006 instaba a los países miembros a desarrollar políticas, estrategias y programas para mejorar la seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias. Además, también ha promovido la creación de una red europea en seguridad de pacientes que cuenta con representantes de todos los estados miembros: “The European Network for Patient Safety” (EUNetPaS).

En el ámbito nacional, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, también ha situado la Seguridad del Paciente en el centro de sus políticas sanitarias como uno de los grandes ejes de mejora del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. En el mismo año 2005 el Ministerio promovió e impulsó la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS)¹³, que tras diez años de desarrollo se actualizó de nuevo para el periodo 2015-2020.

En este último documento se definen un total de 6 líneas estratégicas que mantienen los principios básicos de la estrategia inicial e incorporan objetivos y recomendaciones nuevas, partiendo de la autoevaluación del desarrollo de la propia estrategia, de las recomendaciones internacionales, y de la opinión de expertos, profesionales y pacientes. Estas 6 líneas incluyen:

- Línea 1: Cultura de seguridad, factores humanos y organizativos.
- Línea 2: Prácticas clínicas seguras.

- Línea 3: Gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes.
- Línea 4: Participación de los pacientes y ciudadanos por su seguridad.
- Línea 5: Investigación en seguridad del paciente.
- Línea 6: Participación internacional.

En esta estrategia la participación de los pacientes y ciudadanos por su seguridad constituye un elemento de referencia para la mejora de la seguridad del paciente en el SNS teniendo en cuenta las evidencias disponibles de las recomendaciones efectuadas, la factibilidad de su implementación, la equidad y la sostenibilidad del sistema.

La investigación que aquí se presenta, está fundamentada en todas estas recomendaciones y estrategias de ámbito internacional y nacional, pero pretende tener un enfoque innovador en lo que respecta a la implicación de los pacientes que son, en definitiva, la población diana de la asistencia sanitaria y los que viven en primera persona la magnitud y el impacto del daño asociado a la atención sanitaria.

3. LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: PRIORIDAD ESTRATÉGICA DE LA OMS

Aunque ya se ha comentado que las políticas de seguridad se han desplegado a muchos niveles, la estrategia de la OMS sigue liderando los programas de Seguridad de Pacientes a nivel internacional y dada la relevancia de sus estudios y recomendaciones, supone una guía clave para identificar cuáles son las prácticas seguras que se deben priorizar.

Hace un énfasis especial en proporcionar apoyo a los Estados Miembros, cuando lo soliciten, para poner en marcha sistemas para promocionar la participación, el compromiso, el empoderamiento activo de los pacientes, las familias y la comunidad, para proporcionar una atención sanitaria segura, establecer y reforzar las redes de participación de los pacientes, las comunidades, la sociedad civil y las asociaciones de pacientes.

Como ya se ha referido, desde 2002, y especialmente desde 2004, la OMS ha llevado a cabo numerosas actuaciones dirigidas a mejorar la seguridad del paciente al establecer la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados, no se han alcanzado grandes avances.

El informe emitido en 2019 por el director general de la OMS: “Seguridad del paciente. Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente”¹⁴, supuso el punto de inflexión que establece las bases que concluyeron en 2021 con el desarrollo de un plan de acción mundial para la seguridad del paciente para la década 2021-2030.

Dicho informe, presentado en la 72ª Asamblea Mundial de la Salud, indica cómo las acciones realizadas a lo largo de 15 años no habían derivado en cambios sustanciales en la seguridad. El impacto alcanzado en los países de ingresos altos había sido desigual y las medidas implantadas no se habían adaptado con eficacia en estas zonas.

A su vez, exponía los efectos que generaban el daño al paciente durante la atención sanitariaⁱ:

- Pérdida de 64 millones de años de vida ajustados por discapacidad causada por la atención poco segura, situando el daño al paciente entre las 10 principales causas de muerte y discapacidad. En países de ingresos bajos y medios suponen hasta 2,6 millones de fallecimientos. En países de ingresos altos, uno de cada diez pacientes sufre daño durante la atención sanitaria.
- Prácticas y riesgos relacionados con la atención sanitaria (se señalan algunos de ellos):
 - Los errores de medicación son una de las principales causas de lesiones y daños evitables en la atención sanitaria. El coste asociado en Estados Unidos se estima en 42.000 millones anuales.
 - Las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) afectan al 7,6% de los pacientes en países con ingresos altos y al 10% en los de ingresos bajos y medios. Por su parte, la resistencia a antibióticos genera un incremento del gasto y un aumento de la probabilidad de fallecimiento.
 - En un 25% de los pacientes intervenidos con ingreso hospitalario sufren complicaciones derivadas de procedimientos quirúrgicos no seguros. Un millón de pacientes fallece durante la intervención o de forma inmediata tras ella.
 - Administración no segura de inyecciones, con el riesgo de transmisión de infecciones y que suponen la pérdida de 9,2 millones de años de vida.

ⁱ Se presenta una síntesis del Informe del Director General de la OMS, “Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente”¹⁴

- Los errores diagnósticos afectan al 5% de los adultos. De estos, la mitad pueden generar daños graves pudiendo tener repercusión a lo largo de toda la vida de los afectados.
 - Las transfusiones poco seguras que suponen un riesgo de reacciones adversas, así como la posibilidad de transmisión de infecciones.
 - Los errores en irradiación, bien por un exceso de radiación, o aplicarse en el paciente incorrecto o la zona equivocada. Se estima que la incidencia es de 1500 por cada millón de ciclos de tratamiento.
 - Sepsis no diagnosticada a tiempo, que puede afectar a 31 millones de personas y provocar más de 5 millones de fallecimientos.
 - Tromboembolismos venosos. Uno de los eventos adversos más frecuentes y prevenibles y que provocan una tercera parte de las complicaciones en la hospitalización.
 - Atención poco segura en salud mental, con daños atribuibles a las restricciones físicas, al aislamiento y fugas entre otros.
- Deficiencias en la atención primaria. La mitad de los daños se produce en la atención primaria y ambulatoria. Cuatro de cada 10 pacientes están afectados por fallos de seguridad. Se estima que hasta el 80% de estos daños pueden evitarse.
 - Las consecuencias de la atención poco segura también conllevan repercusiones económicas. En los países de la OCDE, el 15% del gasto y actividad hospitalarios se pueden atribuir al tratamiento de los efectos derivados de la deficiencia en la seguridad. En países de ingresos bajos y medios, ocasiona costes entre 1,4 y 1,6 billones\$ por pérdidas en la productividad. La aplicación adecuada de estrategias de implicación de los pacientes y de programas de transmisión de conocimientos sobre salud podría reducir hasta un 15% de los daños.
 - Los sistemas sanitarios son complejos en su diseño, lo que hace que puedan estar sujetos a errores. En aquellos casos en los que los procedimientos y las prácticas no están adecuadamente diseñados, una gran parte de los daños están originados por factores humanos. En ambientes en los que se culpa a las personas, se puede generar una disminución de la notificación de incidentes y, por tanto, que no se pueda aprender de ellos.

Los pacientes más vulnerables a incidentes de seguridad son los ancianos, niños, migrantes, pacientes crónicos y las personas que reciben cuidados paliativos.

Consecuencia de este informe del Director General sobre las medidas mundiales en materia de seguridad del paciente¹⁴, la 72ª Asamblea Mundial de la Salud pide al Director General¹⁵ varias medidas, entre las que se encuentran:

- Subrayar la seguridad del paciente como una prioridad estratégica fundamental de la labor de la OMS en el programa de la cobertura sanitaria universal.
- Elaborar orientaciones normativas sobre políticas, prácticas óptimas, herramientas y normas mínimas para la seguridad del paciente. Entre otras, la cultura de seguridad, los factores humanos, la infraestructura para la higiene, la gobernanza clínica y la gestión de riesgos.
- Proporcionar apoyo técnico a los Estados Miembros, especialmente a los de recursos medios y bajos, para ayudarles a evaluar, medir y mejorar la seguridad de pacientes. Solicita colaboración con asociaciones profesionales para implantar una cultura de seguridad para garantizar la prevención de los daños relacionados con la atención sanitaria, incluidas las infecciones. Pide también detectar las causas de los daños y aprender de ellos a través de mejoras en la capacidad de liderazgo y gestión, y estableciendo sistemas abiertos y transparentes.
- Fortalecer redes mundiales en materia de seguridad del paciente, para intercambiar conocimientos, prácticas óptimas y potenciar la colaboración internacional, que permita establecer sistemas de salud más seguros. Crear una red mundial de formadores en seguridad del paciente que trabaje con los Estados Miembros, las organizaciones, la sociedad civil, las organizaciones de pacientes, las asociaciones profesionales, instituciones académicas y de investigación, la industria y otras partes interesadas.
- Cuando se solicite, proporcionar apoyo técnico y orientaciones normativas para crear capacidad en materia de recursos humanos en los Estados Miembros, mediante la capacitación y la formación interprofesional basada en competencias, según el programa de seguridad del paciente de la OMS y en consulta con los Estados Miembros. Elaborar programas de formación de formadores, para la formación y capacitación en materia de seguridad del paciente y que establezcan redes regionales y mundiales de consejos educativos profesionales para promover la educación sobre seguridad del paciente.

- Promover y apoyar la aplicación de las tecnologías digitales y la investigación, para mejorar la seguridad de los pacientes.
- Proporcionar apoyo a los Estados Miembros, cuando lo soliciten, para poner en marcha sistemas para promocionar la participación, el compromiso, el empoderamiento activo de los pacientes, las familias y la comunidad, para proporcionar una atención sanitaria segura, establecer y reforzar las redes de participación de los pacientes, las comunidades, la sociedad civil y las asociaciones de pacientes.

En abril de 2021, siguiendo las mencionadas indicaciones, se publicó el documento “Draft Global Patient Safety Action Plan 2021-2030”¹⁶.



El plan pretende proporcionar la dirección estratégica de las medidas que deben adoptar los países, las organizaciones, los centros asistenciales y la OMS para aplicar la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud. En él se indica que “Como resultado, reforzará los sistemas de salud en todo el mundo para diagnosticar, tratar curar y atender, al mismo tiempo que se esfuerza por ‘Primero no hacer daño’, máxima del médico griego Hipócrates (460-375 a. C.)”.

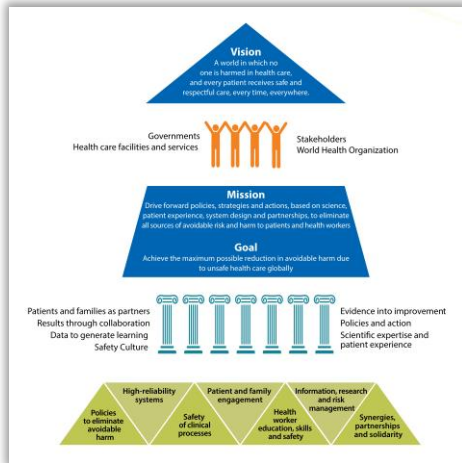
Imagen 1 Portada del documento del Plan de Acción 2021-2030

*“La seguridad del paciente es un marco de actividades organizadas que crea culturas, procesos, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos en la atención sanitaria que, de forma coherente y sostenible, disminuyen los riesgos, reducen la aparición de daños evitables, hacen que el error sea menos probable y reducen su impacto cuando se produce”.*¹⁶

El plan se ha desarrollado mediante un proceso participativo. Partiendo de la contribución de expertos internacionales en seguridad del paciente, ha pasado por procesos de consulta con las partes interesadas, los Estados Miembros de la OMS, organizaciones internacionales, instituciones académicas, asociaciones de pacientes, organizaciones intergubernamentales y las oficinas mundiales, regionales y nacionales de la OMS. Tras diversas fases de evolución, el plan estuvo a disposición del público durante un mes. Con los resultados de esta consulta pública y otros comentarios y aportaciones

técnicas, se presentó el proyecto preliminar de acción en la 148ª reunión del Consejo Ejecutivo, para que fuera examinado, debatido y aprobado.

Principios rectores



“La creación de un sistema para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal en el que los pacientes estén más seguros que en la actualidad, especialmente en el punto en el que reciben atención en cualquier parte del mundo, es un reto importante. El Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030 aborda este reto”

Imagen 2 Overview of the Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. Pag,5

Los principios rectores son los valores de apoyo en los que se sustenta el marco del plan de acción.

EXTRACTOS Y RESÚMENES DEL DOCUMENTOⁱⁱ

OVERVIEW OF THE GLOBAL PATIENT SAFETY ACTION PLAN 2021-2030¹⁶

1.- Implicar a los pacientes y a las familias como socios en una atención segura.

Una asistencia sanitaria segura debe considerarse un derecho humano básico. Como la asistencia sanitaria es predominantemente un servicio, siempre se produce de forma conjunta con los usuarios. Para lograr una atención segura es necesario que los pacientes estén informados, participen y sean tratados como socios de pleno derecho en su propia atención. En muchas partes del mundo, esto ocurre mucho menos de lo que debería. Los pacientes, las familias y los cuidadores tienen un gran interés en su propia salud y la de sus comunidades. La seguridad del paciente depende de su plena participación como usuarios del sistema sanitario y como personas que conocen mejor todo el recorrido del paciente. Los pacientes y las familias deben participar en todos los niveles de la atención sanitaria, desde la elaboración de políticas y la planificación, pasando por la supervisión del rendimiento, hasta el consentimiento plenamente informado y la toma de decisiones compartida en

ⁱⁱ Se presenta un resumen basado en traducción propia del documento Overview of the Global Patient Safety Action Plan 2021-2030.

el punto de atención. Los pacientes, las familias y las comunidades tienen una contribución esencial que hacer a la seguridad del paciente.

2.- Lograr resultados mediante el trabajo en colaboración

La OMS proporcionará a los países las orientaciones normativas y los instrumentos de aplicación para que la asistencia sanitaria sea más segura en el punto de atención.

Es necesario un ecosistema de colaboración en el que todos, desde los responsables políticos hasta los profesionales de primera línea, contribuyan, compartan y aprendan. Todas las intervenciones en materia de seguridad del paciente tienen que ser cuidadosamente diseñadas y adaptadas para satisfacer las prioridades de los países, comunidades y las necesidades específicas de aplicación.

La OMS impulsará la reducción del daño en cada país a través del diálogo político, el apoyo estratégico, la asistencia técnica y la prestación de servicios.

La fuerza del plan radicará en la pasión y el compromiso por la seguridad del paciente que se muestren a nivel nacional, regional y local.

3. Analizar y compartir datos para generar aprendizaje

Las fuentes de información sobre eventos adversos e incidentes son muy diversas: sistemas de notificación, reclamaciones por mala praxis, experiencia notificada por los pacientes, revisión de historia clínica, etc.

Analizar y compartir los datos contribuye a comprender mejor las causas de los incidentes y establecer medidas de prevención y de mejora de la seguridad. Mediante una cultura de confianza en la calidad y fiabilidad de los informes, se mejorará la seguridad de los pacientes.

Es necesario incidir en la importancia de utilizar la información de los datos para lograr una atención más segura, más que destinarlos a informar sobre los patrones y tipos de daños producidos.

4. Convertir la evidencia en avances medibles y viables

Trasladar la evidencia científica a la práctica para disminuir la brecha “saber-hacer”. Se propone utilizar el conocimiento, la experiencia de los proveedores de salud y de los pacientes. Es necesario trabajar de forma estrecha con líderes, gestores, profesionales, representantes de pacientes, para elaborar acciones de mejora y alcanzar los resultados esperados. Hay que fomentar centros de excelencia y aprendiendo de ellos, extender las mejores prácticas.

5.- Basar las políticas y acciones en el ámbito asistencial

La investigación en seguridad del paciente se ha desarrollado principalmente en entornos con altos recursos y en hospitales grandes. Sin embargo, para adaptar al contexto local las políticas y las soluciones en seguridad del paciente, es preciso tener en cuenta su cultura y tradiciones, sus sistemas sanitarios e infraestructuras. Las soluciones aplicables en entornos con recursos limitados también pueden ser útiles en otros más favorecidos.

6.- Emplear tanto los conocimientos científicos como la experiencia de los pacientes para mejorar la seguridad

Para alcanzar logros en la seguridad de pacientes se precisa la unión de la ciencia y la experiencia de las personas. En el diseño de planes, se precisan conocimientos científicos y técnicos, junto con la adhesión y el impulso de pacientes y familiares que sufrieron daños o pérdidas por problemas de seguridad de pacientes.

Además de la planificación, el diseño y las inversiones, se requiere la promoción, la sensibilización el compromiso político y la persuasión.

7.- Inculcar la cultura de seguridad en el diseño y la prestación de la asistencia sanitaria.

La cultura de seguridad de pacientes tiene que formar parte de la cultura y filosofía de la organización. Impregnar las actitudes, los valores y creencias, las aptitudes y la práctica de los profesionales sanitarios, gestores y líderes.

Los elementos de la cultura de seguridad son: el compromiso del liderazgo, la transparencia, la comunicación abierta y respetuosa, el aprendizaje derivado de los errores, la extensión de las mejores prácticas y un equilibrio entre la no culpabilidad y la responsabilidad.

Para reducir los daños en los pacientes se precisa que esta cultura sea sólida, que contribuya a crear un entorno de trabajo seguro para los profesionales de forma que puedan hablar sobre los problemas de seguridad de pacientes y otras preocupaciones sin temor a consecuencias negativas.

Participantes en las acciones

Una acción global dirigida a nivel mundial sobre la seguridad de los pacientes es una tarea compleja que requiere la participación y el esfuerzo colectivo de muchas partes interesadas. Implica a los responsables políticos, los profesionales sanitarios, los pacientes, familias y comunidades como socios

clave en todos los niveles de actuación. Para alcanzar los objetivos estratégicos esta asociación se tiene que desarrollar tanto a nivel estratégico como operativo.

Para apoyar al plan de acción de mejora de la seguridad de los pacientes, se identifican cuatro grandes categorías:

- Gobierno: en todos los órganos y niveles hasta los organismos reguladores y de investigación.
- Centros sanitarios de todos los niveles asistenciales, en todos los tipos de atención sanitaria y dirigidos a todos los grupos de edad y situaciones vitales.
- Todo tipo de organismos tanto organizaciones gubernamentales como no gubernamentales, centros de normalización y acreditación, centros nacionales, internacionales e independientes, universidades, instituciones académicas y centros de todos niveles de formación. También consorcios, industria, sector privado, proveedores de atención sanitaria...
- Organización Mundial de la Salud: en todos sus niveles, oficinas y sedes.

Marco de acción

El marco de acción de este plan incluye los siguientes objetivos estratégicos:

1. Hacer que el “daño evitable cero”, sea el compromiso, la norma y la mentalidad en la planificación y prestación de la asistencia sanitaria en cualquier lugar.
2. Construir sistemas de salud y organizaciones sanitarias de alta fiabilidad que protejan a los pacientes del daño.
3. Garantizar la seguridad de todos los procesos clínicos.
4. Implicar y empoderar a los pacientes y familiares para que ayuden y apoyen en el camino hacia una asistencia sanitaria más segura.
5. Motivar, educar, capacitar y proteger a los profesionales sanitarios para que contribuyan en el diseño y prestación de sistemas sanitarios seguros.
6. Garantizar un flujo constante de información y conocimiento para impulsar la disminución de los riesgos, reducir los niveles de daños evitables y mejorar la seguridad en la asistencia.
7. Desarrollar y mantener la sinergia, la asociación y la solidaridad multisectorial y multinacional para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención.

Objetivos estratégicos y estrategia de aplicación

Es importante emplear el modelo de la organización estratégica de las grandes organizaciones que funcionan eficazmente mediante el establecimiento de un conjunto de objetivos claros y sencillos, que dirijan las actividades estratégicas y operativas, de forma que todo el personal los comprenda y los haga suyos.

Según este enfoque, los objetivos deben ser pocos y formulados de forma adecuada, de modo que permitan la revisión de los avances tanto a nivel estratégico como de equipos. No deben suponer una carga añadida, ni reemplazar las medidas de rendimiento de los países, de los sistemas y de los centros. Por lo tanto, tienen que integrarse en el trabajo clínico habitual y en las grandes decisiones estratégicas de diseño de los sistemas sanitarios y además enmarcar con sencillez la responsabilidad pública.

Plantean objetivos que potencien y no limiten. Emplean definiciones amplias que pueden incorporar todas las tareas necesarias para reducir los riesgos y mejorar la seguridad de los pacientes, en cualquier parte del mundo y nivel de desarrollo, de manera que cada uno pueda hacerlo de la mejor manera según su contexto y disponibilidad de recursos.

Son objetivos sencillos de comprender e imaginar, que se puedan comunicar con facilidad. Tienen que ser inspiradores y reducidos para que aplicarlos no sea una sobrecarga.

En cada objetivo han establecido 5 estrategias con acciones definidas para cada uno de los cuatro grupos de implicados en desarrollarlos: gobiernos, proveedores de atención sanitaria, agentes de interés y la OMS.

Con esta estructura desarrollan lo que denominan: “Marco para la acción: la matriz 7x5” que aborda los siguientes ejes.

1. Políticas para eliminar los daños evitables en la atención sanitaria
2. Sistemas de alta fiabilidad
3. Seguridad de los procesos clínicos
4. Implicar a pacientes y familias
5. Formación, capacitación y protección de los profesionales sanitarios
6. Información, investigación y gestión de riesgos
7. Sinergias, alianzas y solidaridad

Validación del paciente como auditor de prácticas seguras.
Factores facilitadores desde una triple perspectiva: pacientes, profesionales y gestores

7 Objetivos Estratégicos (OE)	5 Estrategias Concretas (EC) Para Cada Objetivo Estratégico				
OE 1: Políticas para eliminar el daño evitable en la atención sanitaria	EC 1.1. Desarrollo de una política de seguridad del paciente, con un marco estratégico de implementación	EC 1.2. Movilización de recursos y asignación	EC 1.3. Medidas legislativas de protección	EC 1.4. Estándares de seguridad, normas y sistemas de acreditación	EC 1.5. Día Mundial de Seguridad del Paciente y Retos Globales de Seguridad del Paciente
OE 2: Sistemas de alta fiabilidad	EC 2.1. Transparencia, sinceridad y cultura de no culpabilización	EC 2.2. Buena gobernanza para el sistema sanitario	EC 2.3. Capacidad de liderazgo clínico y gestor	EC 2.4. Factores humanos/ergonomía para la resiliencia de los sistemas sanitarios	EC 2.5. Seguridad del paciente en emergencias y entornos en condiciones muy adversas
OE 3: Seguridad de los procesos clínicos	EC 3.1. Seguridad en los procedimientos clínicos de riesgo	EC 3.2. Reto Global de Seguridad del paciente: "Medicación sin daño"	EC 3.3. Prevención y control de las infecciones y resistencias antimicrobianas	EC 3.4. Seguridad de los productos sanitarios, medicamentos, sangre y derivados y vacunas	EC 3.5. La seguridad del paciente en atención primaria y en las transiciones de asistenciales
OE 4: Implicar a pacientes y familias	EC 4.1. Desarrollo conjunto de políticas y programas con los pacientes	EC 4.2. Aprender de experiencia de los pacientes para la mejora de la seguridad	EC 4.3. Defensores del paciente y campeones de la seguridad del paciente.	EC 4.4. Comunicar los incidentes de seguridad del paciente a las víctimas.	EC 4.5. Información y educación a los pacientes y familias
OE 5: Educación, capacitación y protección de los profesionales sanitarios	EC 5.1. La seguridad del paciente en la educación y formación profesional	EC 5.2. Centros de excelencia para la educación y capacitación en seguridad del paciente	EC 5.3. Las competencias de seguridad del paciente como requisitos reglamentarios.	EC 5.4. Vinculación de la seguridad del paciente con los sistemas de evaluación del personal sanitario	EC 5.5. Entornos de trabajo seguros para los trabajadores sanitarios
OE 6: Información, investigación y gestión de riesgos	EC 6.1. Sistemas de notificación y aprendizaje para la seguridad de paciente.	EC 6.2. Sistemas de información para la seguridad del paciente.	EC 6.3. Sistemas de vigilancia de la seguridad del paciente.	EC 6.4. Programas de investigación en seguridad del paciente.	EC 6.5. Tecnología digital para la seguridad del paciente.
OE 7: Sinergias, alianzas y solidaridad	EC 7.1. Compromiso de los grupos de interés del sector salud.	EC 7.2. Idea o visión compartida y compromiso compartido.	EC 7.3. Redes de seguridad del paciente y colaboración.	EC 7.4. Iniciativas multisectoriales y trans-geográficas para la seguridad del paciente	EC 7.5. Alineación con programas técnicos e iniciativas.

Fuente: Adaptado de Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1360307/retneve>

Imagen 3 Matriz 7x5 objetivos estratégicos y estrategias. Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030. Fuente: Astier-Peña MP, Martínez-Bianchi V, Torijano-Casalengua ML, Ares-Blanco S, Bueno-Ortiz J-M, Fernández-García M. El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: identificando acciones para una atención primaria más segura. Atención Primaria. Pag 317.

Marco para la acción

1.- Políticas para eliminar los daños evitables en la atención sanitaria

Lograr la actitud mental y el compromiso para que el daño evitable sea cero y alcanzar el compromiso en la planificación y en la prestación de la asistencia sanitaria en cualquier lugar.

- 1.1 Política, estrategia y marco de aplicación de la seguridad del paciente.
- 1.2 Movilización y asignación de recursos.
- 1.3 Medidas legislativas de protección.
- 1.4 Normas de seguridad, regulación y acreditación.
- 1.5 Día Mundial de la Seguridad del Paciente y desafíos mundiales en materia de seguridad del paciente.

2.- Sistemas de alta fiabilidad

Construir sistemas de salud y organizaciones sanitarias de alta fiabilidad que protejan a los pacientes de los daños.

- 2.1 Transparencia, apertura y cultura de no culpa.
- 2.2 Desarrollar un marco de buena gobernanza del sistema sanitario.
- 2.3 Capacidad de liderazgo para las funciones clínicas y de gestión para eliminar los daños evitables en la asistencia sanitaria.
- 2.4 Factores humanos /ergonómicos para la resiliencia de los sistemas sanitarios.
- 2.5 Seguridad de los pacientes en emergencias y entornos de extrema adversidad.

3.- Seguridad de los procesos clínicos

Garantizar la seguridad de todos los procesos clínicos.

- 3.1 Seguridad de los procedimientos clínicos de alto riesgo.
- 3.2 Desafío global para la seguridad del paciente: medicación sin daño.
- 3.3 Prevención y control de las infecciones y resistencia a los antimicrobianos.
- 3.4 Seguridad de los productos sanitarios, dispositivos, medicamentos, hemoderivados y vacunas.
- 3.5 Seguridad del paciente en todos los entornos, centrados en la atención primaria y en las transiciones asistenciales.

4.- Implicar a pacientes y familias.

Implicar y capacitar a los pacientes y familiares para que ayuden y apoyen en el camino hacia una asistencia sanitaria más segura.

- 4.1 Elaboración conjunta de políticas y programas con los pacientes.
- 4.2 Aprender de la experiencia del paciente para mejorar la seguridad.
- 4.3 Defensores del paciente y defensores de la seguridad del paciente.
- 4.4 Informar de los incidentes de seguridad del paciente a las víctimas. Transparencia.
- 4.5 Información y educación a pacientes y familiares para que se impliquen en el autocuidado y capacitarlos para la toma de decisiones compartidas.

5.- Formación, capacitación y protección de los profesionales sanitarios.

Inspirar, educar y capacitar a los trabajadores de la salud para que contribuyan a diseñar sistemas de atención seguros.

5.1 La seguridad del paciente en la educación y la formación de los profesionales, en todos los niveles formativos: grado, postgrado y formación continuada, con especial insistencia en el aprendizaje interprofesional.

5.2 Centros de excelencia para la educación y formación en seguridad del paciente.

5.3 Garantizar competencias básicas de los profesionales sanitarios en materia de seguridad del paciente.

5.4 Vincular la seguridad del paciente con el sistema de evaluación del personal sanitario y de los gestores.

5.5 Establecer entornos de trabajo seguro para el personal sanitario.

6.- Información, investigación y gestión de riesgos.

Garantizar el flujo constante de la información y del conocimiento para impulsar acciones que reduzcan el riesgo, disminuyan los niveles de daños evitables y mejoren la seguridad en la asistencia.

6.1 Establecer o reforzar sistemas de notificación de incidentes de seguridad del paciente y aprendizaje.

6.2 Crear sistemas de información y vigilancia de la seguridad del paciente basados en todas las fuentes de datos relacionados con riesgos y daños inherentes a la asistencia sanitaria, integrados en los sistemas de gestión sanitaria existentes.

6.3 Sistemas de vigilancia de la seguridad del paciente para determinar la magnitud y causa de los daños en la atención sanitaria.

6.4 Programas de investigación sobre la seguridad del paciente, especialmente la investigación traslacional.

6.5 Aplicar la tecnología digital para mejorar la seguridad de la asistencia sanitaria.

7.- Sinergias, alianzas y solidaridad

Desarrollar y mantener la sinergia, la solidaridad y la asociación multisectorial y multinacional para mejorar la seguridad de los pacientes.

- 7.1 Involucrar a todas las partes interesadas que puedan tener impacto en la seguridad.
- 7.2 Promover el entendimiento común y compromiso compartido.
- 7.3 Establecer redes de seguridad del paciente y de colaboración y asociación en materia de seguridad del paciente.
- 7.4 Promover iniciativas transgeográficas y multisectoriales para avanzar en seguridad del paciente.
- 7.5 Alineación de los programas e iniciativas en materia de seguridad de pacientes.

Esta tesis, que se inició siguiendo el espíritu del programa Pacientes por la Seguridad de los Pacientes¹⁷ y la Declaración de Londres¹⁸, se enmarca plenamente en el objetivo estratégico 4 de este Plan de acción global para la seguridad del paciente 2021-2030: participación de los pacientes y sus familias.

“La implicación y el empoderamiento de los pacientes, es quizás la herramienta más poderosa para mejorar la seguridad de los pacientes. Los pacientes, las familias y otros cuidadores informales aportan una visión de sus experiencias asistenciales que no puede ser sustituida ni reproducida por los médicos, los gestores o los investigadores. Esto es especialmente cierto en el caso de los que han sufrido daños. Los pacientes, las familias y los cuidadores pueden actuar como observadores atentos del estado del paciente y alertar a los profesionales sanitarios cuando surgen nuevas necesidades. Con la información adecuada, el paciente y la familia pueden ayudar a ser los ojos y oídos del sistema:”

Literal 1: Traducción propia. Strategic Objective 4. Patient and family engagement. Pag 40 ¹⁶

**Con la información adecuada, el paciente y la familia
pueden ayudar a ser los ojos y oídos del sistema**

4. EMPODERAMIENTO DE PACIENTES

Empoderar, según recoge el Diccionario de la Lenguaⁱⁱⁱ en dos de sus acepciones, significa “Hacer poderoso o fuerte a un individuo o grupo social desfavorecido” y “Dar a alguien autoridad, influencia o conocimiento para hacer algo”.

La OMS, define empoderamiento, como “el proceso a través del cual las personas alcanzan un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. Para lograrlo, los individuos y comunidades necesitan desarrollar habilidades, tener mayor acceso a la información y recursos y la oportunidad de participar e influir en aquellos factores que afecten a su salud y bienestar”¹⁹.

La International Alliance of Patients’ Organizations (IAPO) define al paciente empoderado como aquel que no es reconocido sólo como usuario de los servicios de salud, sino que es considerado como socio dentro de su entorno de asistencia sanitaria. Este reconocimiento como socio proporciona que tengan su espacio para compartir la experiencia y el conocimiento que han adquirido por el hecho de ser pacientes²⁰.

Establecen tres dimensiones en el concepto de empoderamiento:

- **Empoderamiento como proceso:** al aumentar el conocimiento las personas son más conscientes de sus condiciones y asumen el tipo de asistencia que buscan. Por ello, la información y la educación favorecen el empoderamiento.
- **Empoderamiento como estado:** los pacientes desarrollan la capacidad para tomar de forma autónoma decisiones informadas.
- **Conductas empoderadas:** implican una actitud proactiva que permite que los pacientes tengan el control sobre su salud y la toma de decisiones sobre la misma.

A su vez, el conocimiento lleva asociado “poder”. El hecho de conocer sus derechos y responsabilidades permite que exijan el cumplimiento de sus derechos, y que contribuyan a la mejora de la asistencia sanitaria para lograr que esté realmente centrada en el paciente. Al mismo tiempo, le permite participar en investigaciones o aportar opiniones sobre temas concretos.

ⁱⁱⁱ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., [versión 23.5 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [2/04/2022]

El Foro Europeo de Pacientes (European Patient Forum – EPF), presenta el empoderamiento del paciente entre sus objetivos: *“Promover el desarrollo y la aplicación de políticas, estrategias y servicios sanitarios que capaciten a los pacientes para participar en la toma de decisiones y en la gestión de su enfermedad de acuerdo con sus preferencias, al tiempo que se sensibiliza sobre sus derechos y responsabilidades”*.

Esta organización expresa la dificultad de definir el término “empoderamiento” al ser un concepto abstracto. Al mismo tiempo indica que no es sencillo establecer diferencias entre empoderamiento y participación del paciente. Como alternativa a participación, proponen implicación. Cuando un paciente tiene los conocimientos para comprender su estado, los objetivos, los beneficios y riesgos de las diversas opciones terapéuticas, puede tomar la decisión sobre cuál es la más adecuada en su situación (empoderamiento) y participar de forma activa en la toma de decisiones junto con el profesional sanitario (implicación).

El EPF²¹, adaptando otras definiciones, considera el empoderamiento como *“Un proceso multidimensional que ayuda a las personas a obtener el control sobre sus propias vidas y aumenta su capacidad de actuar sobre cuestiones que ellas mismas definen como importantes”*.

Se puede analizar el empoderamiento desde dos perspectivas: la colectiva y la individual. El empoderamiento colectivo es *“un proceso a través del cual los individuos y las comunidades son capaces de expresar sus necesidades, presentar sus preocupaciones, idear estrategias para participar en la toma de decisiones y emprender acciones políticas, sociales y culturales para satisfacer esas necesidades”* ²¹. Desde el punto de vista colectivo, los pacientes, a través de las organizaciones o asociaciones contribuyen con el sistema en la elaboración de políticas, en la organización y el diseño de la prestación de la asistencia sanitaria.

Desde la perspectiva individual, los pacientes y sus familias o cuidadores participan en la toma de decisiones relacionadas con su enfermedad y contribuyen al aprendizaje de la organización desde su propia experiencia de pacientes.

Desde otro eje, la participación de los pacientes tendría tres niveles: micro, meso y macro. En el nivel micro se situaría la participación individual del paciente en su salud. En el nivel meso los pacientes colaborarían en las iniciativas de mejora de la atención sanitaria a nivel de centro. Por último, la contribución en el nivel macro se produce cuando las organizaciones de pacientes participan en el diseño de políticas sanitarias.

Tal y como se indica en Imagen 4 el empoderamiento tiene unas características en las que destacan que es un proceso (no es estático) de carácter no binario (hay diferentes grados) y no lineal (se puede ir hacia adelante y hacia atrás), que depende del contexto, no puede ser impuesto y tiene carácter tanto individual como colectivo.

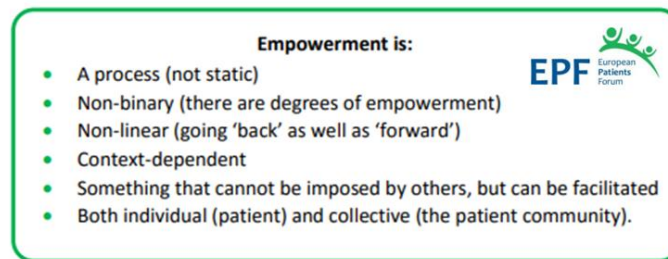


Imagen 4 Imagen tomada de EPF Background Brief Patient. Modificada

La EPF, realizó una campaña en 2015 con el fin de promover medidas de empoderamiento de pacientes en la Unión Europea, y lograr unos sistemas de salud sostenibles²². “Los pacientes recetan E⁵ para unos sistemas de salud sostenibles”, con los siguientes 5 puntos claves del empoderamiento:



Imagen 5 Fuente: Patients prescribe E5 for Sustainable Health Systems

- **Education (educación):** los pacientes pueden tomar decisiones fundamentadas sobre su salud si pueden acceder a toda la información en un formato fácil de comprender.
- **Expertise (conocimiento/pericia):** los pacientes gestionan diariamente su enfermedad, por lo que tienen un conocimiento y experiencia única sobre la atención sanitaria que reciben, y deben respaldarse.
- **Equality (igualdad):** los pacientes necesitan apoyo para llegar a ser socios en igualdad de condiciones con los profesionales sanitarios en la gestión de su enfermedad.
- **Experience (experiencia):** los pacientes individuales trabajan con organizaciones de pacientes para que los representen y transmitan sus experiencias y su voz colectiva.

- Engagement (compromiso): los pacientes necesitan estar implicados en el diseño de una atención sanitaria más efectiva para todos y participar en la investigación sanitaria para poder ofrecer nuevos y mejores tratamientos y servicios.

En el ámbito de ciencias de la salud, Cerezo et al²³, describen una evolución en la utilización del término empoderamiento. Inicialmente se dirigía hacia la promoción de la salud. Posteriormente se enfocó a aumentar la autonomía y la participación del paciente en la toma de decisiones sobre la salud. Por último, debido al incremento de las patologías crónicas se orienta a que los pacientes participen y asuman las responsabilidades de autocuidado para mejorar los resultados en salud. Todos ellos tienen en común que se trata de un proceso de capacitación, en el que se transfiere el poder de un individuo a otro.

Las dimensiones del empoderamiento que identifican son las siguientes: participación en la toma de decisiones, toma del control, adquisición de conocimientos, habilidades de afrontamiento, actitudes positivas, dar significado a la experiencia de la enfermedad, motivación, confianza, autocuidado, compartir y capacitar a otros.

El empoderamiento es el resultado de un proceso comunicativo entre profesionales y pacientes. Se precisa la adopción de un modelo de asociación, colaboración y de atención centrada en el paciente, en una relación igualitaria y equitativa. En este proceso de relación se comparten conocimientos, habilidades, estrategias de afrontamiento y elementos motivacionales.

Este proceso produce un cambio en los pacientes ya que les permite: alcanzar la autogestión de la enfermedad, autoeficacia, autocuidado, tomar el control de la situación, participar en la toma de decisiones y lograr una relación de poder en la relación con los profesionales.

En el caso del paciente crónico, el empoderamiento es un concepto individual. Constituye un proceso de capacitación y habilitación a través de la transferencia de conocimientos y recursos entre los profesionales y pacientes en una relación de colaboración. El resultado es un paciente con más capacidad para el control, la gestión de la enfermedad y la toma de decisiones informadas. Todo ello supone un cambio de paradigma en la asistencia sanitaria: no consiste sólo en formar, sino que precisa incorporar estrategias motivacionales para poder lograrlo.

Sin embargo, es preciso tener en cuenta un elemento ya expuesto por la EPF, sobre la participación o implicación. El paciente, con el conocimiento adecuado, puede tomar la decisión de colaborar o de implicarse en cada uno de los niveles en los que puede participar: a nivel individual sobre su salud, en

la organización en la que recibe la asistencia sanitaria o a niveles superiores como las políticas de salud. Hay múltiples factores, que pueden variar a lo largo del *continuum* salud-enfermedad y condicionar la decisión de implicarse o no. Dependen, entre otros, del estado propio de la salud, de la relación de poder, del modelo de creencias de salud o del entorno.

En el nivel individual factores que influyen en la participación son: los conocimientos, las actitudes y creencias sobre el papel del paciente. Entre otros, también influyen su experiencia previa, el estado de salud, la capacidad funcional, las limitaciones del idioma o la edad avanzada. Algunas personas no quieren tomar parte en sus cuidados ya que consideran que la atención que reciben es adecuada y confían en que los profesionales de la salud hacen lo mejor para ellos, o creen que no tienen los conocimientos suficientes²⁴. Otros factores como las normas sociales, las políticas o la legislación también pueden influir en la participación de los pacientes²⁵.

La organización puede fomentar la participación del paciente de forma positiva favoreciendo la implicación en sus cuidados, incorporando a pacientes como asesores en los equipos de mejora de calidad, tomando como modelo de asistencia la atención centrada en el paciente y la familia o facilitando la presencia de acompañantes.

Es frecuente denominar “representantes de pacientes” a aquellos que participan en los niveles más altos o macro. Por el contrario, en los casos en que el nivel de colaboración se produce en niveles meso o micro, se utiliza el término “paciente experto”. De forma general, se trata de pacientes o familiares que por la experiencia pueden brindar apoyo a otros pacientes y a la organización para mejorarla. También pueden colaborar en investigaciones, en la formación de profesionales y estudiantes y otros pacientes.

Así como la participación en niveles macro tiene un nivel de reconocimiento más oficial, los pacientes expertos no cuentan, generalmente, con este nivel de consideración, a pesar de que pueden estar implicados en un múltiples acciones, desde consultoría hasta la asociación²⁶.

Las claves de la participación del paciente, según Tambuyzer²⁷, son:

- Participación en la toma de decisiones.
- Carácter activo de la participación, más allá de preguntarle o informarle.
- Actividades en las que pueden participar: tener voz, implicación en la planificación de los cuidados, investigación, capacitación de los profesionales.
- Ser un paciente experto por su experiencia personal.

- Colaboración con los profesionales.

Organizaciones sanitarias como Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI), tienen como misión la mejora de la atención sanitaria y producir cambios en el sistema. Identifican las siguientes seis claves, entre las que se encuentra la participación de los pacientes²⁸:

1. Implicar a gestores en la cultura de mejora.
2. Centrarse en las necesidades de la población.
3. Crear políticas de apoyo e incentivos.
4. Desarrollar la capacidad organizativa.
5. Implicar a los pacientes y a los ciudadanos.
6. Promover la toma de decisiones basada en la evidencia.

Los centros incorporan distintas estrategias para asegurar que los pacientes participan en la planificación y en la toma de decisiones. Un ejemplo es el Kingston General Hospital²⁹, en el que emplean de forma sistemática un listado de verificación para asegurar que los pacientes están presentes. Los dominios de participación son la inclusión, la evaluación, el aprendizaje y el intercambio.

- *Inclusión: ¿se ha incluido a los pacientes en la toma de decisiones que les afecte?*
- *Evaluación: cuantificación de los indicadores, por ejemplo ¿cuántos pacientes han desarrollado hoy una infección relacionada con la asistencia sanitaria?*
- *Aprendizaje: ¿qué me ha enseñado hoy un paciente?*
- *Intercambio: ¿he compartido una historia sobre algo que ha marcado una diferencia positiva en la experiencia de los pacientes?*

Las organizaciones que utilizan este modelo incluyen al menos a un paciente en los grupos de trabajo y en los comités relacionados especialmente con la calidad y seguridad.

Para la correcta incorporación de estos pacientes asesores se han definido sus roles esenciales que son compartir y proporcionar consejos desde su experiencia. Son contratados por la organización y saben que su función es que los pacientes y sus familias estén siempre en mente cuando se toman decisiones. Su objetivo no es dar respuesta a su caso o a una situación concreta, ni decir qué es lo que hay que hacer²⁸.

Las características que describen a los pacientes asesores son: alta motivación, actitud dinámica, buenas habilidades de relación y comunicación, experiencia, y resiliencia para que no les afecte la vivencia de las otras personas. Comprenden con claridad sus funciones y han recibido formación para adquirir las habilidades que se precisan²⁶.

Otro ámbito de participación es el codiseño. En este caso se emplea la visión del paciente para el diseño de servicios, arquitectura o ingeniería del software³⁰.

Este enfoque de participación de pacientes en servicios, en programas e iniciativas de calidad y de mejora, es uno de los elementos de la atención centrada en la persona. El pilar de este modelo es situar a los pacientes y familias en el centro, para proporcionarles la asistencia que cada caso precisa.

Consiste en tratar de ver a través de los “ojos” del paciente y su entorno, desde su experiencia y vivencia. Es un paso más allá. No es la enfermedad sino “su” enfermedad. Es el experto en lo que le sucede. El paciente toma decisiones sobre su tratamiento y cuidado y participa activamente. Además de la participación en el nivel individual, también lo hacen en los programas e iniciativas de calidad y de mejora³⁰. En este nivel de participación se valora la experiencia, los conocimientos y habilidades²⁶.

5. SEGURIDAD DEL PACIENTE, CON EL PACIENTE

5.1. ESTRATEGIAS E INICIATIVAS DE PARTICIPACIÓN

Son numerosas las iniciativas desarrolladas por organizaciones e instituciones sanitarias dirigidas a la participación del paciente. Una de las más extendidas es dar voz a los pacientes. Promover que planteen preguntas, dudas sobre lo que les ocurre o sobre los tratamientos que reciben. Las iniciativas “Speak up”, “We Should Talk”^{31,32}, “It's Safe to Ask”³³, “Ask Me3”³⁴, están ampliamente extendidas. Tienen como objetivo “ayudar a los pacientes y a sus acompañantes / cuidadores a ser activos en su cuidado”. Estimulan a que no “se queden callados” y a que proporcionen toda la información sobre situaciones especiales, como alergias o reacciones. Sugieren que informen, aunque no se les haya preguntado, sobre los tratamientos que están recibiendo o si toman algún complemento. Animar a solicitar toda la información que precisen. Fomentan a preguntar si observan algo que no consideran correcto, si identifican errores en la medicación o en los tratamientos o cuidados que reciben. Promueven que se pregunte a los profesionales sobre su identidad si no están identificados y a interpelarles si observan que no han realizado medidas de seguridad, como, por ejemplo, la higiene de

manos. Esta misma estrategia se dirige a los acompañantes y cuidadores, reconocidos como un elemento importante de apoyo, asesoramiento para los pacientes e incluso de verificadores de si los tratamientos o fármacos que se administran son correctos³⁵. Aplican distintos tipos de formatos, folletos, infografías, vídeos^{36,37} y animaciones.

Otras actuaciones se dirigen a que los pacientes tomen parte activa en su cuidado. A que conozcan su enfermedad, las posibilidades de tratamiento o las rutas que se seguirán en su proceso para que, desde el conocimiento, puedan tomar decisiones. Este es el caso de “Toma las riendas” guía dirigida al paciente sobre cómo obtener información y comparar opciones de tratamiento³⁸, o “10 preguntas que deberías conocer”, que ofrece una serie de preguntas sencillas para que realicen a los equipos sanitarios, que como en el caso anterior, promueven que los pacientes participen más y mejor en su atención³⁹.

Además de estrategias dirigidas a lograr que el paciente y los familiares conozcan la enfermedad, los tratamientos, y cuidados para que lideren su proceso, se han desarrollado acciones orientadas a la prevención de eventos en la atención sanitaria⁴⁰.

Identificación de pacientes

Los problemas de identificación de pacientes tienen lugar en todos los ámbitos asistenciales y pueden ocurrir a lo largo de todo el proceso asistencial.

Las instituciones establecen medidas organizativas dirigidas a la identificación inequívoca de pacientes mediante múltiples sistemas, entre otros, implicando a pacientes y acompañantes. Estas pueden consistir en proporcionar información sobre la importancia de la verificación de su identidad, implicar a pacientes y acompañantes en los procesos de comprobación de su identidad durante la prestación de asistencia, de la administración de medicaciones, de la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos y en los traslados.

Se promueve que comprueben que los datos de los identificadores (pulseras, etc.) son correctos; que informen si se estropean o se pierden, para sustituirse; a ser proactivo e identificarse si el profesional no lo ha verificado⁴¹⁻⁴³.

Estas acciones se recogen en las campañas antes mencionadas como “speak-up”, “ask me”, “participa en tu cuidado”. Algunas de ellas además de dirigirse a la verificación de la identidad del paciente, también impulsan la identificación de los profesionales y se anima a los pacientes a que pregunten la

identidad y profesión de las personas que le atienden. Esta medida es especialmente importante en áreas de neonatología.

Higiene de manos

“Una atención limpia es una atención segura” es uno de los desafíos abordados por la OMS, ya en 2005. El 5 de mayo se designó como día mundial de la higiene de manos y cada año se desarrolla haciendo hincapié en un aspecto diferente, siempre tomando como base el lema “Salva vida, lávate las manos”. Inicialmente se orientó hacia los profesionales sanitarios, y de forma paulatina se ha ido involucrando a los pacientes y cuidadores⁴⁴⁻⁵⁰.

Las medidas se han ido incrementando siempre desde un punto sumativo, de forma que una medida no sustituye a otra, sino que se complementan. Estas han sido: la información de los profesionales y la formación a la población, las campañas publicitarias por todos los medios de difusión y formatos orientadas a todos los grupos etarios, la extensión de los dispensadores de solución hidroalcohólica en cualquier estancia de un centro asistencial y, consecuencia del COVID19, la universalización de su uso en cualquier lugar y situación^{51,52}.

Seguridad en la medicación

En 2019, la OMS lanza una herramienta para la participación del paciente dentro del reto “Medicación sin daño”. Mediante distintos recursos como documentos (folletos, dípticos y carteles), centra la atención del paciente en cinco momentos claves relacionados con el uso seguro del medicamento, con la finalidad no sólo de informar sino de que tome parte activa, en colaboración con los profesionales de la salud. En cada una de las fases plantea una serie de preguntas: al inicio del tratamiento, al tomar la medicación, cuando se añade un nuevo medicamento, en la revisión de la medicación y al finalizar una medicación. Algunas fases son reflexivas para el paciente y otras precisan el apoyo de un profesional sanitario.

Además de las herramientas en forma de documento, también han desarrollado la aplicación móvil “WHO medsafte”. Tal y como se describe en la información de esta *“Esta aplicación tiene como objetivo involucrar a los pacientes en su propio cuidado de una manera más activa, fomentar su curiosidad sobre los medicamentos que están tomando y capacitarlos para comunicarse abiertamente con los profesionales de la atención sanitaria. También está destinado a pacientes, familiares y cuidadores, con la ayuda de profesionales de la salud, en todos los niveles de atención y en todos los entornos”*⁵³.

Enmarcado en el proyecto WEB-RADR2 (Web-Recognising Adverse Drug Reactions), junto con la OMS y el Centro Colaborador de la OMS para la Monitorización Internacional de la OMS, se ha desarrollado una aplicación que permite que los pacientes, cuidadores y profesionales de la salud, notifiquen sospechas de reacciones adversas a medicamentos⁵⁴. La aplicación “Med Safety” se ha lanzado en países como Armenia, Nigeria o Pakistán⁵⁵.

Canadá también dispone de un sistema que permite que los consumidores puedan informar de incidentes con medicamentos, Canadian Medication Incident Reporting and Prevention System (CMIRPS)⁵⁶. En España, la agencia española de medicamentos y productos sanitarios cuenta con un portal web en el que los ciudadanos pueden notificar las sospechas de reacciones adversas a medicamentos. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/ciudadania/informacion-para-las-notificaciones-de-sospechas-de-reacciones-adversas-a-medicamentos-por-parte-de-ciudadanos/>.

Seguridad quirúrgica

Las listas de verificación son herramientas destinadas a verificar la realización o cumplimiento de una serie de tareas, y son instrumentos habituales en entornos de alta seguridad como la aviación.

En el entorno sanitario, las listas están más desarrolladas como sistemas de verificación dirigidos a los profesionales. Este es el caso del listado de verificación quirúrgica impulsado por la OMS^{57,58}. Como en otras estrategias, se avanza en la información a pacientes para lograr su participación activa⁵⁹.

Con el fin de que el paciente y sus familiares colaboren en la seguridad quirúrgica, se han diseñado listados de verificación que les permita identificar las distintas fases de su proceso quirúrgico, conocer las acciones de seguridad y su finalidad, facilitarle que pregunte dudas y en un nivel más avanzado, verificar si una determinada medida se ha llevado a cabo.

Comprenden elementos como la medicación previa a la cirugía, la preparación o si precisa ayunas y desde cuándo. Además también incluyen el proceso postoperatorio, la preparación para el alta y la identificación de complicaciones y cómo actuar si se desarrollan⁶⁰⁻⁶².

Joint Commission, incluye dentro de sus acciones “Speak Up”, la Cirugía Segura, en la que se explica cada una de las fases: la preparación del ingreso, el ingreso con el consentimiento informado y la verificación del sitio quirúrgico y la preparación para el alta⁶³.

Los formatos de presentación son diversos: desde infografías a aplicaciones móviles como “MySurgery”, desarrollada por el NHS (National Health Service) para pacientes y acompañantes y con

la que pueden aprender cómo evitar los riesgos en cada fase del proceso: previo, durante y tras la intervención. Fomenta el autocuidado y la participación del paciente.

Sistemas de notificación de eventos

Los sistemas de notificación de eventos permiten la declaración de eventos y de incidentes de seguridad. Por sí solos no mejoran la seguridad, pero a través del análisis de cada notificación, del conocimiento de lo ocurrido, de los factores que desencadenaron la situación y de la identificación de los fallos del sistema, permiten aprender y establecer medidas para evitar que vuelva a repetirse la situación⁶⁴.

Una gran parte de las organizaciones sanitarias cuenta con estos sistemas orientados a que sean los profesionales sanitarios quienes notifiquen de forma voluntaria y anónima. Sin embargo, se está progresando para que los pacientes y sus acompañantes puedan registrar eventos de seguridad. NHS lanzó en julio de 2021 la versión beta de un sistema de notificación de estas características⁶⁵. De forma anónima permite informar sobre incidentes indicando: la fase del proceso (diagnóstico, alta...), si se relaciona con el equipo de atención, la coordinación, problemas de medicación; las consecuencias derivadas (observación, tratamiento...); el entorno de atención (hogar, ambulancia, hospital, farmacia...) así como cuándo tuvo lugar y periodo (día, noche); el estamento profesional involucrado (médico, enfermera, farmacéutico...); si se le informó al paciente de lo ocurrido, además de otros datos sociodemográficos.

Una variación de estos sistemas de notificación es el sistema “MySafeCare”, empleada en el Brigham And Women's Hospital de Boston. A través de esta aplicación los pacientes y / o acompañantes pueden notificar en tiempo real su preocupación sobre aspectos relacionados con la seguridad de pacientes, bien de forma anónima o identificándose. El sistema transfiere la información a los gestores del centro y a la persona responsable de la unidad en la que el paciente o acompañante haya realizado la notificación, para que puedan conocer lo ocurrido y establecer las medidas o acciones correspondientes^{66,67}.

Participación en la investigación de incidentes de seguridad

El Programa “DA&O” (Disclosure, Apology and Offer) o el programa “CARE”. (Communication, Apology and Resolution) son acciones de instituciones sanitarias dirigidas a pacientes que han sufrido eventos adversos durante su asistencia sanitaria, distinguiendo entre complicaciones derivadas de la enfermedad y las ocasionadas por problemas de seguridad de pacientes. El pilar fundamental es la

comunicación: proporcionar de la manera adecuada la mayor información sobre lo acontecido, escuchar las inquietudes y necesidades del paciente y su familia, y proporcionar apoyo, ya que de esta forma se contribuye a superar lo ocurrido. Se les mantiene informados sobre el proceso de investigación y participan en el proceso aportando información de lo sucedido. Se les explica y se pide disculpa. A su vez, se les orienta sobre los procesos disponibles para reclamar y/o solicitar compensaciones. Las metas del programa son apoyar a los trabajadores sanitarios en la comunicación del evento, disculparse por las lesiones que podrían haberse evitado, establecer la investigación para identificar los factores desencadenantes con el fin de implementar acciones que eviten que vuelva a ocurrir y en los casos que corresponda, ofrecer la compensación oportuna y justa⁶⁸. En nuestro medio, también se aplican estas estrategias en las organizaciones sanitarias^{69,70}.

5.2. PARTICIPACIÓN DE PACIENTES Y CUIDADORES

Tal y como se recoge en el documento “Estrategia de Seguridad del Paciente” del Ministerio de Sanidad⁷¹, *“el cambio en el perfil de los pacientes y el desarrollo de su derecho a la autonomía supone todo un reto y al mismo tiempo constituye también una oportunidad clara en el ámbito de la seguridad”*.

Aunque, lo califica como una oportunidad, también muestra la realidad expresada en informes de la Comisión Europea que evidencian escasos avances y aspectos claves, como el empoderamiento, que no están bien definidos en muchos países. En este sentido, hay que tener en cuenta que pueden darse reticencias culturales en los pacientes que les condicionen en la introducción de cambios de su rol dentro de la atención sanitaria.

En la Unión Europea se han desarrollado proyectos y programas, como “EMPATHIE”, un consorcio con diversas asociaciones con la finalidad de empoderar a pacientes crónicos en el manejo de sus enfermedades⁷². Otro ejemplo es “Value+”, un programa con la participación de la Unión Europea y el Foro Europeo de Pacientes, para promover proyectos en los que intercambien información y experiencias de buenas prácticas entre todos los implicados, incluyendo a los pacientes y a las organizaciones de pacientes⁷³.

En España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) elaboró el documento “Perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del Paciente”⁷⁴ que recoge los resultados de talleres en los que participaron las Comunidades Autónomas, expertos, pacientes, representantes de pacientes, con el fin de conocer sus opiniones y expectativas, y proponer soluciones sobre la seguridad de pacientes. Consecuencia de estos foros y propuesta por el MSSSI, se forma la Red de Escuelas de

Salud para la Ciudadanía, con la misión de formar a ciudadanos y pacientes, con programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, empoderar a pacientes en su autocuidado y a las personas cuidadoras para prevenir enfermedades del cuidador⁷⁵. Esta red de escuelas extendidas en las Comunidades Autónomas, complementan las acciones que se desarrollan en los centros sanitarios públicos en estrecha colaboración con las asociaciones de pacientes. Como ejemplo, en la Comunidad Foral de Navarra⁷⁶, la Escuela de Salud cuenta con Escuelas de pacientes, de mayores, de madres y padres, además de la Escuela de cuidados.

La información recabada en las experiencias con la participación de pacientes, evidencia que, para lograr estrategias exitosas dirigidas a la seguridad del paciente, hay que contar con las necesidades y expectativas de todos los implicados, pacientes y profesionales, dentro del marco de organizaciones maduras.

En este sentido, en el marco de la Estrategia del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (Caminando por la Salud)⁷⁷ se ha generado un incipiente núcleo de profesionales⁷⁸ que intentamos desarrollar una cierta labor investigadora en el campo de la Seguridad de Pacientes y de su empoderamiento y participación como aliados de los profesionales sanitarios en aspectos directos relacionados con su seguridad durante diferentes procesos asistenciales.

6. IMPORTANCIA DE LAS PRÁCTICAS SEGURAS ABORDADAS EN EL PRESENTE ESTUDIO

6.1. IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

Este es el primer paso de toda asistencia sanitaria. La no identificación correcta puede generar errores en el ingreso, en la transferencia del paciente, en los registros electrónicos de información clínica, en la administración de medicamentos, intervenciones médicas y quirúrgicas, transfusiones, procedimientos diagnósticos, etc. Puede darse en cualquier ámbito: Atención Primaria, Atención Especializada, etc. La identificación es imprescindible a lo largo de cualquier proceso asistencial.

El instituto ECRI^{iv} define la identificación del paciente como *“el proceso de asignar correctamente un paciente a las intervenciones previstas y comunicar la información sobre la identidad del paciente de*

^{iv} ECRI is an independent, nonprofit organization improving the safety, quality, and cost-effectiveness of care across all healthcare settings worldwide. www.ecri.org

*forma precisa y fiable a lo largo de la asistencia*⁷⁹. La identificación es imprescindible a lo largo de cualquier proceso asistencial.

En el periodo de 32 meses entre enero de 2013 y agosto de 2015, esta institución analizó 7613 eventos relacionados con la identificación de pacientes⁷⁹. El 72,3% de los errores se produjeron mientras los pacientes estaban en el centro. El 12,6% tuvieron lugar en el proceso del ingreso. El 22,1% en los tratamientos y transfusiones. Afortunadamente, el 91,4% se detectaron antes de que ocasionaran daños al paciente.

En España, el informe SINAPS⁷⁹ de 2020 indica 213 incidentes relacionados con la identificación de pacientes.

6.2. HIGIENE DE MANOS

La higiene de manos es la principal medida para reducir las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS). Se trata de una práctica segura, sencilla económica y eficaz⁸⁰. Sin embargo, la adherencia de los profesionales no es alta.

El informe de 2019 sobre higiene de manos que publica el Ministerio de Sanidad realizó el análisis de distintos indicadores sobre esta práctica. Así, el indicador indirecto, realizado según el consumo de productos de higiene de manos de base alcohólica (PBA), reflejó una gran dispersión, situándose entre los 20 y 50 litros por mil días de estancia hospitalaria y los 2 a 6 litros por diez mil consultas en Atención Primaria. Cuando se efectuó observación directa de la realización de la higiene de manos por los profesionales, el porcentaje de cumplimiento se situó en el 23,37% de las oportunidades que se observaron. Nuevamente, la dispersión fue muy amplia ya que osciló entre el 23% y el 80%⁸¹.

En el año 2020, considerado atípico por la epidemia COVID19, este mismo informe⁸⁰ indicó que el promedio de consumo de PBA en hospitalización fue de 107,9 litros por cada 1000 días de estancia y en el caso de Atención Primaria, de 30,9 litros por cada 10000 consultas. Esas cifras fueron tres veces superiores al año 2019. En cuanto a los resultados de la observación directa, los valores oscilaron entre el 42,0% y el 84,5% en el cumplimiento de higiene de manos.

En estudios realizados en otros entornos, las cifras varían según ámbitos y profesionales^{82,83}.

⁷⁹ SINASP: sistema de notificación y registro de incidentes y eventos. Ministerio de Sanidad.

La pandemia del COVID19, ha acentuado la importancia de la adherencia a esta práctica como medio para reducir las IAAS así como otras infecciones transmitidas por contacto ⁸⁴.

6.3. SEGURIDAD TRANSFUSIONAL

La infusión de hemoderivados es otra de las prácticas que se realizan siempre en presencia del paciente. A pesar de que se establecen mecanismos para la transfusión segura, en ocasiones pueden producirse errores en la administración de los componentes, bien porque no cumplen los requisitos, o por administrar un producto destinado a otro paciente. La frecuencia en la que esto sucede es afortunadamente baja, pero con una gran trascendencia cuando ocurre.

El informe de hemovigilancia de España de 2019, indicó que se produjeron 381 errores de este tipo. 57 de ellos correspondieron a la administración de un componente a un paciente distinto del previsto. El 45% de los errores ocurrieron en la cabecera del paciente⁸⁵. En Reino Unido, según el informe SHOT (Serious Hazards of Transfusion) de 2020, indicó que se produjeron 2.623 incidentes relacionados con factores humanos: 18,8% asociados a los profesionales, 36,8% relacionados con el entorno, 43,2% con la organización y el 1,2% asociados a las normas regulatorias⁸⁶.

6.4. ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS

Los errores de medicación producen daños evitables. La OMS estima que el coste asociado a estos errores puede valorarse anualmente entorno a los 42 billones de dólares y la mayor parte tienen lugar durante el proceso de administración. Ante esta situación, la OMS estableció un plan con el reto de disminuirlos más del 50% en 5 años. Para ello, planteó 5 objetivos, entre los cuales se encuentra el que los pacientes y sus familias y cuidadores participen en las decisiones sobre los tratamientos y los cuidados, hagan preguntas, sean capaces de detectar errores y puedan gestionar de forma eficaz su medicación⁸⁷.

En España, según el Informe de incidentes de seguridad notificados en el SINASP en 2019⁸⁸, se declararon 970 incidentes relacionados con la medicación, siendo este el tipo de incidente más frecuentemente declarado. En 2020, la administración de medicamentos a un paciente equivocado ocupó el segundo lugar de errores de medicación con consecuencias más graves, tras los errores por omisión o retraso en la medicación⁸⁹.

Objetivos e hipótesis

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

7. OBJETIVOS

7.1. GENERAL

Evaluar la factibilidad y validez de implicar a los pacientes como aliados auditores de prácticas seguras en las organizaciones sanitarias.

7.2. ESPECÍFICOS

- Explorar las percepciones y experiencias de los pacientes, profesionales sanitarios, gestores y responsables de seguridad de pacientes sobre el rol de los pacientes como auditores de prácticas seguras y, al mismo tiempo, sobre las necesidades organizativas percibidas para que pueda ejercerse este rol.
- Desarrollar y evaluar la metodología de aprendizaje para que los pacientes evalúen prácticas seguras.
- Conocer la validez de los pacientes como auditores de las prácticas seguras seleccionadas: identificación de pacientes, higiene de manos, seguridad transfusional y administración de fármacos.
- Conocer la disposición de los pacientes a adoptar un rol retador en materia de seguridad de pacientes.
- Definir el perfil del paciente auditor de prácticas seguras.

8. HIPÓTESIS

- Los pacientes previamente formados son capaces de evaluar la adherencia de los profesionales a las prácticas seguras.
- El material formativo diseñado capacita a los pacientes para realizar una auditoría sobre la adherencia de los profesionales a las prácticas seguras.

- El material formativo capacita a los pacientes para facilitarles la adopción del rol retador de prácticas seguras.
- Los pacientes dispuestos a adoptar el nuevo rol de paciente auditor van a reunir una serie de características sociodemográficas concretas. En concreto se teoriza su pertenencia a un nivel socioeconómico medio o alto y personas de edad media.
- Los pacientes, profesionales, gestores y responsables de seguridad van a percibir favorablemente el nuevo rol del paciente como auditor de prácticas seguras.

Metodología

METODOLOGÍA

1. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto cuenta con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Navarra (Expediente de aprobación Pyto2015/62). Ver anexo en la página 275.

Las premisas sobre las que se ha desarrollado la investigación son las siguientes:

- Las prácticas seguras seleccionadas requieren una metodología que implica la observación por parte de evaluadores externos y que para que se lleven a cabo se requiere la presencia del paciente.
- El/la paciente debe estar en una condición clínica que le permita la evaluación de las prácticas seguras (no esté bajo la influencia de fármacos que le produzcan sedación, tener procesos que dificulten la atención, dolor, etc.).
- La actividad que realicen no debe mermar la relación individual entre el profesional sanitario y el paciente. El objetivo del paciente auditor es la observación. No se pretende que el paciente interpele o haga recomendaciones individuales a los profesionales si observa una no conformidad respecto a una práctica de seguridad.
- La participación en el proyecto no debe suponer un tiempo extra para el paciente ya que tiene que estar integrado dentro del proceso asistencial.
- Los servicios o unidades en las que se desarrolla se han priorizado entre los que la no adhesión a las prácticas de seguridad puede generar consecuencias graves, dado que pueden tener la inmunidad comprometida o se administren medicamentos de alto riesgo como antineoplásicos o hemoderivados.
- Los pacientes elegidos tienen episodios de cuidados intensos y recurrentes, lo que facilita que se puedan constituir en una cohorte de pacientes auditores. De esta forma la labor de formación y reclutamiento se minimiza.

Se solicitó al mismo Comité una nueva valoración al ampliarse el ámbito de estudio a los padres y madres, ya que no estaban en el proyecto inicial. Además, suponía un cambio en la metodología, tanto de selección de participantes como de participación. Esta solicitud fue aceptada.

Antes de tomar parte en el estudio, se informó a todos los participantes. Dieron su consentimiento a participar y pudieron abandonar el estudio cuando lo estimaron.

2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El Hospital Universitario de Navarra es el centro de referencia para una población de 489.568 personas del Área de Salud de Pamplona. Siendo el hospital general para las Zonas Básicas de su ámbito territorial. A su vez, es un hospital terciario para toda Navarra en especialidades únicas como Cirugía Cardíaca, Vascular, Torácica y Neurocirugía, entre otras.

Según la Memoria del Servicio Navarro de Salud–Osasunbidea (SNS-O) publicada en 2020⁹⁰, en este centro trabajan 6.496 profesionales. Dispone de 1.104 camas de hospitalización convencional y 94 puestos de atención en Hospital de Día.

La investigación se ha focalizado en los Hospitales de Día de Oncología, Hematología y Pediatría. En ellos son atendidas personas que reciben atención sanitaria de forma recurrente, población objetivo del estudio.

Los datos de actividad del HUN en 2020 indicaron que en el Hospital de día de Oncohematología se administraron 9.318 tratamientos. En el de Oncología Médica, 18.426 y en el Hospital de Día Infantil polivalente 4.876 tratamientos. (Fuente: Memoria SNS-O 2020⁹⁰).

3. DISEÑO

Este estudio se ha desarrollado mediante una metodología mixta: evaluación cualitativa a través de grupos focales y evaluación cuantitativa de estudios de intervención, y se ha estructurado en dos subproyectos.

- Estudio cualitativo dirigido a explorar las emociones, la percepción y la significación que tiene la incorporación de pacientes o acompañantes como aliados de la organización sanitaria, auditando de forma anónima la adherencia de los profesionales a las prácticas seguras en la asistencia sanitaria.
- Efecto de una intervención educativa dirigida a capacitar para auditar prácticas de seguridad en la asistencia sanitaria. Asimismo, se evaluó la percepción de seguridad y voluntad para participar como auditor anónimo. Este estudio se realizó en dos grupos de participantes:

- Pacientes de oncología y hematología y sus familiares/acompañantes.
- Padres y madres de niños que requieren atención sanitaria frecuente.

La metodología, hallazgos y resultados se presentan a continuación, de forma independiente para cada estudio, a modo de capítulos.

Estudio cualitativo

ESTUDIO CUALITATIVO

Se ha empleado metodología de investigación cualitativa para explorar la dimensión emocional, la percepción y el significado que tiene la incorporación de pacientes o acompañantes como aliados de la organización sanitaria, con la finalidad de auditar o verificar de forma anónima la adherencia de los profesionales a las prácticas seguras en la asistencia sanitaria.

La participación de los pacientes con un rol establecido y reconocido en las organizaciones sanitarias se ha ido incrementando de forma paulatina en los últimos años, pasando de un modelo paternalista, en el que los profesionales son los poseedores del conocimiento y los pacientes son receptores pasivos del mismo, a modelos de atención centrados en la persona, en los que el paciente y la familia son una parte del equipo asistencial.

El grado y la intensidad de la participación de los pacientes y sus familias en los procesos asistenciales está condicionada por factores socioculturales. De igual modo, los profesionales, según su profesión, ideas personales y creencias, expresan distintos niveles de aceptación a la colaboración de los pacientes. Estos factores también influyen en las organizaciones sanitarias y en los sistemas de salud, en función de si esta participación del paciente se desarrolla en los niveles micro, niveles meso, o niveles macro³⁰.

En esta investigación se ha utilizado el grupo focal (GF) como técnica cualitativa para comprender mejor la realidad social de los pacientes y sus acompañantes, sus opiniones, juicios, creencias y vivencias con relación a su participación, implicación o colaboración con las organizaciones sanitarias.

Es la interrelación de los participantes en los grupos y los diálogos que establecen entre ellos lo que permite alcanzar una información más amplia frente a otros tipos de metodologías⁹¹⁻⁹³.

Para lograr una visión de 360 grados desde todas las posiciones de la organización y alcanzar la máxima heterogeneidad de información respecto a esta implicación de los pacientes, y al mismo tiempo lograr homogeneidad entre los participantes, se realizaron los siguientes grupos focales:

- Equipo directivo: profesionales en puestos de dirección y subdirección asistencial y de servicios centrales.
- Gestores de cuidados: enfermeras con responsabilidad de gestión de equipos y servicios, en niveles de dirección, subdirección y áreas.

- Responsables de seguridad: profesionales con responsabilidad en el sistema de notificación de incidencias de seguridad.
- Profesionales del Servicio de Hematología, médicos y enfermeras, en asistencia directa a pacientes.
- Pacientes identificados como informantes clave por los médicos de las consultas de hematología, que por sus procesos frecuentaban la asistencia sanitaria y conocían el medio sanitario.
- Padres y madres de niños que precisan atención periódica, invitados a participar a través del Servicio de Pediatría.

1. PARTICIPANTES

La selección de los y las participantes se realizó a través de profesionales seleccionados por su actividad profesional, compromiso con la seguridad de los pacientes, actividad investigadora y disponibilidad de colaboración.

El equipo investigador contactó con los profesionales para informarles del proyecto y se solicitó su apoyo para que identificaran y captaran a personas para que participaran en los grupos focales. Estos profesionales seleccionaron a los posibles candidatos, les explicaron los objetivos del proyecto y en qué consistiría su participación. Asimismo, ejercieron la función de enlace entre los participantes y el equipo de investigación. La muestra final la determinó el ofrecimiento voluntario de colaborar en el estudio.

Los grupos focales los integraron 43 personas, distribuidos según se describe a continuación.

Grupo	Mujeres (% grupo)	Hombres (% grupo)	Total (% Total participantes)
Equipo directivo (29/08/17)	1 (20,0)	4 (80,0)	5 (11,6)
Responsables seguridad (13/09/17)	5 (83,3)	1 (16,7)	6 (14)
Profesionales (17/09/17)	4 (66,7)	2 (33,3)	6 (14)
Pacientes (6/10/17)	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (11,6)
Gestores Cuidados (3/03/18)	10 (90,9)	1 (9,1)	11 (25,6)
Padres y madres (20/09/18)	7 (70,0)	3 (30,0)	10 (23,3)
Total	30(69,8)	13(30,2)	43

Tabla 2 Distribución de participantes en los grupos focales. Por sexos y % del total de la muestra.

2. DESARROLLO DE LOS GRUPOS FOCALES

Las reuniones de los grupos se desarrollaron en el Pabellón de Gestión del Hospital Universitario, que se consideró como un espacio “neutro”, fuera del entorno asistencial directo con la finalidad de evitar la influencia del espacio. Las salas y la disposición de las personas permitían la comunicación y la visualización entre todos los participantes.

En cada reunión había dos investigadoras del equipo. Una ejercía la función de conducción y moderación del grupo y la otra las funciones de apoyo técnico y logístico, así como la toma de notas de campo, complementarias a la grabación.

Al inicio de cada grupo, se presentaba el proyecto y los objetivos, se recordaba la voluntariedad de participar y se les solicitaba su autorización para la grabación de las conversaciones. Tras este proceso de información y consentimiento, la moderadora explicaba la técnica del grupo focal, exponía el planteamiento de la figura del paciente auditor^{vi} y se iniciaba el diálogo. Durante su desarrollo se iban incorporando las cuestiones y temas del guion, reconduciendo la conversación grupal si era necesario, con la finalidad de que se abordaran los aspectos de la investigación y tratar los temas emergentes que surgían de la interacción. Cuando se habían alcanzado todos los aspectos del guion y ya no surgían nuevas cuestiones, la moderadora realizaba la síntesis de las conversaciones y la devolvía al grupo para su reconocimiento y, si fuera preciso, pudieran hacer las puntualizaciones o aclaraciones que consideraran. La duración de los grupos fue entre 60 a 75 minutos, a excepción del grupo de padres y madres que se extendió a los 100.

El guion de los temas a tratar en los grupos exploraba los aspectos positivos y negativos de la figura del paciente auditor, los requisitos y características que deberían tener estas personas, las características y condiciones de la organización sanitaria para su implantación, los servicios y unidades en las que se pudiera incluir esta figura y otras posibles funciones.

^{vi} El paciente auditor es una persona del entorno no asistencial, que colabora de forma voluntaria y anónima para identificar el cumplimiento de los profesionales de las prácticas seguras mientras acompaña o recibe asistencia sanitaria.

3. MÉTODO

La información expresada por los participantes se ha estudiado aplicando la metodología de análisis temático de la información, definido por Braun y Clarke como un método para identificar, analizar y establecer temas⁹⁴. Este tratamiento de la información, permite identificar, organizar, analizar, describir e informar de temas a través de la lectura y relectura de la información, y así llegar a una adecuada comprensión e interpretación del fenómeno a estudio⁹⁵.

El proceso de codificación se llevó a cabo con hojas de cálculo y en el caso del grupo de padres y madres se empleó el software QDA Miner Lite (Provalis©). En el proceso de análisis, a cada segmento del texto codificado se le asignó un identificador que permitía la trazabilidad de su fuente, y se elaboró el libro de codificación que asociaba cada código con la idea o concepto que representaba⁹⁶.

Tras este proceso inicial, se revisaron los códigos asignados y cuando fue necesario se reasignaron a otro que lo definía mejor o se creaba uno nuevo más adecuado. Se ordenaron y agruparon los códigos relacionados entre sí en categorías y estas en temas.

Este análisis fue triangulado por otra investigadora del equipo (I.R.), y en aquellos casos en los que había discrepancias se revisaron conjuntamente hasta llegar al consenso.

Además de los temas presentados en el guion de moderación, surgieron otros temas emergentes consecuencia de la interacción y diálogo de los participantes.

4. HALLAZGOS DEL ANÁLISIS

4.1. ASPECTOS POSITIVOS DE LA FIGURA DEL PACIENTE AUDITOR

La presencia del paciente auditor es valorada tanto por los gestores como por los responsables de seguridad y los padres y madres, como una mejora de la seguridad al establecerse una nueva barrera que contribuye a evitar posibles eventos y, al mismo tiempo, se favorece la implicación de los pacientes en el proceso asistencial.

“A mí me parece que esto puede ser una barrera más de seguridad. Que la organización puede poner una serie de barreras de seguridad y esta es una más añadida muy importante porque es el propio implicado en su, su atención, entonces siempre es una barrera más muy importante porque es el más implicado.”

Muchas cosas se pueden escapar otras que podemos establecer, pero el propio paciente las puede detectar y esto es muy importante. Como una barrera más de seguridad”.

GF_Gestores

“Es una barrera de seguridad más. Además, es muy importante. Concretamente con los niños, que los padres sepan cuál es la hoja de ruta de su niño mientras está ingresado, por ejemplo. Y que sepan que el antibiótico se va a poner una vez al día y que el momento en que se pone el antibiótico le pregunte al enfermero/a que se lo va a poner: ¿le estás poniendo el antibiótico que le toca por la tarde? Pues es una barrera más”.

GF_Responsables-seguridad

“Entonces sin darnos cuenta les hacemos partícipes también. Y son ya un filtro y es una medida de seguridad. Y luego vienen y te dicen, oye, tú me dijiste que las nebulizaciones eran cada 4 horas y resulta que en el turno de noche han pasado 5 horas y no se lo han puesto y entonces les tienes que decir, sí, pero porque la enfermera ha valorado que prefería que el niño descansase. Y eso nos lo hacen y es una práctica habitual en el día a día. Y entonces no es... no sé...me parece que en pediatría vivimos ya esto de otra manera, vamos con los tiempos”.

GF_Responsables-seguridad

“Tú eres un agente más de la seguridad. Implicarte me parece súper importante, no verlo como un fallo si no verte implicado en la seguridad”.

GF_Padres-Madres

“Es comprometernos un poco, pero a la vez es la forma igual más idónea sin que nadie se moleste y ni nadie se entere de los fallos que puede haber y las cosas que están bien que también se pueden decir. Creo que te compromete un poco, pero a la vez es participar en algo que puedes ayudar para que eso se realice mejor”.

GF_Pacientes

Por otra parte, el anonimato de los implicados, tanto del paciente que ejerza esta función de auditoría, como del profesional observado, permite conocer la adherencia real de los profesionales a las prácticas de seguridad y evitar el sesgo de atención o efecto Hawthorne que ocurre cuando, en este caso los profesionales, conocen que están siendo observados y valorados. Además, los pacientes valoran este anonimato ya que les permite la posibilidad de transmitir lo que observan sin estar sometidos a la carga

emocional de “delatar” a los profesionales con los que en muchas ocasiones han establecido relaciones de confianza a lo largo de procesos asistenciales prolongados.

“Es positivo que los pacientes si observan algo que puede ser peligroso que lo puedan transmitir a alguien adecuado, sin decir nada a nadie, si no...”.

GF_Pacientes

“Básicamente es algo positivo porque realmente la información que tú recibes para luego todas las estrategias de mejora es realmente lo que lo que... la última visión que tienes con él sea la práctica que sea. Yo de todas formas pienso que tienen que ser cosas muy concretas. Yo cuando veía los planes que estaban... por ejemplo... El tema del... Al paciente hay que enseñarle, hay que enseñarle cosas muy concretas, muy fáciles, muy sencillas, no todo vale, yo creo. Pero sí es verdad que hay cosas importantes muy sencillas del cual podemos recibir, por tanto, de base es más que positivo porque realmente es el feedback perfecto”.

GF_Responsables-seguridad

“Yo creo que, si todos viéramos que algo está mal hecho, yo creo que sí que al final sí vamos todos a los mismos médicos, o sea, me refiero que son médicos ya, que casi te tuteas, o sea, es que ya llevas años y si tú ves algo que estaría mal hecho a lo mejor se lo dirías, pero igual tampoco lo sabemos, ¿sabes? Y si encima lo tienes más fácil porque es una encuesta anónima que es a modo de encuesta”.

GF_Padres-Madres

Otro elemento valorado por los gestores es que la presencia de pacientes que asuman este rol puede contribuir a que la aplicación de las medidas de seguridad en la práctica asistencial se convierta en un hábito^{vii} de los profesionales.

“Si yo sé que me estas evaluando, seguro que lo hago mejor, que lo tengo más presente. Para mí sería un estímulo que me recuerda que no se me pase. — el tema es que te siga estimulando cuando el evaluador ya no este, claro y que te vaya creando el hábito, para que tú los sigas”.

GF_Gestores

^{vii} RAE. *Hábito*: modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas.

En todo caso, tanto los pacientes, los padres y madres, como los responsables de seguridad consideran que son los pacientes los verdaderos beneficiados de la implementación de esta figura en la organización. Por un lado, al evitar posibles problemas derivados de no realizar las prácticas de seguridad y, por otro, como relatan los pacientes, la satisfacción de poder colaborar con la organización y sentirse útiles.

“Una ventaja que posiblemente tengas es que el paciente es el primer interesado en que eso se haga bien. Entonces tienes la seguridad de que él va a estar por ello, quiero decir, no va a estar pensando en otras cosas, no, te lo va a hacer. Le pones una tarea de auditor, de validar una práctica segura y buena que el primer interesado es él. Con lo cual, claro... ¡ah! me dicen esto, o sea que puedo revisar si se lava las manos porque va en beneficio, pues claro que voy a revisar, claro que voy a decir si sí o si no. La adherencia a eso que tú le estás dando va a ser total por interés propio, vamos”.

GF_Responsables-seguridad

“Los que salen reforzados ¿no?, son nuestros hijos”.

GF_Padres-Madres

“Creo que te compromete un poco, pero a la vez es participar en algo que puedes ayudar para que eso se realice mejor, creo yo”.

GF_Pacientes

“Actitud de mejorar en todo, pero no en esto, en todo en la vida, si puedes ayudar, ¿por qué no? Vamos a tratar de ayudar en lo que tú seas capaz, ¿por qué no? Pues muy bien”.

GF_Pacientes

Además, los responsables de seguridad expresan que sería un aliciente para impulsar y consolidar la cultura de seguridad en la organización. Un estímulo para hacer las cosas mejor e incluso una forma de incorporar otros elementos o formas de hacer aportados desde otra mirada, desde la perspectiva de los pacientes.

“Yo creo que es un granito más dentro de lo que puede ser, yo que soy muy positiva, de la cultura de seguridad. Siempre habrá profesionales que le van a dar la vuelta y no van a opinar lo mismo. Pero bueno, yo creo que son todo estrategias para crear cultura de seguridad”.

GF_Responsables-seguridad

“En general un proyecto con prácticas de este tipo, un proyecto de investigación de este tipo, si luego lo trasladamos al día a día, desde luego en temas de seguridad va a ser fundamental. Puede llegar a ser fundamental y va a cambiar la cultura de cómo trabajamos nosotros”.

GF_Responsables-seguridad

“Entonces yo sí que me parece súper importante porque seguramente nos ayudará a hacer las cosas un poco mejor, seguro, porque probablemente igual hasta tengan en algunas cosas más sentido común muchas veces lo que organizamos nosotros, ¿no? Entonces, pues bueno... yo creo que es una idea estupenda, sí”.

GF_Profesionales

4.1.1. Aspectos negativos de la figura del paciente auditor

El hecho de que el paciente se convierta en una cámara que observa y pueda comunicar lo que ve, ofrece la dualidad, como se expresaba anteriormente, de lo positivo del anonimato y de la implicación de los pacientes, y al mismo tiempo, se manifiesta la posibilidad de que queden al descubierto las imperfecciones en el desarrollo de la práctica asistencial.

“A mí me parece muy bien que un paciente si tiene esa capacidad, o sea, darnos, pues es como una cámara, en vez de estar en una cámara son los ojos de los pacientes los observadores de que las cosas buenas que hay muchas cosas más que las malas, muchísimas más... y yo creo que... y a mí me parece muy bien”.

GF_Pacientes

Durante las dinámicas grupales surgen dudas e incertidumbres. Desde el punto de vista de la organización, los gestores expresan que puede afectar a la buena valoración de la sanidad que tiene la población en general y que pueda repercutir en el prestigio de la organización. En esta línea, el grupo de enfermeras gestoras expresa además la incertidumbre que puede conllevar el empoderamiento del paciente. Un paciente formado y conocedor de su enfermedad y de los tratamientos y cuidados que precisa para resolver o aliviar su problema, mejora los resultados en salud, pero puede cuestionar la

atención que recibe, o que en algunos casos se utilice esto como argumentos contra la organización sanitaria, como un arma arrojada contra ella, o como un medio de lograr prebendas o beneficios particulares.

“Yo creo que los pacientes tienen unas expectativas de lo que es la medicina, que no son reales., nos tienen, tienen una imagen de la medicina muy idealizada muy lo que decías tú. Yo me entrego, el medico lo va a hacer todo bien”.

GF_Gestores

“¿Puede tener inconvenientes para la propia organización? Quiero decir ¿no? no sé si., bueno el hecho de que haya un, un grupo de pacientes que vean cosas que se hacen mal, puede repercutir de algún modo en el prestigio de la organización. Si puede trasladarse de alguna manera y decir bueno. La población en general tiene una idea muy buena de los que es la sanidad etc., etc. y con motivo de ello y la detección de fallos pues pueda repercutir en el prestigio de la entidad”.

GF_Gestores

“Yo, la primera que se me ocurre es que se utilice, como una medida de reivindicar otras, otro tipo de cosas; es decir: que el paciente [¿por parte del paciente?] por parte de los pacientes. Que puedan... a ver... no, no a lo mejor todos y ni si les formas bien y adecuadamente a lo mejor no llegas a eso que se pueda utilizar como una forma que voy analizando si se trabaja bien o se trabaja mal y veo cosas que están mal hechas para poder reclamar o poder exigir una serie de cosas que por otras vías no las estoy consiguiendo. ¿No sé si me explico?”.

GF_Gestores

“Sobre todo que el paciente debe identificar claramente la falta de conocimiento y de preparación porque nos podemos ver en ese sentido comprometidos como organización por el tipo de reclamaciones o de demandas que se hagan (asienten) yo creo que hay que estar preparado para eso, es decir cuanto más conocimiento prestas, cuanto más empoderas, más cuestionado puedes ser, ¿no?”.

GF_EnfermerasGestoras

“También es, tener un paciente tan empoderado (Asienten) es útil, pero es muy incómodo para trabajar. (Asienten)”.

“Puedes ser muy mal percibido”.

GF_GestorasCuidados

“Se utilice como arma arrojadiza contra una organización por una cosa determinada, por una por un profesional dos o tres que igual queda en el ámbito de la mejora, es decir el ciclo a lo mejor es perfecto, pero que pueda ser utilizado como arma arrojadiza contra la propia organización, entonces cuando menos podría tener un poco, o porque, cierto riesgo también en ese sentido”.

GF_GestorasCuidados

Esta difusión de las posibles carencias que se puedan identificar, y cómo describen los responsables de seguridad, está favorecida por la inmediatez y recursos que proporciona el desarrollo tecnológico actual y que pueda difundirse a través de las redes sociales.

“En el caso de los niños, si los padres están fuera del rol sanitario, se extiende fuera del rol sanitario, esto se vuelva todo en las redes sociales en el minuto cero, es todo publicidad positiva, por ejemplo, o negativa”.

GF_Responsables-seguridad

Al mismo tiempo, en la línea anteriormente expuesta de la consideración o percepción del paciente como “cámara” que observa lo ocurre, el grupo de gestores identifica otra posible repercusión de este efecto de observación permanente sobre los profesionales, la posible sensación de sentirse observados y evaluados de forma permanente, como si se tratara de un “Gran hermano”.

“¡Bueno, la vivencia por parte de los profesionales, de que tenemos un grado más del gran hermano! ¿no? Porque conseguir la planificación mensual de su trabajo, es interpretado como una injerencia en la libertad de los servicios, pues el que no se sepa que el paciente delante te está evaluando, y que si tus uñas están adecuadamente limpias”.

GF_Gestores

Además de la presión de la observación permanente, los gestores también manifiestan la incertidumbre de cómo puede afectar a los profesionales el que los pacientes les puedan interpelar en relación con la no adherencia, en este caso, a las prácticas de seguridad.

Manifiestan que ya se producen tensiones entre los profesionales cuando entre ellos se recuerda la necesidad de llevar a cabo estas medidas. Tanto el grupo de gestores de la organización como el de

gestoras de cuidados, expresan el riesgo de que se ejerza presión sobre los profesionales y que se pueda ver afectada la relación profesional - paciente.

“Cuando yo tengo mis reuniones de seguridad o en las sesiones clínicas hablo de que, bueno, no se está haciendo una práctica segura, recientemente hablamos del tema lavado de manos, no todos los profesionales reciben las sugerencias que se puedan hacer en una sesión clínica bien”.

GF_Responsables-seguridad

“Cuando yo en algún momento hago alguna consideración en temas de seguridad a algún compañero en privado, que los intento hacer en privado más que una sesión clínica que ni siquiera a veces lo haces porque que atañe a todo el mundo, ¡ostras! la gente no lo tolera especialmente bien. Ejemplo el otro día con respecto al tema del lavado de manos con respecto a un problema que tenemos en la unidad [---] a un profesional de un servicio que viene habitualmente a trabajar con nosotros no lo llevó muy bien cuando se lo dije

GF_Responsables-seguridad

“A nosotros nos cale dentro que, que un paciente nos va a poder decir mira esto no lo has hecho bien o lo has hecho todo no te has lavado bien no has hecho bien la higiene de manos (asienten) o sea ya sí o sea esa labor nuestra por lo que decía antes ---- que cuando los familiares entran a las UCIS a esto, nos cuesta nos cuesta estar pues porque nos están viendo lo que estamos haciendo”.

GF_GestorasCuidados

“Y de otro lado también visto desde el punto de vista contrario, igual también de pensar también cómo una plantilla como la nuestra iba a gestionar a nivel general y particular emocionalmente la crítica (silencio) creo que, que sería un riesgo añadido”.

GF_GestorasCuidados

“Pues que sea mal recibido por el profesional (asienten) que las indicaciones no sean bien recibidas y sobre todo que se sienta cuestionado en su trabajo (asienten) eso puede, como no somos una organización precisamente muy madura en estos temas, probablemente no sea muy bien recibido”.

GF_GestorasCuidados

“Yo creo que nuestra forma de trabajar actual ese tipo, esa barrera es la más difícil de traspasar ¿no? el aceptar que te están observando y que, aunque lo hagas con la intención de mejora tú no lo vas a percibir así, lo vas a percibir como una crítica”.

GF_GestorasCuidados

“Genere mucha duda y mucha desconfianza al profesional hacia el profesional que te está atendiendo y entonces qué hacemos ¿no? será el profesional bueno, el profesional malo, el de primera categoría porque me ha hecho bien, este otro que no porque me lo ha hecho peor podemos entrar si no se gestiona y si no se esto bien en una dinámica un poco peligrosa”.

GF_GestorasCuidados

“Podemos acabar en la crítica por la crítica y en vez de ser algo constructivo que sea algo casi como un buzón de queja ¿no? entonces, si no se canaliza bien puede ser en vez de algo positivo y bueno de mejora, algo negativo y que repercute muy negativamente en el trabajo del profesional y que acabe siendo como una carga añadida más ¿no? tiene a su jefe que le dice, tiene a su compañero que le dice, y encima tiene al paciente (asienten) que no quiere decir que no pueda ser bueno pero que depende de cómo se enfoque puede ser una carga añadida más que pese enormemente sobre el profesional!”.

GF_GestorasCuidados

Además de las posibles repercusiones para la organización y los profesionales, todos los grupos formados por profesionales vislumbran posibles repercusiones negativas para los propios pacientes y para los acompañantes. Supone una carga añadida, con la que además puede perder, pasarlo mal, verse inmerso en conflictos internos y dilemas éticos. Como expresa el grupo de gestores, “le estás poniendo en una situación incómoda que puede vivir mal”. La posición del paciente antes expresada como “cámara”, pasa también a denominarse “policía y vigía”, y a lo que se añade la posibilidad de catalogarse, como indica el grupo de gestoras como un “paciente difícil”.

“Más que los propios profesionales, me parece que son el propio paciente.... El paciente es un ¡marrón!, no es factible conseguir un paciente, que quiera formarse, sabiendo que tiene que ser una labor un poco de policía y de vigía ¿no? Yo creo que el propio paciente., a lo mejor no es fácil de conseguir pacientes, no lo sé. Que estén dispuestos a ello. El paciente se puede plantear ¿qué gano yo con eso?”

GF_GestorasCuidados

“Y dices haber yo estoy haciendo esto, y estoy viendo un profesional que está haciendo las cosas mal y ¿yo que hago?, pues yo creo que pueda haber pacientes que ¿lo digo no lo digo? () Eh –[conflictos éticos] – al final son conflictos internos no? Conflictos internos del paciente al tener esa vivencia... no sé al final le estas poniendo en una situación incómoda que la puede vivir mal”.

GF_GestorasCuidados

“Tienes un conflicto interno en el paciente cuando él ve, seguro el paciente al vivir la situación de “joer”, esto de que los médicos lo hacen bien, no es así ¿no?, al final estás creando un conflicto ahí, que puede repercutir en el propio paciente”.

GF_Gestores

“El paciente tiene, sobre todo si es un paciente, de ese servicio, del que se está evaluando, tienen como cierto secuestro por parte de los profesionales, digamos ¿no? Como que a la hora de evaluar puede hacerlo más difícil, a la hora de evaluar, porque se ve, como más dependiente, más implicado y a lo mejor, hasta, no le gusta ver o no, es capaz de ver cosas negativas que exista o cosas mal hechas”.

GF_Gestores

“Yo creo que a nosotros también nos hace situarnos en un contexto diferente al que antes yo creo que estamos acostumbrados, ¿no? Podría ser un poco el Paciente difícil que a veces se dice, ¿no?, pero creo que es el paciente bueno porque es el que sabe y el que decide o el que por lo menos intenta decidir ¿no? Yo creo que podría cambiar un poco la relación médico-paciente”.

GF_Profesionales

Tanto el grupo de pacientes como el de padres y madres expresan la reserva que les produce esta participación. Indican que desde su posición de paciente puede que no sea bien aceptado por los profesionales, pueden hacerles daño y que, en cierto modo, estén delatando a los profesionales. Les genera la “mala sensación”.

“Me resulta difícil decir la verdad porque le puedes herir y te va a decir ¿quién eres tú para decirme a mí lo que tengo que hacer cuando tú no eres profesional?”.

GF_Pacientes

Validación del paciente como auditor de prácticas seguras.
Factores facilitadores desde una triple perspectiva: pacientes, profesionales y gestores

“A lo mejor le estoy causando un daño a la persona que está trabajando y... yo quien soy”

GF_Pacientes

“No es castigarles. Pero sí comentar o hacer una charla en común donde eso que se ha dicho de una persona se comente entre todos para que la persona que no lo haya hecho bien se dé por aludida, pero no directamente a ella, pienso yo”.

GF_Pacientes

“Es que me da la impresión de que puedo provocar el que tengan como más cuidado conmigo y no quiero, no quiero eso”.

GF_Pacientes

“Primero me da una sensación un poco mala, así como de... perdonad todos, ¿eh? Así como de... Como de chivateo... ¿no? Sí, me da esa sensación un poco para atrás, pero, bueno, me da esa sensación un poco para atrás, un poco”.

GF_Pacientes

“Da un poco de miedo, ¿no? Que tú seas el vigilante”.

GF_Padres-Madres

“Hombre siempre es una responsabilidad, siempre es responsabilidad, porque... porque claro hay que decir lo que ves malo, lo que ves bien, o lo que sea...”

GF_Pacientes

Otro elemento que se expresa en el desarrollo de los grupos es que la organización delega en los pacientes o en los acompañantes un elemento muy importante como es la valoración y comprobación de que lo profesiones hacen lo que deben, como deben y cuando deben. Este punto de vista es aportado especialmente por el grupo de gestoras de cuidados y también por el de padres y madres.

“Yo creo que el paciente puede cuestionar por qué no es la misma organización quien se encarga de hacer ese control (asienten) no que no cargue sobre, sobre los pacientes, sino que es algo propio de la organización que tiene que realizar ese control que cuestione que tenga que ser él”.

GF_GestorasCuidados

“¿Por qué tengo que estar vigilando yo si se lava las manos? ¿Qué pasa que este profesional no está preparado para hacer esa técnica de forma segura? ¿no?”
¿Por qué le tengo que vigilar? ¿no?”.

GF_GestorasCuidados

“Si no, entiendo que también habrá padres que se sientan un poco incómodos de decir: ¿toda la vigilancia recae en mí?
Igual sería más positivo venderlo como, bueno, no te preocupes que también hay una vigilancia per se y lo tuyo es añadido, o un voluntariado o si quieres lo haces y si no, no”.

GF_Padres-Madres

4.1.2. Requerimientos para implantar al paciente auditor

Entre los requisitos expuestos para el desarrollo de este nuevo rol de los pacientes, especialmente el grupo de responsables de seguridad expresa la necesidad del anonimato y la confidencialidad acerca de los profesionales observados, de forma que sólo se transmitan mediante los cauces que se establezcan.

“El profesional no sabe quién está evaluando, ¿no?, por si acaso podría alterar la atención con el paciente”.

GF_Responsables-seguridad

“Yo creo que hay que seleccionar muy bien al paciente o a las familias de los pacientes. A la hora de ofrecerles la posibilidad de, claro... pues tendrán que firmar confidencialidad o no sé, no sé cuál es la idea”.

GF_Responsables-seguridad

“A mí no me gustaría ir a mi médico con la etiqueta de observador”.

GF_Pacientes

“Yo creo que ese es el perfil que buscarán, ¿no? Que sea voluntario, anónimo...”.

GF_Padres-Madres

Como se exponía en el tema de los aspectos negativos, prácticamente todos los grupos indican la necesidad de que los pacientes estén formados sobre las prácticas a evaluar y en la forma sobre comunicar lo que ven. Los gestores lo manifiestan en referencia a la validez de la información que vayan a recibir para poder establecer acciones de mejora basadas en datos veraces. Al mismo tiempo este proceso formativo tiene que resultar sencillo para los pacientes.

“Yo abundar de acuerdo... abundar () tienes que estar, muy bien formado, o sea, el plan de formación tiene que ser ¡bueno!, porque la herramienta tiene que ser que ser fiable. El paciente, podrá dar un resultado ¡bueno! si la herramienta es fiable, si no estaba bien formado o si hay un exceso o lo que sea la valoración del paciente no va a ser válida y por tanto te puede inducir a errores en tus conclusiones. ¿No?”.

GF_Gestores

“Entonces habría que concretar bien, ¿no? y simplificar decir hay que fijarse en esto, esto y esto. Porque no me parece fácil la formación de los pacientes – hay que hacerlo muy fácil, muy Sencillo”.

GF_Gestores

Los pacientes y el grupo de padres y madres, por su parte, también demandan un proceso de capacitación para vencer la sensación antes expuesta de la incertidumbre que les genera el no conocer si lo hacen bien o mal. Saber qué tienen que observar y que se les evalúe si realizan de forma correcta esa valoración.

“Entonces previamente les tendríamos que... al paciente que fuera a hacer esta función se le tendría que formar y nosotros tendríamos que ver que efectivamente ha entendido todas las pautas para luego evaluar.

“Porque la idea que tienes que observar y luego decir si está bien o no, lo tienes que decir, de acuerdo con las mismas normas que tienen los profesionales ¿no? No a lo que cada uno le parece, no porque si no, no sabemos exactamente qué es lo que estamos recogiendo. Sería como una premisa inicial”.

GF_Pacientes

“Lo que pasa es que hay que tener claros en la mente los procedimientos, porque nosotros somos padres, no somos auditores... O sea, para ser auditor de un procedimiento, de un proceso... están ellos. O sea, los profesionales, los médicos, enfermeros, nosotros somos padres. Estamos ahí acompañando. Igual te pegas tres meses en neonatos, todos los días viendo como lo hacen, y ves... igual uno se lava las manos un poco más, otro un poco menos. O los que vienen a la mañana de una manera y otros de otra, pero yo desconozco el procedimiento, no sé si está mejor o peor”.

GF_Padres-Madres

“De todas formas, a parte del procedimiento que nos... o sea, se supone que nos lo enseñarían y luego tendríamos que observarlo si se realiza correctamente o no también, dentro de ese procedimiento, nosotros como observadores también podemos ver lagunas”.

GF_Padres-Madres

Los profesionales indican que los elementos de la formación tienen que ser muy fieles a la práctica real, que no haya diferencias entre lo que se les muestra en el proceso formativo y la práctica asistencial correctamente realizada.

“Claro, eso puede tener el problema que cualquier variante de la normalidad lo vean como un error”.

GF_Profesionales

De la misma forma que se solicita la formación de los pacientes, en los grupos también se expone la necesidad de la formación. Los gestores destacan además la necesidad de formación no sólo en las prácticas de seguridad, sino también en los aspectos relacionados con la gestión de las críticas o apreciaciones que puedan realizar los pacientes. Por su parte, los responsables de seguridad centran los aspectos formativos en relación con las prácticas seguras.

“¡Hombre! Los profesionales, implicados: médicos, enfermeras y tal, tienen que tener conocimientos, tiene que estar informados bien, de que eso se va a realizar, de que van a ser evaluados ¿no? Y explicarles un poco las razones, la justificación de por qué se hace; para que de esa manera lo acepten de una manera mejor.”

Validación del paciente como auditor de prácticas seguras.
Factores facilitadores desde una triple perspectiva: pacientes, profesionales y gestores

“Evitar un poco el rechazo que comentaba yo. Que comentaba... ya sabes ¿no? Esa reacción anti () ¡pues explicarlo! que lo conozcan”.

GF_Gestores

“Ya bueno, pero se supone que lo haces porque si se detecta que haces algo mal eso lo vamos a corregir ¿no? Se va a poner el mecanismo que sea para corregirlo. Si sale... si ponemos a tres pacientes a ver si nos lavamos las manos y sale todo fatal, hombre, pues es que tienen que dejar de vigilar si nos lavamos las manos o no, tenemos que ponernos todos en fila a hacer cursillos”.

GF_Responsables-seguridad

“Va a ser más fructífero a tener menos rechazo si hay información previa. Creo que esto con información previa puede servir como refuerzo de prácticas conocidas y luego yo creo que se va a aceptar mucho mejor y lo último es tener la posibilidad de cambiar lo que está mal”.

GF_Profesionales

Por otra parte, dentro del ámbito de la formación a profesionales, se destaca la necesidad de la información a los profesionales como elemento clave para que se acepte esta nueva figura.

En este proceso de información, las gestoras de cuidados inciden en la necesidad de que los profesionales conozcan los contenidos de la formación impartida a los pacientes y los materiales que se utilizan, ya que conocer la realidad evita las suposiciones y la incertidumbre.

“Yo creo el servicio tiene que establecerse, se va a enseñar y se va a hacer esta... debería ver los vídeos, por ejemplo. Vamos a instruir a algún paciente de los nuestros en esto. Si os parece, vamos a ponerles este video, vamos, darles este folleto, que lo sepáis. Punto. Y los responsables del servicio que se pongan las pilas”.

GF_GestorasCuidados

“Tener un mecanismo del área de mejora porque claro van a venir los profesionales y van a decir y ahora qué hago si este paciente me ha dicho que no lo hago bien ¿no? me tendrá que decir cómo lo tengo que cómo tengo que formarme o tal además es parte de la organización con lo cual tendríamos la organización que asumir esa formación del profesional. O sea, eso antes de poner en práctica esto habría que tener por detrás un plan de acción o medidas para cuando vaya a suceder”.

GF_GestorasCuidados

En la línea de los requerimientos de los profesionales, el grupo de responsables de seguridad destaca la necesidad de realizar una medición previa sobre el cumplimiento de las prácticas, como una valoración basal para evidenciar la necesidad de una formación previa a la implantación de la figura del paciente auditor.

“Sí, es que iba a decir formación, pero igual antes de formar, si el equipo tiene conocimientos, esos conocimientos yo no sé si los evaluó antes, los evaluó. Si salen mal, indudablemente tengo que formar, porque traer un auditor de fuera para que partamos de un nivel malo...”.

GF_Responsables-seguridad

Además de la formación de pacientes y profesionales y la información detallada a estos últimos, la organización precisa madurez, más allá de la cultura organizacional de seguridad. Los profesionales lo referencian a sus propias actitudes y conductas. Expresan que deben ser transparentes y abiertos en su práctica profesional.

“Ser transparente porque si no, no se puede ver... si tú tienes que fijarte en yo qué sé, si te ponen la bolsa y lleva tu nombre y la tapas pues no... hace falta ser transparente y bueno... con lo que... transparente y abierto”.

GF_Profesionales

Al mismo tiempo, y por experiencia de acciones previas, los profesionales manifiestan la ventaja derivada de la generalización del uso del SINASP, basado en una cultura de declaración de eventos, anónima y no punitiva.

“Es como... el otro grupo... el del proceso... el de gestor, que es también de gestor... como se llama... el de gestor del SINASP... lo mismo, al principio parecía que no se podía porque era..., hasta que ha entendido la gente o está empezando a entender que no es problema, o sea que tienen que decir las cosas y no pasa absolutamente nada, que es algo anónimo, que no pasa nada, que es para ayudar, que no es para hacer daño a nadie...”.

GF_Profesionales

Tal y como los grupos indicaban en referencia a los posibles efectos negativos de la implantación de la figura del paciente auditor, especialmente el grupo de gestoras de cuidados indica que se requiere tener establecido el procedimiento de acción ante las posibles quejas o reclamaciones sobre los

profesionales. Y este grupo también enmarca estas valoraciones en procesos de mejora de la organización, un paso más del mero conocimiento de la realidad.

“Si esto se implanta, o si se implantase, la organización tiene que pensar que si hay una queja ante un profesional si va a hacer algo si va a actuar o no va a actuar”.

GF_GestorasCuidados

“Y el compromiso de mejora que exige, es decir a un paciente le podemos pedir que nos observe, pero ese paciente va a esperar cambios a medio largo ¿no? Más bien inmediatos y tenemos que estar preparados como organización para poder aportar ese cambio, si no, no se convertiría en una dinámica aceptable ¿no?”.

GF_GestorasCuidados

“Algo se está haciendo mal, se corrige, no con no con aspecto punitivo, si, si reiteradamente eres negligente sí, pero si una vez haces algo mal, pues es un ciclo de mejora, no sé cuál sería esa diferencia, pero bueno”.

GF_GestorasCuidados

4.1.3. Posibles dificultades para su implantación

Entre las dificultades que surgen del desarrollo de los grupos, se evidencia la posible resistencia de los profesionales frente a esta nueva implicación del paciente, las dificultades que pueden presentar los pacientes y, por último, la falta de infraestructura para que los pacientes puedan remitir las observaciones que realicen.

Los responsables de seguridad destacan la necesidad de madurez de la organización y especialmente de la cultura de seguridad de la organización para que esta participación sea aceptada. Al mismo tiempo, resaltan la resistencia de algunos profesionales frente a acciones de mejora, elemento que puede suponer una dificultad para el desarrollo de esta iniciativa.

“Esto es como cuando estás criando a un hijo, estás educando a un hijo y cuando tiene 15 años y están adolescentes y les digas algo te van a montar una movida, y cuando ya tienen 35 normalmente te aceptan. Pues esto es parecido”.

GF_Responsables-seguridad

“Para aceptar críticas hace falta ser maduro, eso está claro, porque si no, te vas a rebelar y la gente se va a enfadar”.

GF_Responsables-seguridad

“Pero sí que es verdad que me parece a mí que eso puede generar sus “cosicas”, sus “cosicas”, digo, sus problemas, o sus tensiones o lo que sea. Hay mucha gente que le cuesta reconocer que hay algunas cosas que las puede hacer mejor. No sé por qué, pero es así”.

GF_Responsables-seguridad

“A mí me parece muy importante informar y formar a los servicios donde se va a aplicar, que estén preparados, lo que decías, que tengan una cultura de seguridad ya muy impregnada y que sean capaces de asumir todas críticas que tienen, para asumirlas como mejoras, y decir ¡ay! ¡que me está diciendo que espabile! Que... claro... pero tenemos que haber madurado, los servicios tienen que tener una confianza brutal, dices a ver éste...”.

GF_Responsables-seguridad

Asimismo, se expresa otro foco de obstáculos para su implantación desde los actores principales de este nuevo rol: los pacientes y los acompañantes. Los gestores, posicionándose como acompañantes de pacientes, muestran la dificultad de prestar atención a todo lo que los profesionales realizan ya que centran su atención en lo que se les indica o en el tratamiento que están recibiendo, más allá de identificar si una práctica determinada se realiza o no. Este aspecto es especialmente destacado por el grupo de padres y madres al referirse a la atención en consulta. Depende de los momentos y situaciones.

“Yo sobre el caso como paciente, me resultaría difícil fijarme en todo esto, como paciente eh, por muy formado que este no tienes la cabeza en eso”.

GF_Gestores

“Un inconveniente que verían de ese papel es que te limita la libertad de no puedes hacer lo que harías, por ejemplo, a lo mejor leer o dormirse”.

GF_Pacientes

“Verdaderamente hay momentos en que igual sí que puedes estar igual más observando su comportamiento, su... que hacen de seguridad, pero hay otros momentos en que estás pendiente de tu hijo. O sea, yo a mi hija, cuando vamos a los médicos es una loca total, o sea, yo estoy pendiente de ella. No estoy pendiente de si el médico se lava las manos ahora, después o... No sé. O sea, que sí que podemos aportar como evaluadores, pero depende también en qué situaciones”.

GF_Padres-Madres

Además de la capacidad para prestar atención, los padres y madres también expresan sentirse abrumados y hasta temerosos de poder realizar esta función.

“Da un poco de miedo, ¿no? Que tú seas el vigilante. Yo ahora que tengo que empezar, y (...), digo, jo y si estuviera ingresada ya sería capaz de... darme cuenta de que le ha puesto el antibiótico mal, porque veo que vosotros sí que estáis todos concienciados, pero yo no sé si sería capaz de percibir todos esos errores”.

GF_Padres-Madres

Por otra parte, los profesionales comentan la posible brecha que puede encontrarse entre la formación que se proporcione a los pacientes y la realidad asistencial, así como la dificultad que puede existir para poder visualizar si las acciones se realizan o no, ya que no todas se realizan frente al paciente.

“Claro, muchas veces esperamos entre uno y otro y no te ve nadie. Yo creo que es bastante obvio, pero es que claro, ahí en el video queda muy bonito todo, pero normalmente cuando vas de paciente no ves un carajo de lo que están haciendo”.

GF_Profesionales

“El video como formación está bien porque luego cuando os van a poner el otro video para ver los errores la cámara tiene que estar porque si no, no lo ve... entonces van a saber resolver el problema bien, porque además ya están predispuestos, están formados, es como si te dicen lo que te van a preguntar en un examen, te lo estudias y lo aciertas. Pero claro, luego en la vida real yo tengo mis dudas de que ver errores en un video sea extrapolable a ver errores en la atención real”.

GF_Profesionales

Desde otro ángulo, el de la organización, el grupo de gestores indica la necesidad del desarrollo de la infraestructura y de los sistemas de comunicación específicos para que se puedan reportar las observaciones realizadas por los pacientes.

“Perdona los pacientes que seleccionas para a la evaluación, cómo tiene que hacer, o, cómo es el reporte, la información a nosotros—estamos en, tenemos un, esto como es del proyecto...”.

GF_Gestores

4.1.4. Perfil del auditor

Todos los grupos, desde los gestores a los pacientes, coinciden en que los mejores posicionados para poder desarrollar este rol corresponde principalmente a pacientes crónicos, que acuden con frecuencia a los centros sanitarios como consecuencia de sus procesos asistenciales. Al mismo tiempo, incluyen a los acompañantes de estos pacientes, tanto en el caso de los adultos, como en el caso de los padres y madres. También engloban a pacientes o acompañantes que precisen ingresos prolongados, como es caso de los acompañantes en cuidados intensivos. Por un lado, los seleccionan por ser conocedores del medio, y también por la posibilidad que tienen de haber desarrollado la capacidad de observación, como indica un participante del grupo de padres y madres. Otro de los elementos para proponerlos, es porque con estas personas es más sencillo poder disponer de un panel de personas formadas.

“En los pacientes crónicos, es más fácil tener a un conjunto de paciente formados, porque los tienes identificados, son frecuentadores del sistema-claro- son con los que se podría implementar- si en teoría, eh claro, formar a todos los posibles usuarios del sistema, a priori es muy es muy ¡difícil! Pero si tienes que elegir, a un grupo ¿no?, de hiper-frecuentadores, si tienes que tener unos criterios, esos sería uno de ellos –bueno”.

GF_Gestores

“La gente que viene con frecuencia o que tiene que... pues eso, un diabético que inicia tienes que hacer muchas visitas, tiene que ver... entonces ellos también pueden decir qué notaron al principio, ¿cómo?”.

GF_Profesionales

“Yo creo que podrían poner algún criterio del estilo de, bueno, cierto nivel de ingreso o de asistencia o de tener que tirar de recursos del centro hospitalario, no sé, es decir, yo qué sé: si has estado ingresado más de no sé cuánto tiempo o se ve que tienes alguna enfermedad de algún tipo... hay clasificaciones de enfermedades graves etc. O que sé, igual, si vas a tener esto ya preveo que tú vas a tener muchos ingresos o muchas consultas son potenciales. O, aunque no tengas... bueno, sí, sí. Por ejemplo, esa lista, porque puede ser que tú no tengas ninguna enfermedad crónica ni larga, pero tu hijo tiene un problema de repente y acaba

Validación del paciente como auditor de prácticas seguras.
Factores facilitadores desde una triple perspectiva: pacientes, profesionales y gestores

en la UCI y se ve que vas a estar en la UCI, por el diagnóstico... O sea, me refiero más por el diagnóstico, ¿eh? Que igual por el diagnóstico, el decir: mira, tú, ya veo que vas a estar aquí mucho tiempo o vas a tener muchas revisiones, eres un candidato”.

GF_Padres-Madres

“Chequear una estancia real en cuidados intensivos. Nosotros en estos momentos estamos dejando estar a la gente, yo creo que asimilando un poco lo que se ha hecho ya en pediatría hace muchísimos años, y, es más, estamos dejando que las familias estén con los pacientes a todas horas. Y, es más, ya nos van diciendo algunas cositas y se va notando, sí, sí ... Y se dan cuenta de algunas cosas y se podría utilizar esos familiares como auditores, ¿no?”.

GF_Responsables-seguridad

“Pero que yo me acuerdo de los primeros días que todo me venía grande. Y luego, sin embargo, ya te familiarizas con el monitor, con lo otro con la saturación, aprendes esta terminología que dices, “madre mía, que hago yo aquí”, o sea, que son cosas que igual ahora tengo más capacidad de saber igual lo que está mejor o peor, que con respecto al primer día o a la primera semana, tener cierta experiencia en...”

GF_Padres-Madres

“Tienen que ser pacientes que sean crónicos pluripatológicos que son los que más veces vienen y entonces ahí no serían los pacientes sino los padres lo que tendrían que ser los auditores. Y en pediatría sí que tenemos paciente crónico adolescente que a veces tienen 14, 15 e incluso hasta los 16 años, que estos pacientes sí que podrían ser buenos auditores. Ahí se me ocurren, tenemos algún paciente con un Crohn. Estos pasan a adultos a los 15 y 16. Posiblemente algún paciente crónico con 14 años”.

GF_Responsables-seguridad

“Frecuentadores y quizá, los acompañantes habituales de los frecuentadores, esos pueden tener un poco más de visión sobre la actuación del médico”.

GF_Gestores

“No sé, yo como ejemplo, el otro día estuve en oftalmología, con mi madre te fijas bastante en cosas mientras le están haciendo las pruebas y tal, tu estas allí mirando, de acompañante, hoy he ido, de paciente, si estás de paciente te ponen, mira aquí, mira allá. No te fijas en la mitad de las cosas, de cuando estas de acompañante”.

GF_Gestores

“Que creo que no debería ser para nuevos, no, para gente que lleve mucho, porque claro, si les metes todo esto además de llegar un sitio... tal... se hacen un lío. Yo creo que es para pacientes que lleven mucho tiempo y ya estén familiarizados con el sitio y la con la mecánica yo creo que eso es importante porque claro, cuantas menos cosas sean nuevas para ti, mejor, más vas a ver los errores”.

GF_Profesionales

Además de las características derivadas de acudir con frecuencia a los centros sanitarios, todos los grupos expresan características personales, como la capacidad de observación, el sentido común, la tranquilidad, el compromiso con su autocuidado y contar con un nivel cultural que les permita comprender el papel y las funciones del rol de auditor.

“Edad, seguramente, ¿no? Habría que tener en cuenta... edad del paciente, para comprender una práctica... no sé si una persona de.... Así como en pediatría corre a cargo de los padres, no sé si en personas mayores, muy mayores, no sé qué edad sería la de corte, pero probablemente no sería el propio paciente, sino que sería un familiar. Un rango por ejemplo de edad, entiendo”.

GF_Responsables-seguridad

“Tiene que ser un paciente tranquilo ¿eh?, tranquilo, porque a la vez que le están haciendo según qué prácticas estar atento a que hacen todo y además de que veas que no lo hacen en algún caso, salir de ahí, tiene que saber guardar bien la calma. Generalmente, yo... a mí me pasó que cuando vas de paciente no, te enteras de muchas cosas, igual estás un poco aturdido”.

GF_Responsables-seguridad

“Luego la tranquilidad, la serenidad... viene bien. Yo creo que para observar con un criterio ajustado pues...”.

GF_Padres-Madres

Validación del paciente como auditor de prácticas seguras.
Factores facilitadores desde una triple perspectiva: pacientes, profesionales y gestores

“O sea, una persona observadora, que no fuera distraída”.

GF_Padres-Madres

“No sé si sería necesario un nivel cultural, también. Sí formación. Pero bueno, no sé si sería estrictamente necesario una formación. Porque al final sí que se explicarían cosas relativamente sencillas de entender”.

GF_Responsables-seguridad

“Hay gente que tiene el sentido común a tope y no tiene una formación potente”.

GF_Responsables-seguridad

“En principio debe ser un paciente comprometido, quiero decir comprometido con su autocuidado, poco sentido tendría que el que no hace adherencia a las mínimas que sea evaluador si no es capaz de autoevaluarse ¿no?”.

GF_GestorasCuidados

Por otro lado, el grupo de gestores, y el de las gestoras de cuidados, descartan a aquellas personas cuyo contacto con la asistencia sanitaria se deba únicamente a un proceso quirúrgico, dado que se trata de un hecho puntual y no disponen de la experiencia que proporciona el contacto periódico. Asimismo, entre los no candidatos indican que no se incluya a personas a las que les pueda afectar la mayor consciencia de que haya prácticas que no se realicen de la forma debida.

“En urgencias no puedes y en cirugía programada, a mí me parece muy difícil también. Se podrá hacer, pero personalmente yo creo que tiene que ser pacientes en el ámbito de oncología, pacientes del ámbito de la hematología y pacientes crónicos de medicina interna y neurología-(susurros) — porque lo otro es muy puntual y no puedes andar formando a un paciente para que vengan una vez, vamos, que sean pacientes que tengan más contacto”.

GF_Gestores

“Estaríamos hablando de un tipo de pacientes crónicos o eso que sean, que tengan mucha costumbre si no para los que tenemos aquí quirúrgicos pues no por la relación que tienen no tiene ningún sentido yo creo

entrar en esto (asienten) con lo cual serviría para determinados procesos o determinadas cosas, pero no terminaría de valer igual para todo ¿no?”.

GF_EnfermerasGestoras

“Si el paciente es muy paranoico y ve que no se ha lavado las manos pues igual huye del hospital y dice que no quiere volver, yo qué sé, igual alguno se china un poco”.

GF_Responsables-seguridad

Como se ha ido desarrollando a lo largo de los hallazgos de estos grupos, destaca el grupo de padres y madres, por su implicación y función de suplencia que desarrollan sobre sus hijos e hijas. A diferencia de los acompañantes de adultos, los padres y madres prestan una especial atención a todo lo que acontece alrededor de sus hijos e hijas.

“Pero que yo me acuerdo de los primeros días que todo me venía grande. Y luego, sin embargo, ya te familiarizas con el monitor, con lo otro con la saturación, aprendes esta terminología que dices, “madre mía, que hago yo aquí”, o sea, que son cosas que igual ahora tengo más capacidad de saber igual lo que está mejor o peor, que con respecto al primer día o a la primera semana, tener cierta experiencia en...”

GF_Padres-Madres

“Al paciente dependiente como es el niño, no del adulto, porque los adultos eso sí que es una especialidad diferente. Yo creo que ahí está más implicada la madre en el niño porque es su hijo y está 100% viendo qué es lo que puede hacer para ayudarle. Ahí sería una buena población de educación”.

GF_Profesionales

“Quizá, los acompañantes habituales de los frequentadores, esos pueden tener un poco más de visión sobre la actuación del médico”.

GF_Gestores

4.1.5. Entornos de aplicación

Los diversos grupos identifican como escenarios que pueden evaluarse mediante esta figura los hospitales de día, unidades de pacientes críticos y crónicos, hemodiálisis, oncología, hematología, neurología, urgencias, cirugía ambulatoria, hospitalización domiciliaria. De forma global, son servicios

y/o unidades por las que transcurren pacientes con procesos asistenciales complejos, como indica el grupo de profesionales. Por ello, también incluyen servicios a los que se acude de forma puntual pero que enmarcados en este tipo de procesos asistenciales lo hacen de forma periódica. Tal es el caso de las propuestas que hacen sobre la valoración de extracciones, radiología o dietética y nutrición o incluso urgencias, como indican en el grupo de padres y madres. Además de los servicios, proponen dirigirlo a los procesos asistenciales.

“Yo creo que tiene que ser en los que hagan los procesos más complicados porque creo que tiene más rendimiento ahí. Uno que sea unas visitas muy sencillas y con pocas complicaciones pues no tiene que ser... otro que reciba tratamiento o bien endovenoso o vía oral... no sé, yo creo que, por complejidad, yo elegiría por complejidad de los procesos”.

GF_Profesionales

“Como objetivo del estudio podíais haber puesto la alimentación también. Por qué, fíjate si tenemos controles de dieta diabética... de no azúcar. Se subraya la etiqueta y al final en todos los meses, acaba yendo un sobrecito de azúcar en una bandeja de diabético. Y esos controles hay infinidad de controles y, pero al final siempre pasa en una ocasión”.

GF_Gestores

“UCI es... porque... donde... en críos, o sea, donde el paciente está más grave. Entonces ahí el poder mejorar es... crítico”.

GF_Padres-Madres

“En la UCI, desde luego sí. En Urgencias... también un poco”.

GF_Padres-Madres

“En cirugía general son muy agudos, ¿qué vas a formar? En urgencias no puedes y en cirugía programada, a mí me parece muy difícil también. Se podrá hacer, pero, personalmente yo creo que tiene que ser pacientes en el ámbito de oncología, pacientes del ámbito de la hematología y pacientes crónicos de medicina interna y neurología-(susurros) — porque lo otro es muy puntual y no puedes andar formando a un paciente para que vengan una vez, vamos que sean pacientes que tengan más contacto (susurros) — sí, sí — urgencia lavado de manos e identificación de pacientes podría ser muy muy interesante”.

GF_Gestores

“Un servicio central por el que pasa mucha gente, pues igual interesa entrar por ahí”.

GF_Responsables-seguridad

“No sé si rayos o extracciones o... ahí hay mucha variedad de gente. Entraría por prácticas fáciles y básicas, ¿no? Donde, si estamos pasando todos por el servicio de extracciones que se hagan ahí las cosas bien ¿no? O rayos que se hagan las cosas bien. Y luego ya más específico en una unidad o servicio. No sé, una idea pensando en cómo se podría empezar”.

GF_Responsables-seguridad

“Sería unir el crónico y servicios centrales a la vez, las dos cosas, ¿no?”.

GF_Responsables-seguridad

“Podría evaluar accesibilidad, información, barreras físicas...

Coordinación, consistencia de los circuitos, que venga un día, no venga aquí..., y una semana más tarde, no que ahora tiene que ir aquí, tal... yo creo que pueden evaluar cosas mejorables, en ese sentido, yo creo que circuito administrativo, yo qué sé, tiempos de espera”.

GF_Profesionales

“Otro servicio que se me ocurre a mí que no ha salido... cirugía ambulatoria menor. Estás ese día... y te vas a casa. Yo creo que ahí también es importante el tema de seguridad. Porque me ha tocado experiencia... de unas veces a otras... y el protocolo es bastante...

Hospitalización a domicilio, también”.

GF_Padres-Madres

El grupo de responsables de seguridad, describen la necesidad de que se inicie en servicios implicados con la seguridad del paciente, como aquellos en los que se realizan notificaciones en el SINASP, porque ya tienen una cultura de seguridad que facilitaría la implantación de este rol de pacientes.

“Lo primero implicado con la seguridad, pero de una forma fundamental. Yo para empezar a implantar una cosa de este tipo en el Complejo, por ejemplo, tomaría como guía inicial, se me ocurre, cuantas personas de ese servicio cuantas personas de ese Servicio han hecho alguna notificación en el SINASP en los últimos 6 meses o un año ¿no? No vas a implantar una cosa de este tipo en un servicio que no ha hecho una notificación

razonable en los últimos 6 meses, ¿no? Porque los profesionales no están implicados y hay profesionales de todo tipo ¿eh? Eso yo diría como norma inicial. Me parece a mí... No vas un tema de este tipo en un servicio que no ha notificado nada. No sería... no tendría... Ya de por sí, ellos mismos no han sido capaces de notificar ni de ver los problemas de seguridad que tienen, como para que te vengan los pacientes a decirte lo que más o menos has hecho mal”.

GF_Responsables-seguridad

Desde el grupo de gestoras de cuidados se muestra la posibilidad de que el paciente auditor traspase el ámbito de la seguridad del paciente y pueda dirigirse también a conocer la calidad percibida.

*“Cómo nos ven ellos, calidad percibida por el paciente y cómo nos ven que estamos haciendo las cosas, y cómo lo estamos haciendo porque es al final al que le va todos nuestros cuidados.
Hombre lo de la calidad percibida es muy interesante porque tú igual estás haciendo una técnica exquisitamente bien hecha y sin embargo cómo lo percibe el paciente, que estás haciendo tu trabajo pues puede ser distinto ¿no?”.*

GF_EnfermerasGestoras

4.1.6. Prácticas seguras y procesos evaluables

Entre las prácticas seguras que indican que es posible evaluar mediante el paciente auditor se encuentran la identificación de pacientes, higiene de manos, prevención de caídas, seguridad transfusional y del medicamento, los cuidados de las vías venosas y las medidas de prevención de las úlceras por presión.

Los responsables de seguridad matizan las prácticas seguras que pueden evaluarse a aquellas que se realicen a la vista de los pacientes y sus acompañantes.

“Porque hay cosas que no se pueden controlar desde donde está. Porque si por ejemplo está sentado está claro que no puede ver si las pegatinas las pone bien, si... entonces pues habrá que instruirle a que se fije en lo más fundamental, quizás”.

GF_Responsables-seguridad

El grupo de padres y madres, además de los servicios y circuitos, destacan la necesidad de poder auditar el trato recibido, la atención centrada en la persona, el respeto de sus valores y la escucha.

“Bueno, yo he atendido a esta persona desde el punto de vista profesional, o sea, es decir, los sanitarios, desde luego, es lo primero, pero dices y el protocolo marca esto; pero... la atención al paciente, la escucha activa, el atender la peculiaridad de cada paciente, para mí eso es algo que, sí que, entiendo, que hay que valorar, en el sanitario. El escuchar”.

GF_Padres-Madres

“El trato humano.”

GF_Padres-Madres

4.2. ELEMENTOS EMERGENTES

En los diversos grupos surgen temas que no se encontraban entre los elementos del guion de conducción de los grupos y que se muestran a continuación. Surgen en el desarrollo de la mayor parte de los grupos, pero destaca especialmente el grupo de padres y madres por las aportaciones que realizaron.

4.2.1. Participación

Principalmente el grupo de padres y madres solicita una mayor participación dentro del equipo asistencial, especialmente en las transiciones hospitalarias y entre los cambios de turno de profesionales.

“¿Podríamos controlar también si la enfermera de un turno anterior ha pasado... Bueno, la enfermera, médico, auxiliar... ¿ha pasado la información de turno? O sea, es decir, eh... pues es que el anterior le ha hecho no sé qué. Ah, vale, vale. O sea, no se habían informado. Ya sé de qué de todo igual no se pueden informar, pero... controlar a ver un poco de qué se han informado, de qué no... Y que te pregunten: ‘Oye, perdona, ¿alguna cosa que quieras aportar tú que haya pasado en el turno anterior?’. Porque las enfermeras no pueden trabajar más de “x” horas. O, el auxiliar, ¿eh? O el médico, el que sea; pero tú que eres madre y estás ahí 24 horas, pues igual te pueden preguntar a ti: “Oye, qué tal el día, cómo ha estado hasta ahora. ¿Le han puesto la medicación?”. Entiendo que tiene que figurar en el parte, ¿eh? Pero no está de más, ya que estás tú ahí de... sin hacer nada... Pues bueno...”.

GF_Padres-Madres

“En Urgencias, lo que habéis comentado de la peculiaridad, que hay niños que van con peculiaridades muy importantes y a mí, sí la misma sensación que has tenido tú de oídos sordos, o sea, de... Yo soy la que conozco a mi hijo, o sea y tú lo acabas de ver. Y no hacerte caso... Y entonces, o sea, en un sitio donde el crío pueda estar más, o sea, más grave, o eso, o... en manos que nos les ha tocado nunca, pues creo que poder actuar ahí sería más importante”.

GF_Padres-Madres

“Yo. Yo quería decir... Yo en mi experiencia personal que he tenido, donde he detectado más fallos y, mira, más importantes, el tema de medicación ha sido (comentario incomprensible) de un, o sea, de un... de UCI a planta, tal, en los que ha habido un error en la medicación, que es muy grave, ¿no? Entonces, enlazando a lo que tú decías: esa información, o sea, eh... eso igual nosotros como observadores, o sea, pero me parece que habría que examinar también cómo hacen los canales de comunicación entre... entre... los profesionales”.

GF_Padres-Madres

Identifican grandes diferencias sobre la posibilidad de participación en función del lugar del ingreso: entre neonatos, uci, planta, urgencias... En algunos lugares se considera su participación e implicación como indispensable mientras que en otros son considerados como visitas.

“Yo sobre todo... a mí la sensación que me queda es que, sí, te pregunta—por lo menos en planta, ¿eh? ‘¿Pues cuánta leche toma tu hijo?’. Preguntas de ese tipo, o sea, se lo agradezco enormemente, para ver cuánto biberón le preparaban y demás, pero a nivel sanitario, todo lo que yo podía aportar se obviaba totalmente. O sea, el decir: yo he estado aquí con mi hija mañana, tarde y noche porque, por desgracia, te toca sacarte las prácticas de enfermería, prácticamente, y dices: bueno, yo algo puedo aportar, seguramente. Y, sin embargo, no se escucha. Entonces, yo digo: a mí esta... así como en neonatos sí que me sentía... bueno, pues le vamos a hacer esto, le vamos a hacer lo otro”.

GF_Padres-Madres

Según el niño va siendo mayor, se presta menos atención a lo que exponen los padres.

La participación de los pacientes en las organizaciones está desarrollada en algunos centros, pero identifican la necesidad de incorporarla en este hospital.

“En todas las organizaciones sanitarias tiene que haber participación a los pacientes y asociaciones, bien sea a través de asociaciones o de una manera de otra tiene que haber participación. Esto cada vez en todas las organizaciones va a más y son las cosas que hay que ir, que hay que ir incorporando (asienten). Ahora el

modelo pues habrá que hacer, bueno tener mucho cuidado de cómo se hace y, pero eso, la participación es hoy en día algo que nos va a ir, que nos va a obligar a que cada vez sea mayor.”

GF_GestorasCuidados

Las gestoras de cuidados también resaltan la necesidad de la participación de pacientes y/o de los acompañantes en los cuidados, aunque no siempre es posible.

“En el caso de los familiares, de los, bueno en pediatría sería como apunta (nombra a una persona) sería comprometido en participar en los cuidados, porque hay familias que enseguida aceptan la ayuda, el trabajar en conjunto pues cuando hay que hacer un cuidado a su hijo o hija, pero hay otros que no, hay otros que lo rechazan por la causa que sea, entonces ahí, para empezar, tendría que ser con esos. Aunque me parece que a mí me parecería muy interesante que fueran los otros los que aprendieran la necesidad ¿no? que sería bueno”.

GF_GestorasCuidados

4.2.2. Relación profesional – paciente- acompañante

En diversos grupos se manifiestan relaciones de pertenencia, de protección, de un nivel de relaciones interpersonales que traspasan el nivel profesional para convertirse en relaciones más afectivas y de apego.

Este sentimiento, aunque ya se había presentado en el tema de los aspectos negativos del rol del auditor, el grupo de padres y madres valora especialmente el riesgo de poder perder este tipo de relación.

“Yo he tenido experiencias brutales en la UCI Pediátrica de médicos que me han enseñado cómo se analiza un TAC, lo han enseñado delante mía y luego hemos hecho hasta amistad con ciertos médicos. O sea, una cosa... sobraba; pero entendiendo la peculiaridad dices, ¡jo! esta persona no tenía por qué hacerlo, sin embargo, lo ha hecho para que yo me sienta mejor, para que esté más informado, etcétera, etcétera. Asegurarse que no vamos a perder eso y que de repente la postura va a ser de defensa y de decir: vale, vale pues me limito a lo mínimo posible y te voy a dar un diagnóstico muy concreto, sólo, y... que se reduzca por ejemplo sólo la comunicación, o... que sientas un trato menos cercano, mucho más frío y profesional”.

GF_Padres-Madres

4.2.3. Colaboración con la organización

Solicitan foros de participación, de colaboración para mejorar procesos, formados por grupos heterogéneos que vayan renovándose de forma paulatina para incorporar nuevas voces. Que las aportaciones sean escuchadas y tenidas en cuenta para establecer mejoras.

“Sí, más que antes, que esto no se quede en agua de borrajas. O sea, es decir: que la organización tenga capacidad de poner en práctica las cosas que salgan.

O sea, porque si se va a quedar al final en agua de borrajas, no tendría sentido. Tiene que ser una organización capaz de decir: bueno, ha salido esto, y esto lo podemos implantar y se implante. Si se nos pide opinión o se nos pide hacer de auditores, hacer auditorías, pues que se puedan implantar”.

GF_Padres-Madres

“No, si está bien; pero bueno, los mismos o por lo menos una buena parte de los mismos, como en otros tipos de consenso que puedas hacer, que al final si hay gente que eso, conoce el eso, sabe qué tiene que hacer y aunque se vaya cambiando gente, se va cambiando gente de poco a poco y al final, siempre haya gente que tenga experiencia y la gente nueva tendrá la posibilidad... no cambiará: ahora de repente... veinte y luego, no, ahora veinte nuevos. No. Pues deja por lo menos diez y diez de manera que siempre tengas gente que tenga experiencia”.

GF_Padres-Madres

“A mí al revés, me parecería más enriquecedor que fuese más heterogéneo, con distintos grupos de edades, con distintas... No sé, lo veo más... que se puede recabar más información, que es un perfil de... no sé”.

GF_Padres-Madres

Demandan espacios de encuentro en los que poder expresarse y hacer aportaciones. Su experiencia y vivencia identifica puntos débiles en alarmas en los sistemas de información y comunicación, en la escucha a los familiares, en el déficit en la información que se transmiten los profesionales unos a otros.

“Eso es igual lo que... Siguiendo tu idea un poco... es decir: a mí ya me parecería perfecto si, además de participar como evaluador pudiera proponer cambios en el procedimiento.

Es decir: 'Uy en mi caso particular igual el procedimiento no está hecho...'; 'en mi caso particular he sufrido... esto, y creo que podría mejorarse por aquí y por allá'... ¿Cabría esa posibilidad de, por ejemplo, poder añadir a la función...?

Oye, no decir sólo si se ha hecho o no se ha hecho, sino poder proponer...".

GF_Padres-Madres

"Escucha, escucha a los padres. Algo tienen que aportar".

GF_Padres-Madres

"Luego, además, ¿no? los procedimientos, ¿no? se supone que son... todo 'pum, pum, pum', todos iguales. Entonces, al final, cada niño o cada persona son muy diferentes y toda esa información extra que pueden aportar en el procedimiento los padres, creo que es algo super importante, porque te va saliendo de esa objetividad que es un procedimiento de a, b y c, o sea, pues si tú le puedes incluir esta información extra, pues muchísimo mejor, ¿no?".

GF_Padres-Madres

Identifican puntos débiles en sistemas de información, espacios.

"Mi sensación es que los padres no formábamos parte del mundo hospitalario, o sea: era algo externo".

GF_Padres

"A mí alguna vez me lo han hecho en la historia. Te voy a poner en la historia, tiene que leer la historia, si vienes a urgencias, te hagan así, así y así; pero sí que estaría bien que, desde el principio, cuando en el mismo triaje, a lo mejor le saltase el aviso de... este es esto, para que lo primero que hagan es leerse la historia y, a lo mejor en el mismo triaje, les salte el aviso, este es esto y no... pero a mí sí que me han hecho el poner esto, eh. Te voy a poner aquí, para que si vas a Urgencias hagan esto, esto y esto".

GF_Padres-Madres

"La doctora..., ha dejado en el historial que, si venimos a Urgencias, lo que hay que hacer". Me imagino yo que habría ido a mirarlo, pero yo lo primero que dije: "eh... ha he... me ha dicho que lo va a dejar escrito en el historial".

GF_Padres-Madres

4.2.4. Interpelar a profesionales

Aunque al inicio de todos los grupos se presentaban las características del paciente auditor basado en el anonimato bidireccional, es decir de quien realiza la observación y del profesional observado, en todos los grupos se plantean de forma espontánea la posibilidad de que los auditores interpelen a los profesionales si no han realizado una práctica de seguridad. Ante el nuevo conocimiento y las posibles consecuencias para la salud, diversos grupos exponen la posibilidad de indicarle directamente al profesional que no ha realizado la práctica segura.

“Claro, porque se supone que, si yo soy el elegido como auditor, me habéis formado en tema prácticas seguras y veo que la enfermera después de haberse, yo qué sé, después de haberse identificado y no se ha lavado las manos, le digo, oye, no te has lavado las manos, lávatelas. No sé si es necesario hacer eso”.

GF_Responsables-seguridad

“Pero lógicamente si tú has seleccionado a alguien que tiene dos dedos de frente y sabe y ha aprendido lo que hay que hacer y ve que no se hace, te va a decir...”.

GF_Responsables-seguridad

“El paciente lo que más va a identificar son cosas que realmente para él supongan un riesgo de seguridad. Muy típico es, además te lo dicen como enfermera, te lo dicen todos pacientes, ‘es que hay una burbuja de aire en el tubo’, igual no tanto el lavado de manos, pero el típico: ‘¡Enfermera! Es que hay una burbuja’, ¿no habrá que sacarla? Es importante que el paciente identifique riesgos de seguridad. Hay que cosas que para ellos suponen más riesgos que otras”.

GF_Responsables-seguridad

“Yo creo que la forma cómo notifique el paciente lo que ha pasado, si no se hace bien, puede tener efectos no deseados. Lo que comentabas, no va a ser en el momento que yo voy a decir no te has lavado las manos, lávatelas. Pero luego... ¿cómo se va a gestionar eso? Quiero decir, yo he visto que no se ha lavado las manos el turno de mañanas y el médico cuando ha venido tampoco. A ellos directamente no se lo voy a decir yo, pero me imagino, pero desde el Complejo o desde el proyecto, o a través de la Tablet como has comentado y luego esos resultados irían al jefe del equipo y él tendría que notificar a todos los profesionales.

Entonces bueno, pues efecto no deseado, si no se hace bien, con cuidado, haciendo entender que es por el bien del paciente, que no va en contra de ella, no se ha lavado las manos, o del otro, pero hay que saberlo gestionar eso para que lo recibamos lo mejor posible todos”.

GF_Responsables-seguridad

“Con respecto a un problema que tenemos en la unidad con una [...] a un profesional de un servicio que viene habitualmente a trabajar con nosotros no lo llevó muy bien cuando se lo dije. Pero fue porque era una situación directa porque yo estaba trabajando. Así que, que lo diga además un familiar, eso todavía enfrenta más”.

GF_Responsables-seguridad

“Y luego, por ejemplo, si tú estás viendo... en este caso que el médico no se lava las manos o lo que sea, por poner un ejemplo, ¿qué le dices? ¿Lávate las manos?”.

GF_Padres-Madres

“Si tienes un paciente empoderado, formado, sabe lo que hay que hacer, ¿no? entre su (cómo se dice) de la salud o de las técnicas de sanitarias, y entonces va a estar él vigilante y que te saquen los colores, y que te digan: “no te has lavado las manos”, pues tiene que ser muy para el profesional bueno pues, pues muy negativo”.

GF_GestorasCuidados

“Hombre, desde el punto de vista de seguridad del paciente, si él sabe cómo le tienen que hacer las cosas y se las están haciendo mal, pues dice joye! Para ¿no? me lo estás haciendo mal, entonces cada vez (tiene) su seguridad”.

GF_GestorasCuidados

Ante la interpelación, encuentran que puede suponer un riesgo para el paciente por las posibles consecuencias posteriores en la atención.

“Que luego está también la otra misión, es decir: los médicos y las enfermeras son las personas que están atendiendo a tu hijo... no sé hasta qué punto tienes la libertad, y ya no digo solo la libertad, sino... moral. Es que, claro, es que si le digo algo que le molesta”.

GF_Padres-Madres

“De mucha gente. También es cierto que tú te quitas la ropa, te pongo una bata de esas y te tumbas en una cama y no estás para quejarte ni para ponerte chulo con nadie”.

GF_Profesionales

El grupo de padres y madres considera el riesgo que supone para la salud el no aplicar una medida de seguridad y en función de esto determina si interpela o no al profesional.

“A ver, yo parto de la base de que creo que se lavan las manos. O sea, yo creo que es un hábito que es de lo más. O sea, que yo parto de esa base, seguro, pero que yo ante que mi hijo se coja una bacteria hospitalaria o decirselo... De buenas maneras y educadamente, pero se lo diré, o sea, porque me refiero a que el riesgo a que está... Sabiéndolo, cuando no lo sé, no voy a ponerme a: “Oye, y esto ya has hecho bien, ¿y esto?”. Eso no voy a hacer, pero si soy consciente de que se tiene que lavar las manos, pues se lo digo”.

GF_Padres-Madres

“Pero, sí que, por ejemplo, lo que yo he dicho antes, lo de las manos, ¿no? Yo sí, por ejemplo, sé, porque me han dicho el procedimiento, que el momento más crítico para lavarse las manos es no sé cuál, y justamente he visto lavarse las manos antes, ¿pero en ese momento no? Y digo yo, ¡jostras! Y digo... pues aquí salimos con una bacteria hospitalaria y que me deje en la UCI tres semanas, con mi hijo. Y digo, pues mira, se lo digo”.

GF_Padres-Madres

4.2.5. Distintos grados de evolución en el nivel de participación de pacientes

Los profesionales, los responsables de seguridad y los padres y madres, evidencian distintos niveles evolutivos en la participación de los pacientes y /o acompañantes, en el proceso asistencial.

“De todas formas veo que, en neonatos, cuando el be... cuando el niño es muy pequeño, son bebés, sí que está muy interiorizado que los padres somos una figura super activa. Y está como ya muy interiorizado eso. Vamos, que les aportamos muchísimo, pero luego, mientras los niños van creciendo, los padres nos... Yo lo veo como que el personal sanitario ve que nosotros como más como... Las histéricas que vienen aquí”.

GF_Padres-Madres

Se expresa más en el ámbito de la atención pediátrica, tanto por profesionales como por los padres.

“Cuando vienen te dicen cuál es el plan que hay con mi hijo. Nosotros decimos, probablemente si pasa esto, esto; y si esto, se irá a casa, si pasa esto, esto y esto, ingresa. Si ingresa el plan y protocolo es... te dicen cual

el protocolo. El protocolo es vendrá, le haremos, haremos tal prueba, le pondremos tal medicación, se lo va a poner por la tarde. Quieren saber absolutamente todo y ellos asumen parte de los cuidados. Eso es así en el día a día. Y muchos y cada vez más nos lo demandan. Entonces sin darnos cuenta les hacemos partícipes también. Y son ya un filtro y es una medida de seguridad”.

GF_Responsables-seguridad

“Uno muy general es que le haces partícipe al paciente ¿no?, siempre estamos diciendo que el paciente tiene que participar, queremos poner al paciente en medio, pues lo pones realmente en medio y como actor principal revisando una práctica ¿no?”.

GF_Responsables-seguridad

“Sí, yo creo que supone una actitud activa frente al paciente pasivo que “háganme lo que sea”. El paciente, bueno, pues tiene una idea de cómo deben ser las cosas y entonces yo creo que supone más implicación en la atención; un paciente activo frente a uno pasivo”.

GF_Profesionales

4.2.6. Perfiles profesionales más afectados

A pesar de que las prácticas seguras son acciones beneficiosas para todos los implicados en la atención sanitaria, los responsables de seguridad y el grupo de padres y madres identificaron a los profesionales de enfermería como aquellos a los que más les va a afectar este nuevo rol.

“Pero probablemente los profesionales de enfermería serían los más entre comillas ‘afectados’ en este tema”.

GF_Responsables-seguridad

“Se van a evaluar procedimientos básicos muy relacionados con el trabajo del enfermero: lavado de manos, administración de fármacos, información a las familias”.

GF_Responsables-seguridad

“Puede crear cierta susceptibilidad de los profesionales de enfermería que son los que están atendiendo directamente o más directamente al paciente, decir, ese miedo a me están examinando si lo hago bien, si lo hago mal...”

GF_Responsables-seguridad

4.2.7. Momentos críticos de riesgo de seguridad

El grupo de responsables de seguridad y el de padres y madres identifican momentos críticos para la seguridad del paciente, como en las transiciones asistenciales, en los que la información que se transmiten entre los profesionales incide notablemente en la seguridad.

“Serían muy importantes también las transiciones existenciales. Tener una correcta identificación, y que sepan que, si les toca hacer pruebas en distintos sitios, por lo menos que los niños lleven la pulsera, que los padres sepan que es a tal niño al que se hace tal... ahí es importante”.

GF_Responsables-seguridad

“Unos procedimientos que están hechos para la mayoría de casos y trabajos que vienen aquí, pero ojo que esos procedimientos también valgan y sepamos tener a la gente formada para, si viene un paciente con una enfermedad, espera, éste no es del montón, este, cuidado, que salte como tenga que saltar el aviso en Urgencias, o tenga que saltar donde sea, ojo, ver con cuidado esto, tiene unos procedimientos diferentes... Entiendo que eso es complicado, eh, pero entiendo que hay que trabajar en eso”.

GF_Padres-Madres

“Pero igual el especialista podía haber dejado una ficha de seguridad, haber dicho, eh... ‘Cosa super urgentes de seguridad, muy breves: tratamiento, no se puede suspender’. Que eso es una frase, en una ventanita, que si lo programases sale”.

GF_Padres-Madres

4.2.8. Empoderamiento del paciente

Las gestoras de cuidados expresan la importancia del paciente empoderado, conector e implicado en su proceso por los resultados que derivan en su salud.

“De otra parte también, sería interesante, cuanto más hacemos al paciente conocedor de su realidad y se empodera mejor se cuida, por lo cual vamos también a mejorar el círculo de la atención”.

GF_GestorasCuidados

4.2.9. Valoración de los vídeos por los grupos focales

Al finalizar los grupos, se presentaba el vídeo formativo más relacionado con las características de su grupo para que pudieran valorarlo. Esta visualización les permite valorar mejor el alcance de participación del paciente con el rol de auditor propuesto en esta investigación, como en este ejemplo correspondiente al grupo de gestoras de cuidados.

“Son cosas efectivamente que al verlo, dices, pues es que son 4 cosas las que tienen que saber que cuando van el profesional les tiene que hacer, se tiene que identificar, tiene que comprobar además que está comprobando que es él y que encima es el tratamiento que entonces son cosas muy claras que como yo digo a mí me parece que sí que se puede, que se puede hacer (asienten) y quizá antes de verlo nos estábamos, estábamos imaginando ver, imaginándonos cosas más complicadas más complejas que tenía que aprender el paciente y que nos tenía que ¿verdad?”.

GF_GestorasCuidados

Estudio de intervención

ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN

Los estudios de intervención tenían como finalidad valorar la metodología de aprendizaje de pacientes y acompañantes sobre prácticas de seguridad en la atención sanitaria. Para ello, se hizo una comparación entre el grado de acierto de los pacientes y familiares en la identificación de la adherencia de los y las profesionales a las prácticas seguras antes y después de la formación.

Asimismo, mediante los estudios de intervención se valoró la validez y fiabilidad de pacientes y familiares identificando si los y las profesionales realizaban correctamente las prácticas seguras.

1. PRÁCTICAS DE SEGURIDAD OBJETO DE ESTUDIO

Los estudios de intervención se centraron en cuatro prácticas seguras:

- Identificación de pacientes.
- Higiene de manos.
- Seguridad transfusional.
- Administración de fármacos.

Estas prácticas fueron seleccionadas por su frecuencia, por las consecuencias que pueden tener en los pacientes si no se llevan a cabo, así como por la baja adherencia de los profesionales a aplicarlas.

En todas, el paciente siempre está presente de forma consciente, por lo que el paciente auditor, puede desempeñar un rol de alianza muy relevante para las organizaciones sanitarias.

La importancia de cada una de las prácticas seguras seleccionadas se describe en el capítulo de introducción de esta tesis (página 32).

2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población a estudio se ha centrado en dos grupos:

1. Pacientes adultos, y sus acompañantes, que requieren asistencia periódica para la administración de quimioterapia o hemoderivados.

2. Padres y madres de niños que reciben tratamiento para la prevención de bronquiolitis.

Se han seleccionado estos dos grupos de personas por tener episodios de cuidados intensos y recurrentes. Esta condición les caracteriza por interesarse por la calidad del cuidado que reciben, y desarrollan un conocimiento cualificado sobre la enfermedad y su tratamiento. Por ello, presentan una mayor predisposición a involucrarse.

3. MATERIALES

Los materiales se han elaborado por el equipo investigador. Según se ha ido evolucionando en el proyecto, los soportes han ido modificándose. Desde el inicio en papel a la finalización en entornos web.

3.1. FOLLETOS

Estos documentos, mediante viñetas con fotografías, explicaban la realización correcta de las prácticas de seguridad. En el caso del grupo de padres se realizaron infografías con el mismo contenido dado que se desarrollaba en entorno Web.

Los diseños mostraban las prácticas de seguridad mientras se administraba tratamiento de quimioterapia, transfusión de hemoderivados y la administración de una medicación intramuscular, en el caso de pediatría.

Ver anexo: folletos de formación, página 187.

3.2. FORMULARIOS

Se desarrollaron ad hoc los siguientes:

- **Formularios de evaluación** de la capacidad de identificación de las prácticas de seguridad.

En ellos se presentan las preguntas de evaluación de la capacidad de identificación. Se crearon específicamente para cada una de las historias presentadas en los vídeos. (Ver formulario de evaluación pacientes y acompañantes: hematología en página 197, quimioterapia en página 214. Los correspondientes a padres y madres, en página 243).

- **Formularios de percepción / opinión.**

Estos formularios exploran aspectos relacionados con la percepción de seguridad en la asistencia sanitaria en el centro, la capacidad de interpelar a profesionales si éstos no llevan a cabo las prácticas de seguridad, la capacidad y conocimiento en relación con las medidas de seguridad, y la voluntad de participar como aliado con la organización desempeñando funciones de auditor anónimo.

*En anexos se presentan los formularios correspondientes a:

- Pacientes y acompañantes: hematología. Ver página: 194.
- Pacientes y acompañantes: quimioterapia. Ver página: 210.
- Padres y madres. Ver página: 229.

3.3. VÍDEOS

Los vídeos recogen historias de asistencia sanitaria en cada uno de los entornos explorados: hematología, oncología y pediatría. Para cada uno de los ámbitos se rodaron dos historias: una formativa con todo el proceso del relato realizado correctamente y otra historia con incorrecciones.

Para facilitar que los participantes no confundieran la historia formativa y la evaluativa, se rodaron con actores diferentes, aunque el relato era, salvo los errores, similar.

Se utilizaron los vídeos para evaluar la capacidad de observación de los participantes y el efecto que la formación tenía en la identificación correcta de las prácticas de seguridad analizadas.

VIDEO DE HEMATOLOGÍA

En el vídeo de hematología se relata el proceso de administración de una transfusión a un paciente en el Hospital de Día de Hematología. Se inicia con la consulta en la que, tras el estudio analítico correspondiente, se indica la necesidad de recibir una transfusión. Se realiza la extracción de sangre para realizar pruebas de compatibilidad y se puede observar las distintas prácticas de seguridad: identificación del paciente, higiene de manos e identificación de las muestras. Posteriormente se muestra la recepción del concentrado de hematíes y el procedimiento de comprobación y concordancia entre la solicitud, el hemoderivado y el paciente, así como la información para que el paciente pueda identificar posibles efectos secundarios.

Anexo: ver página 261.

VÍDEO DE ONCOLOGÍA

El vídeo de oncología relata la historia de un paciente que acude al Hospital de Día de Oncología. Se muestra cómo un paciente es atendido en consulta: se realiza la anamnesis y valoración física, se le informa sobre su estado general y analítico y se le pauta un tratamiento para su patología. Posteriormente la historia se traslada a la sala de tratamiento, donde se puede observar el proceso de identificación del paciente, la administración segura de los medicamentos, la realización de la higiene de manos y la información sobre los posibles efectos secundarios que pueden producirse tras la quimioterapia.

Como en el anterior caso, se rodaron dos historias: la historia formativa, en la que todas las prácticas se realizan correctamente, y la evaluativa con errores que los participantes debían identificar. Como se indicó para el vídeo de hematología los personajes de los vídeos difieren en cada historia.

Anexo: ver página 267.

VÍDEO DE PEDIATRÍA

Este vídeo se grabó en una consulta simulada decorada como si fuera una consulta pediátrica. En este caso, el niño es un bebé de entrenamiento en simulación, con un alto poder de realismo.

Se presenta la historia de una consulta de enfermería para la administración de un tratamiento preventivo para la bronquiolitis.

Las prácticas que se abordan son: la identificación de pacientes, la higiene de manos, el peso para el cálculo de la dosis, la higiene de la piel y la información sobre la importancia de administrar las siguientes dosis del fármaco siguiendo la pauta de administración.

También se rodaron dos historias. Una correcta y otra, la evaluativa, con errores para comprobar la capacidad de los participantes en identificarlos.

Anexo: ver página 271

3.4. PLATAFORMA WEB

El estudio llevado a cabo con padres y madres se desarrolló en un entorno Web.

Se utilizó este formato para facilitar a los padres y madres la participación, así como para valorar si una formación telemática podría conseguir objetivos parecidos a la presencial. Este formato presenta

facilidades de implantación de cara a la aplicación en la vida real de las propuestas que se evalúan en el presente estudio.

Se creó una página web que dispone de una parte pública, en el que se expone el proyecto y se presenta el equipo investigador.



Imagen 6 Página inicial del portal capacesporlaseguridad.com. <https://capacesporlaseguridad.com/index.php/es/>

A su vez, se configuró un área de acceso restringido mediante un usuario y clave única para todos los padres y madres. Estas credenciales se enviaron en la carta postal en la que se les invitaba a participar. De esta forma se pretendía evitar que pudieran acceder personas que estuvieran fuera de la población de estudio.

Participar en el proyecto

Usuario

Contraseña

Recuérdeme

Identificarse

Para participar en el proyecto debe indicar el usuario y contraseña que ha recibido en la carta de invitación

Si no lo recuerda, envíe un mensaje al correo capacesenseguridad@gmail.com, para que contactemos con usted y se lo proporcionemos.

Su participación es esencial para el proyecto. Muchísimas gracias por su colaboración.

Complejo Hospitalario de Navarra

NAVARRABIOMED

IdiSNA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN
SANITARIA DE NAVARRA

REDISSEC
isciii

Instituto de Salud Carlos III

Imagen 7 Acceso a la zona restringida del proyecto. <https://capacesporlaseguridad.com/index.php/es/participar-en-el-proyecto>

En la sección restringida se explicaban las fases del proyecto.

The screenshot shows the 'Participante' (Participant) section of the CaPacES website. At the top left is the CaPacES logo, a green checkmark. Below it is a navigation menu with five items: 'Presentación', 'Quiénes somos', 'El proyecto', 'Participar en el proyecto', and 'Participante' (which is highlighted). On the right, there is a greeting 'Hola, participante' and a 'Desconectar' button.

The main heading is 'Participante'. Below it, a message says 'Gracias por participar en este proyecto.' (Thank you for participating in this project.). This is followed by a paragraph: 'Su colaboración se desarrolla en tres etapas. Cada una de ellas tiene una duración aproximada de entre 10 y 15 minutos.' (Your collaboration develops in three stages. Each of them has an approximate duration of between 10 and 15 minutes.).

Below this text is a diagram showing three stages:

- Primera etapa** (First stage): 15 minutos (15 minutes), with a progress bar at 100%.
- Segunda etapa** (Second stage): 10 minutos (10 minutes), with a progress bar at 100%.
- Tercera etapa** (Third stage): 15 minutos (15 minutes), with a progress bar at 100%.

Text below the diagram states: 'La participación es anónima y no se le va a solicitar ninguna información sobre usted o el niño /niña.' (Participation is anonymous and no information will be requested about you or the child/daughter.) and 'El consentimiento se considera como afirmativo al responder al formulario.' (Consent is considered affirmative when answering the form.).

A bold instruction follows: 'Pulse sobre el siguiente enlace para comenzar la primera etapa.' (Click on the following link to start the first stage.). Below this is a large button with a person icon, a green circle containing the number '1', and three right-pointing arrows.

Below this is a section titled 'Acceso a siguientes etapas' (Access to subsequent stages). It contains the text: 'En el caso de que no pueda realizar las tres etapas seguidas (es recomendable), podrá continuar las siguientes fases mediante estos botones' (In the case that you cannot complete the three stages consecutively (it is recommended), you can continue the following phases through these buttons).

Two buttons are shown:

- Etapa 2** (Stage 2): A button with a person icon, a green circle containing the number '2', and three right-pointing arrows.
- Etapa 3** (Stage 3): A button with a person icon, a green circle containing the number '3', and three right-pointing arrows.

Imagen 8 Información de las fases de participación

Siguiendo las consideraciones éticas establecidas, se informaba de la voluntariedad y anonimato de su participación. La aceptación de las condiciones de participación daba acceso a la primera fase.



Primera etapa

Mediante una carta le invitamos a colaborar en el proyecto **CAPACES** que se está llevando a cabo en el Complejo Hospitalario de Navarra. El objetivo del proyecto es conocer la posibilidad de que los pacientes, o sus acompañantes habituales, participen en acciones sobre la Seguridad de los Pacientes mientras reciben la atención sanitaria.

La participación, **voluntaria y anónima**, consiste en ir completando diversos formularios y actividades

Su colaboración y participación será de gran utilidad para asegurar y mejorar la seguridad de los pacientes durante su atención sanitaria. ¡Le animamos!

Hay 28 preguntas en la encuesta.

TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Su participación es voluntaria y el consentimiento se otorga al aceptar responder a un formulario.

Acepto la participación y comprendo que la información es anónima

Siguiete

Imagen 9 Formulario de participación voluntaria en el proyecto de investigación

El equipo investigador no dispuso de información alguna que permitiera identificar a los participantes.

Dado que todo el proceso requiere en torno a 40 o 45 minutos, y que siendo padres de niños de corta edad puede ser complicado dedicarle este tiempo de forma continuada, se solicitaba que escribieran un código de identificación, que debían indicarlo en cada una de las etapas. Esto ha permitido que se pudieran asociar las respuestas dadas por cada participante en cada una de las etapas.

La primera etapa constaba del formulario de variables sociodemográficas y de exploración de las dimensiones del proyecto: percepción de seguridad, voluntariedad de participar como auditor, experiencia previa de interpelar a profesionales sobre prácticas seguras y disposición para hacerlo si se encontrara en una situación similar.

Tras esta encuesta, se presentaba el vídeo evaluativo de pediatría, expuesto anteriormente. Sólo podían verlo en una ocasión y una vez finalizado se hacían las preguntas que valoraban la capacidad de observación.

La segunda etapa, es la correspondiente a la intervención educativa. En ella se mostraba el video formativo, que podían visualizarlo tantas veces como quisieran. Tras verlo podían acceder a la infografía en la que se reforzaba la información expresada en el vídeo. Se mostraba también un teléfono de contacto por si querían plantear alguna duda o ampliar información.

La tercera etapa, y última, se iniciaba con el vídeo evaluativo, que sólo podía verse en una ocasión.

Tras la visualización el participante cumplimentaba el formulario de evaluación.

El motivo de que el vídeo evaluativo solo pudiera verse una sola vez fue debido a que, si los participantes tuvieran que hacer de auditores en la vida real, éstos solamente tendrían posibilidad de ver lo que sucede una sola vez.

Estas tres etapas son las mismas que se siguieron con los grupos de oncología y hematología. La diferencia radicó en que estos dos últimos grupos, los pacientes estaban físicamente en el hospital de día y los materiales (vídeos y cuestionarios) eran facilitados físicamente por el equipo investigador.

3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

3.5.1. Etapas del trabajo de campo

Las etapas del trabajo de campo fueron las siguientes:

1. Los participantes responden a unas preguntas sociodemográficas y de percepción de seguridad. (Ver: formularios de hematología en página 194, quimioterapia en página 210, padres y madres en página 229).
2. Los participantes visualizan una sola vez un vídeo en la que se refleja una historia lo más real posible. El vídeo es el denominado evaluativo ya que tiene erratas en la aplicación de las prácticas seguras.
3. Los participantes cumplimentan un cuestionario sobre identificación de prácticas seguras. (Ver cuestionarios de hematología en página 197, quimioterapia en página 214 y el de padres y madres en página 243).
4. Los participantes (pacientes y acompañantes) reciben formación mediante los recursos educativos preparados. En los materiales había explicación de cada una de las prácticas y su finalidad. Los participantes en esta etapa leían los folletos y podían ver en una tableta un vídeo con una historia que se desarrollaba en el mismo entorno en el que estaban recibiendo la asistencia y con los mismos dispositivos (vídeo formativo). Podían ver el vídeo tantas veces como quisieran y preguntar dudas al equipo que realizaba el trabajo de campo.
5. A continuación, pacientes y familiares veían una sola vez el vídeo evaluativo. Sólo se permitía su visualización en una ocasión ya que en la realidad los hechos ocurren en un lugar y un momento determinado y no hay posibilidad de volver a visualizarlo.

6. Tras la visualización del vídeo, los participantes cumplimentaban otro cuestionario en el que se hacían preguntas sobre las prácticas seguras que aparecían en el vídeo.
7. Posteriormente, los participantes cumplimentaban un cuestionario para recoger su opinión sobre si les gustaría ser en el futuro auditores de prácticas seguras. (Ver cuestionarios de hematología en página 207, quimioterapia en página 225 y el de padres y madres en página 249).
8. Por último, y en función del tiempo disponible de los participantes se realizaban una entrevista “debriefing” sobre todo el proceso.

Ver protocolo de trabajo de campo en página 260.

Los vídeos se visualizaban en una tableta electrónica que facilitaba el equipo investigador. El proceso completo duraba entre 60 y 90 minutos.

Estas mismas fases, como se ha comentado anteriormente, eran las que siguieron los padres y madres en el entorno web. La diferencia de los grupos presenciales y los que utilizaron el entorno web es que no podían interaccionar del mismo modo con el equipo investigador durante el proceso.

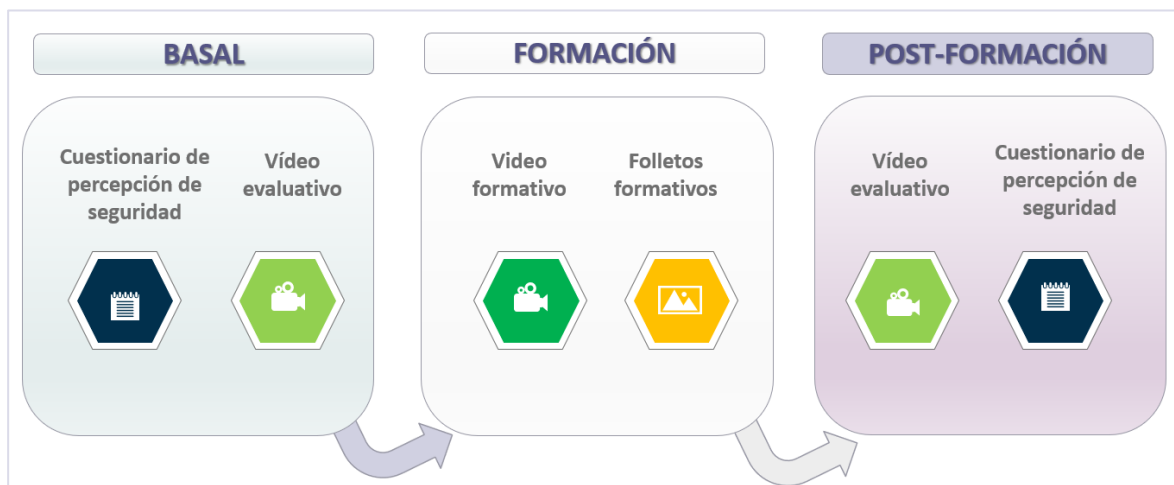


Ilustración 1 Resumen de las etapas del proceso de campo.

4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO





Uno de los objetivos del estudio era valorar si el método de formación diseñado era adecuado para para que los pacientes fueran capaces de evaluar prácticas seguras.

Para ver la utilidad del material formativo, se midió el nivel de acierto que tenían los participantes identificando las prácticas seguras antes y después de la formación.

Para dar respuesta al objetivo de conocer la validez de los pacientes como auditores de las prácticas seguras seleccionadas, se ha estudiado la fiabilidad de los pacientes y de los acompañantes en la identificación de no conformidades en la realización de prácticas de seguridad. La información del material formativo se ha considerado el patrón oro para evaluar si las respuestas eran correctas.

5. VARIABLES A ESTUDIO

Para este estudio se han creado una serie de variables. En base a ellas se han definido unos perfiles en función de la disposición de los participantes de colaborar con la organización en la evaluación de prácticas seguras y en su grado de competencias adquiridas tras la formación realizada. Una persona puede estar clasificada en más de una categoría.

Denominación	Definición
 Voluntario	Persona que muestra disposición a colaborar con la organización para evaluar de forma anónima las prácticas de seguridad propuestas.
 Evaluador	Persona que ha identificado de forma correcta al menos el 75% de las prácticas seguras tras el proceso de formación.
 Auditor	Persona que cumple con los requisitos de voluntario y de auditor. Es el nuevo rol de paciente aliado con la organización sanitaria para informar de la adherencia de los profesionales a las prácticas seguras. <div style="text-align: center;">  </div>



Denominación	Definición
 <p>Retador</p>	<p>Persona que ha expresado que en alguna ocasión ha interpelado o dicho a algún profesional que no ha realizado una práctica de seguridad.</p>
 <p>Posible retador</p>	<p>Persona que, tras la formación, expresa que en el caso de detectar que un profesional no realiza una práctica de seguridad, se lo indicaría, en al menos el 75% de las prácticas presentadas.</p>

Tabla 3 roles de pacientes y acompañantes en relación con la seguridad en la asistencia sanitaria

Todas ellas se consideraron variables dependientes. Las variables independientes fueron: sexo, edad, tipo de participantes, tipo de tratamiento, número de contactos con los profesionales sanitarios, número de ingresos, eventos adversos sufridos, nivel educativo y percepción general de la seguridad del hospital.

6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos se analizaron mediante la aplicación IBM SPSS Statistics 25© para Windows.

Las variables continuas se expresaron como media aritmética y desviación estándar. En ellas se analizó si las distribuciones se comportaban como una variable normal. En función de ello, los test utilizados fueron la prueba de t de Student o U de Mann-Whitney en el caso de pruebas no paramétricas. Para la comparación entre dos variables cuantitativas antes y dependientes (la misma muestra antes y después) se utilizó la t de Student para datos pareados y la prueba de Kruskal-Wallis como prueba no paramétrica.

Las variables categóricas se expresaron mediante porcentajes y las asociaciones a través de prueba de contingencia de χ^2 y test exacto de Fisher. En el caso de las comparaciones antes y después, mediante las pruebas de Wilcoxon, McNemar y McNemar-Bowker.

Para medir la influencia de las distintas variables en querer o poder ser auditor se empleó la regresión logística (backstep).

En todos los casos se consideró que existían diferencias significativas si los valores de p eran inferiores a 0,05.

7. ESTUDIO PILOTO PREVIO

El proyecto se pilotó con un grupo de 18 alumnas de primero del Grado de Enfermería de la UpNA que en el momento del estudio no habían realizado prácticas. Su contacto con el entorno hospitalario había sido solamente como paciente o como acompañante. Los resultados que se obtuvieron permitieron mejorar los formularios, comprobar que se entendía todos los materiales formativos incluyendo los vídeos, y realizar una estimación real del tiempo medio necesario para que una persona pudiera finalizar el proceso.

También se contó con la colaboración de un grupo de 29 personas del entorno del equipo de investigación, que colaboraron como asesores para identificar aspectos de mejora de los diversos materiales formativos y del proceso mismo de la investigación.

Los datos obtenidos de estos grupos no se han incorporado en los resultados del proyecto ya que tenían como fin validar los materiales y el procedimiento de trabajo.

8. SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

8.1. ESTUDIO DE INTERVENCIÓN CON PACIENTES Y ACOMPAÑANTES

El primer estudio de intervención se realizó en el periodo de mayo a octubre de 2018.

La población a estudio fueron pacientes que acudían a los Hospitales de Día de Oncología y Hematología para recibir tratamiento, y sus acompañantes.

8.1.1. Subgrupo de oncología

De forma previa al inicio del estudio, se contactó con el Servicio de Oncología Médica del centro para hacerle partícipe del proyecto de investigación. Tras su aprobación y manifestación de colaborar, se desarrollaron varias sesiones informativas con las enfermeras y enfermeros de los hospitales de día, en las cuales se les explicó detalladamente el estudio, se respondieron sus preguntas y clarificaron incertidumbres.

La colaboración de estos profesionales fue clave ya que apoyaron en la identificación de posibles candidatos a participar en el estudio. Los requisitos de los participantes fueron:

- Ser mayores de edad.
- No ser el primer tratamiento que recibían en el Hospital de Día.
- Estar en condiciones de participar: conscientes, orientados y sin medicación que pudiera causar una disminución de su estado de consciencia o de comunicación.
- Prever una duración de la estancia en el Hospital de Día superior a una hora.

Una vez que los profesionales le indicaban a la investigadora los posibles candidatos, ésta accedía a la habitación y tras presentarse solicitaba a los pacientes permiso poder explicarles el proyecto. Tras su aceptación les dejaba un documento de consentimiento informado con la información del estudio y en qué consistía su colaboración. Se les daba tiempo, a solas, para reflexionar sobre su participación. Si accedían, se les preguntaba sobre sus posibles dudas y se respondía a sus cuestiones. La participación siempre fue voluntaria y pudieron abandonar el estudio cuando así lo consideraron.

Los pacientes participaron mientras recibían el tratamiento.

8.1.2. Subgrupo de hematología

Como en el caso de oncología, se contactó con el Servicio de Hematología para informarles sobre el proyecto y solicitarles su valoración y si así lo consideraban su aprobación y participación.

Tras la conformidad para la realización del proyecto, una médica hematóloga del equipo de investigación contactó con los posibles pacientes mediante una llamada de teléfono, en la que les explicaba el proyecto y solicitaba su participación voluntaria. También se invitaba a participar a la persona que normalmente acompañaba al paciente durante la asistencia sanitaria.

En el caso de que la persona dudara de la participación se indicaba en la llamada que lo podía reflexionar y que se le llamaría en otra ocasión para confirmar tanto su participación como su deseo de no hacerlo.

La estructura física del Hospital de Día de Hematología es un espacio abierto, circular y abovedado, con una alta sonoridad. Por ello, para no incomodar a los pacientes que pudieran coincidir con los participantes mientras recibían la infusión de hemoderivados, se les convocó por las tardes, en las consultas de dicho Hospital de Día, de forma que el entorno físico era conocido y controlado para todos ellos.

El procedimiento de desarrollo del estudio era igual que en el caso de oncología, salvo que no estaban recibiendo la transfusión.

En este proceso participaron varios de los integrantes del grupo de investigación (5 personas), lo cual permitió convocar en una misma tarde a varios pacientes y sus acompañantes. Una vez finalizado el proceso, se les invitaba a que, si se sentían bien y disponían de tiempo, participaran en una entrevista colectiva semiestructurada en la que compartieran su vivencia de la experiencia en la que habían participado.

8.1.3. Prácticas de seguridad

A este grupo de pacientes y acompañantes se les presentaron las siguientes prácticas de seguridad:

- Identificación de pacientes.
- Higiene de manos.
- Tratamiento.
 - Oncología: administración de quimioterapia.
 - Hematología: infusión de un hemoderivado.
- Efectos secundarios del tratamiento.

8.2. ESTUDIO DE INTERVENCIÓN CON PADRES Y MADRES

Este estudio de intervención se llevó a cabo en el periodo de noviembre de 2019 a enero de 2020.

8.2.1. Población a estudio

La población a estudio fueron padres y madres de niños que habían recibido un tratamiento para la prevención de bronquiolitis entre los años 2015 a 2019.

Este tratamiento se prescribe a niños con patologías muy diversas. Para salvaguardar la confidencialidad el equipo investigador no era conocedor de las patologías que afectaban a los niños y niñas de la muestra.

Como la administración del tratamiento para la prevención de bronquiolitis dura unos minutos, no era posible utilizar la misma metodología para realizar el trabajo de campo que la empleada para los pacientes oncológicos y hematológicos. Se quiso ser lo menos disruptivo con las rutinas habituales de padres y madres. Por ello, y dado que los padres y madres no son receptores de los tratamientos sino observadores de lo que acontece, y que la edad de estos les sitúa más en ser usuarios habituales de tecnologías informáticas, se utilizó un portal web para realizar el trabajo de campo.

Para poder reclutar a los padres y madres se enviaron 660 cartas por correo convencional a nombre de los niños. Para aumentar la tasa de posibles participantes se envió junto con la carta una funda para tarjeta de crédito con bloqueo de señales RFID (ver en página 278). Se volvió a enviar un recordatorio 15 días después.

En la carta, tras presentarse la investigadora principal, y exponer que contaba con el apoyo del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Navarra, se explicaba la posibilidad de participar de forma voluntaria y anónima en el proyecto. Ver página 277.

El proceso de participación y el contenido de la página web se muestran en la página 229.

8.2.2. Prácticas de seguridad

En este grupo las prácticas presentadas a los participantes fueron:

- Identificación de pacientes.
- Higiene de manos.
- Verificación de medicamentos.
- Pesaje del niño/a para cálculo de dosis.
- Información de efectos secundarios de los tratamientos.

9. RESULTADOS

A continuación, se van a presentar los resultados de la intervención en los dos grupos estudiados. Primero se presentarán los resultados obtenidos de pacientes y acompañantes en los que hubo una interacción presencial entre el equipo investigador y los participantes. A continuación, se mostrarán los resultados del estudio realizado a través de medios telemáticos con padres y madres de niños crónicos.

9.1. RESULTADOS DEL ESTUDIO DE INTERVENCIÓN: PACIENTES ONCOLÓGICOS Y HEMATOLÓGICOS Y SUS ACOMPAÑANTES

9.1.1. Características de los participantes

La muestra la constituyeron 136 personas: 90 pacientes en tratamiento oncológico o hematológico y 46 acompañantes. La tasa de respuesta fue del 63%.

Descripción de las características de los participantes

La descripción de las características de los participantes, desglosadas entre pacientes y acompañantes, se reflejan en la Tabla 4. Éstas incluyeron: la edad, sexo, nivel educativo, número de contactos para recibir atenciones sanitarias en el último año, tipo de participantes, si los participantes eran profesionales sanitarios, si habían sufrido eventos adversos y su percepción sobre la seguridad del hospital.

La proporción de pacientes participantes (66,0%) fue mucho mayor que la de acompañantes porque a menudo los pacientes acuden solos al hospital de día.

Casi la mitad de los participantes tenían un nivel educativo básico. La proporción de hombres y mujeres fue muy similar. Tal y como se esperaba, la mayor parte de los participantes no eran profesionales sanitarios. El número de contactos con el hospital (media de 10 visitas y 1 ingreso) indicaba que los participantes tenían suficiente experiencia visitando al hospital.

Participaron más mujeres y la media de edad fue inferior en el grupo de acompañantes, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

		Paciente		Acompañante		p	Global	
		n	%	n	%		n	%
Sexo	Hombre	50	55,6	14	30,4	0,007	64	47,0
	Mujer	40	44,4	32	69,6		72	52,9
Sanitario	Sí	9	10,0	5	10,9	0,068	14	10,2
	No	64	71,1	39	84,8		103	81,7
	Sin información	17	18,9	2	4,3		19	13,3
Estudios	Básicos	43	47,8	22	47,9	0,091	65	47,8
	Medios	25	27,8	7	15,2		32	23,6
	Superiores	19	21,1	17	36,9		36	26,5
	Sin información	3	3,3	0	0,00		3	2,2

Validación del paciente como auditor de prácticas seguras.
Factores facilitadores desde una triple perspectiva: pacientes, profesionales y gestores

		Paciente		Acompañante		p	Global	
		n	%	n	%		n	%
Edad		Rango [20 - 87] Media: 59,8 DE: 12,7		Rango [20-79] Media: 52,5 DE: 14,5		0,003	Rango [20 -87] Media: 57,3 DE: 13,8	
Nº asistencias en los últimos 12 meses		Rango [1-50] Media: 10,2 DE: 9,0		Rango: [1 -50] Media: 9,0 DE: 9,1		0,460	Rango [1-50] Media: 9,8 DE: 9,1	
Nº ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses		Rango [1-9] Media: 1,1 DE: 1,4		Rango [0-3] Media: 0,6 DE: 0,9		0,054	Rango [1-9] Media: 1,0 DE: 1,3	

Tabla 4: características sociodemográficas de los participantes del grupo A

Cuando se comparan los grupos de pacientes y acompañantes se puede observar que participaron más mujeres y la media de edad fue inferior en el grupo de acompañantes que en el de pacientes, siendo la diferencia estadísticamente significativa.

La experiencia de haber tenido eventos adversos previos, así como la percepción de los participantes sobre la seguridad del hospital se refleja en la Tabla 5 *Características* de los participantes, relacionadas con la seguridad en la asistencia. (Ver Tabla 5)

Se puede observar cómo el 22,1% de los participantes manifestaron haber sufrido eventos adversos durante su atención sanitaria. No obstante, la percepción de los participantes sobre la organización sanitaria fue muy positiva ya que prácticamente la mitad la clasificó como totalmente segura y la otra mitad como bastante segura.

		Paciente		Acompañante		Global	
		n	%	n	%	n	%
Experiencia de Eventos adversos	No	72	80,0	34	73,9	106	77,9
	Sí	18	20,0	12	26,1	30	22,1
Percepción general de seguridad del hospital	Bastante insegura	0	0	2	4,4	2	1,5
	Seguridad media	1	1,1	1	2,2	2	1,5
	Bastante segura	43	48,3	21	46,7	64	47,1
	Totalmente segura	45	50,6	21	46,7	66	48,5

Tabla 5 Características de los participantes, relacionadas con la seguridad en la asistencia

En cuanto al tipo de evento adverso que han relatado los pacientes, el mayor número hace relación a la medicación/transfusiones (34,8% del total) seguido de los procedimientos técnicos (32,6%), diagnóstico (19,6%) y cuidados (13%). Ver Gráfico 1.

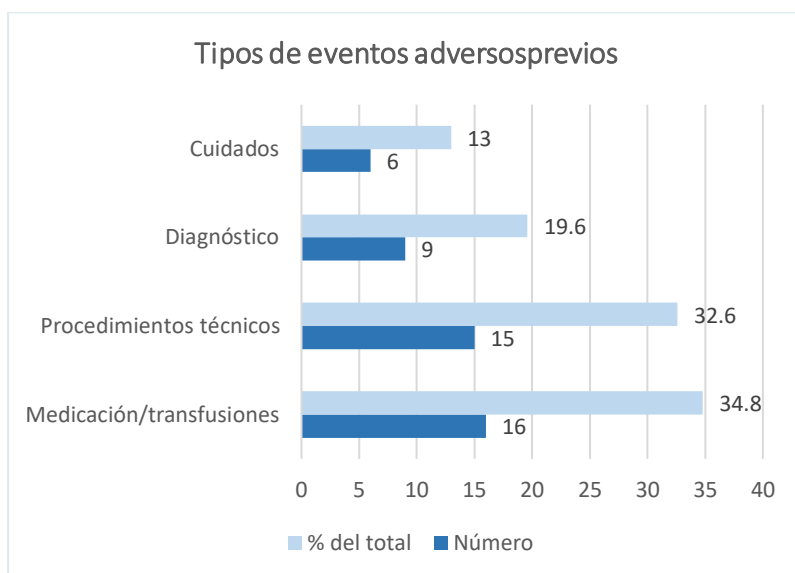


Gráfico 1 Tipos de eventos adversos relatados por los pacientes

9.1.2. Distintos roles y las variables asociadas con los mismos



9.1.2.1. Rol de voluntario

El rol de voluntario muestra la disposición de los participantes respecto a colaborar con la organización para evaluar prácticas de seguridad.

Se ha considerado que cumplían este rol o perfil, los participantes que indicaron que colaborarían realizando esta función en el 75% de las prácticas de seguridad.

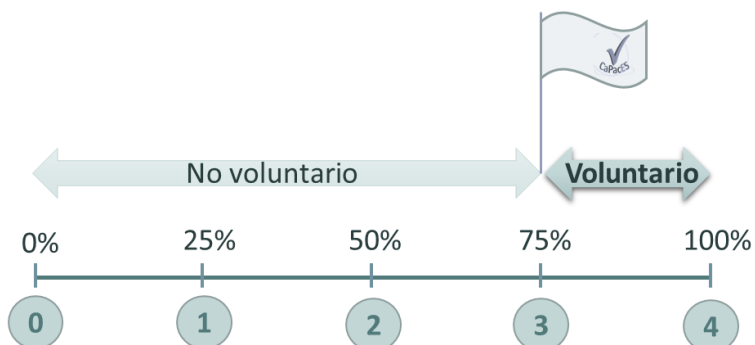


Ilustración 2 Perfil de voluntario.

El 80,6% de los participantes expresaron la voluntad de participar de forma voluntaria para evaluar 3 o más prácticas seguras, de forma similar en el grupo de pacientes y de acompañantes. (Ver Gráfico 2).

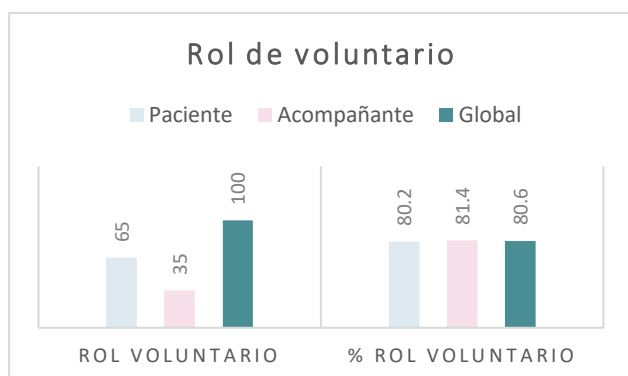


Gráfico 2 Rol de voluntario. Global, paciente y acompañante

La voluntad de participación fue bastante grande, aunque hubo variaciones en función de la práctica segura (ver Gráfico 3). La práctica segura que los participantes consideraron que participarían en menor grado fue la relacionada con la higiene de manos, para la que el 72,1% de los pacientes y acompañantes consideró que estaría dispuesto a evaluarla, y la que participarían en mayor grado fue la comprobación de tratamiento (80,1%).

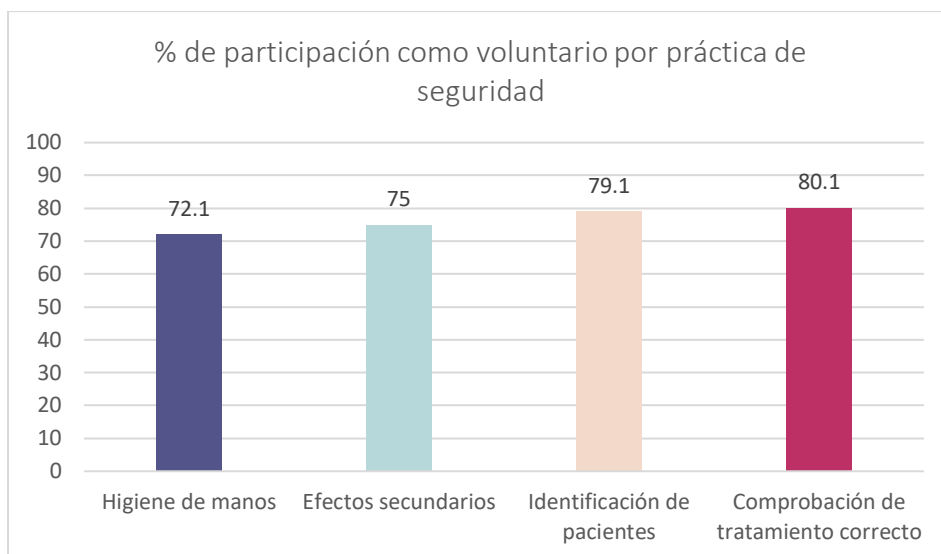


Gráfico 3 Porcentaje de voluntarios por práctica de seguridad.

Cuando separamos el porcentaje de participantes que evaluarían prácticas seguras entre pacientes y acompañantes observamos cifras similares entre ambos grupos. En general, los acompañantes estaban menos dispuestos que los pacientes a evaluar la adherencia de la higiene de manos, pero más dispuestos que éstos a evaluar el resto de las prácticas seguras (Ver Tabla 6).

Práctica de seguridad	Grupo participante	% Paciente	% Acompañante	% GLOBAL
Higiene de manos		73,3	69,6	72,1
Efectos secundarios de tratamientos (quimioterapia /transfusión)		72,2	80,4	75,0
Identificación de pacientes		78,9	80,4	79,1
Comprobación del tratamiento correcto		78,9	82,6	80,1

Tabla 6 % de voluntarios para cada práctica de seguridad, agrupados por tipo de participación

Perfil de voluntario

Inicialmente, se realizó un análisis bivariado para conocer si había diferencias en las variables analizadas entre los pacientes que muestran el perfil de “voluntario” y aquellos que no lo tenían. Únicamente el número de asistencias sanitarias en los últimos 12 meses mostró diferencias significativas entre ambos grupos como se observa en la Tabla 7.

Variables	Categorías	Perfil VOLUNTARIO Auditarían >3 prácticas	No perfil VOLUNTARIO Auditarían <3 prácticas	P valor
Edad; media (DE)		57,1 (14,1)	57,8 (12,8)	0,799
Sexo n (%)	Mujer	52 (72,2)	20 (27,8)	0,101
	Hombre	54 (84,4)	10 (15,6)	
Nivel educativo: n (%)	Nivel básico	51 (78,5)	14 (21,5)	0,821
	Nivel medio	26 (81,2)	6 (18,8)	
	Nivel alto	27 (75,0)	9 (21,8)	
Tipo de participación: n (%)	Acompañante	36 (78,3)	10 (21,7)	0,949
	Paciente	70 (77,8)	20 (22,2)	
Tipo de tratamiento: n (%)	Quimioterapia	80 (79,2)	21 (20,8)	0,367
	Transfusión	26 (74,3)	9 (25,7)	
Profesional sanitario: n (%)	Sí	10 (71,4)	4 (28,6)	0,509
	No	81 (78,6)	22 (21,4)	
N.º de asistencias sanitarias: media (DE)		10,5 (9,6)	73 (5,9)	0,030
N.º de ingresos hospitalarios: media (DE)		1,03 (1,37)	0,9 (0,76)	0,217
Eventos adversos: n (%)	Sí	21 (70)	9 (30)	0,318
	No	85 (80,1)	21 (19,8)	
Percepción de seguridad del Centro: n (%)	Totalmente seguro	51 (85)	9 (15)	0,075
	Resto de valoraciones	55 (73,3)	20 (26,7)	

Tabla 7 Características de participantes asociadas con la voluntariedad. Análisis bivariante

Posteriormente, se realizó el análisis de regresión logística en el que sólo se incluyó la variable predictora “Número de asistencias hospitalarias” obteniendo un valor de Odds Ratio de 2,120 [IC 95%: 1,467 – 3,065]. Es decir; los participantes que tuvieron más asistencias sanitarias en los últimos 12 meses mostraron un mayor interés en participar, de forma voluntaria como auditores de prácticas de seguridad.



9.1.2.2. Rol de evaluador

Se considera que un participante cumple con las premisas del rol de evaluador, cuando es capaz de identificar correctamente al menos el 75% de las prácticas de seguridad presentadas en el vídeo de evaluación.

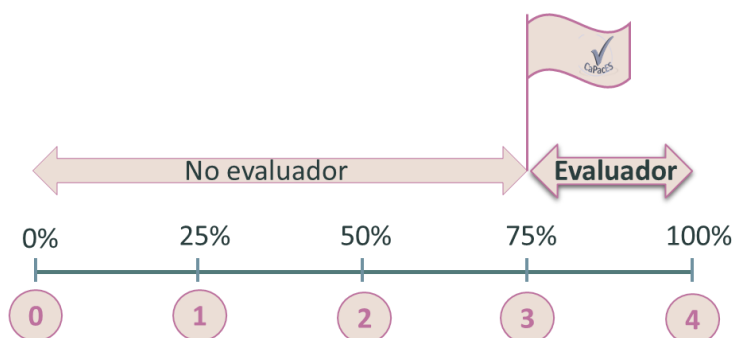


Ilustración 3 Rol de evaluador.

Como se indicaba en el apartado de material, se emplearon vídeos ad hoc, para el grupo de oncología y de hematología, en los que se presentaban las cuatro prácticas antes definidas. El vídeo presentado a los pacientes de oncología, mostraba el proceso de atención en consulta y de administración de quimioterapia en el hospital de día. Por su parte, el de hematología, relataba el proceso de administración de hemoderivados, desde la atención en la consulta, extracción de muestra para el laboratorio de hemoterapia y la administración de la transfusión en el hospital de día de hematología.

Se comparó si el porcentaje de participantes con características de evaluador mejoró tras la formación. El porcentaje de personas con perfil de evaluador se incrementó de 30,4% antes de la formación a 46,3% tras la misma (McNemar $p=0,000$). En la situación basal tanto los pacientes como los acompañantes tenían habilidades similares para identificar prácticas seguras (30,0% pacientes vs. 30,4% de los acompañantes). Tras la formación los acompañantes mejoraron más que los pacientes (58,7% vs 40,0%; p bilateral en test exacto de Fisher=0,046). Ver Gráfico 4.

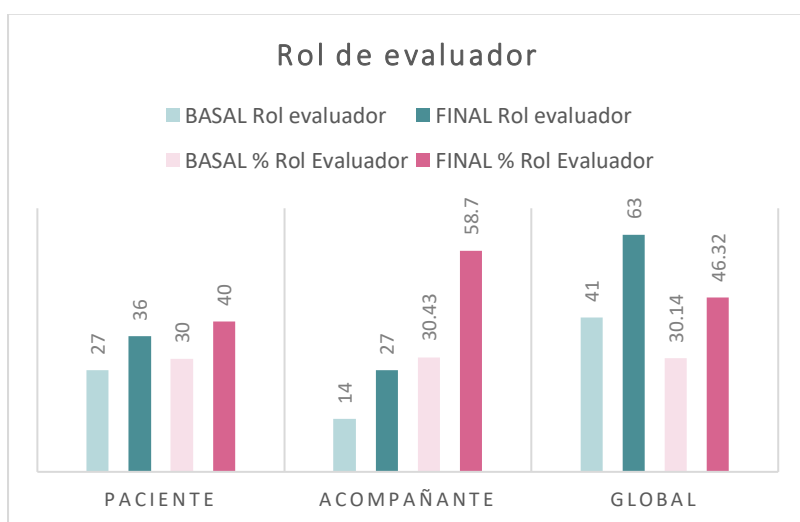


Gráfico 4 Rol de EVALUADOR. Global, paciente y acompañante

Perfil de los buenos evaluadores

Se analizaron las características que podían influir en que el participante tuviera perfil de evaluador. La edad, nivel educativo, tipo de participación, tipo de tratamiento (quimioterapia vs transfusión) y eventos adversos previos al estudio, mostraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis bivariante tal y como se muestra en la Tabla 8.

VARIABLES	Categorías	EVALUADOR	No EVALUADOR	P valor
n		63	73	
Edad; media (DE)		54,4 (12,5)	62,5 (12,7)	0,000
Sexo n (%)	Mujer	33 (46,5)	39 (53,5)	0,903
	Hombre	30 (47,6)	34 (52,4)	
Nivel educativo: n (%)	Nivel básico	20 (31,7)	45 (68,2)	0,000
	Nivel medio	14 (43,8)	18 (56,3)	
	Nivel alto	28 (77,8)	8 (22,2)	
Tipo de participación: n (%)	Acompañante	27 (60,0)	19 (40,0)	0,046
	Paciente	36 (40,4)	54 (59,6)	
Tipo de tratamiento: n (%)	Quimioterapia	52 (52,5)	49 (47,5)	0,05
	Transfusión	11 (31,4)	24 (68,6)	
Profesional sanitario: n (%)	Sí	8 (57,1)	6(42,9)	0,783
	No	54 (53,5)	49 (46,5)	
N.º de asistencias sanitarias: media (rango)		6 (15-3)	7 (12-3)	0,649
N.º de ingresos hospitalarios: media (rango)		1 (2-0)	0 (1-0)	0,108
Eventos adversos: n (%)	Sí	41 (38,7)	65 (61-3)	0,001
	No	22 (73,3)	8 (26,7)	
Percepción de seguridad del Centro: n (%)	Totalmente seguro	19 (31,7)	41 (68,3)	0,002
	Resto de valoraciones	43 (57,3)	2 (42,7)	

Tabla 8 Características de los participantes según el perfil evaluador. Análisis bivariante

Para predecir qué variables, y en qué grado, contribuían en el perfil de un buen evaluador, se desarrolló un modelo de regresión logística. Las variables edad, eventos adversos, y nivel educativo tuvieron coeficientes estadísticamente significativos (Ver Tabla 9). Las características que mejor predijeron ese perfil fueron la menor edad, un nivel de educación alto y el haber padecido un evento adverso previo.

VARIABLES	CATEGORÍAS	P VALOR	BETA	P VALOR	ODDS RATIO	IC
Edad; media (DE)		0,000	-0,061	0,001	0,908	0,908 - 0,974
Nivel educativo:	Nivel básico	0,000		0,006	1 (referente)	
	Nivel medio		0,652	0,208	1,920	0,696 – 5,301
	Nivel alto		1,738	0,001	5,684	1,947 – 16,591
Eventos adversos	Sí	0,001	0		1 (referente)	
	No		1,658	0,002	5,250	1,861 – 14,806
Percepción seguridad del Centro	Totalmente seguro	0,002				
	Resto de valoraciones					
			2,388	0,027	10,894	Constante
R ² Nagelkerke=0,4111						
χ^2 Hosmer and Lemeshow = 3,530						
Sig = 0,897						

Tabla 9 Análisis de regresión logística de variables predictoras para ser evaluador

Se dibujó la curva ROC para cuantificar el efecto de las variables dependientes en la variable predictora, que en este caso hacía referencia a que el participante tenía cualidades para ser un buen evaluador. La gráfica tiene en el eje de abscisas los valores de 1 menos especificidad y la sensibilidad en el eje de ordenadas. A mayor valor de área bajo la curva, mayor capacidad discriminadora de las variables siendo su valor máximo el 1. El valor 0,838 obtenido, indica que las variables incluidas ejercen una buena capacidad discriminadora. (Ver Gráfico 5)

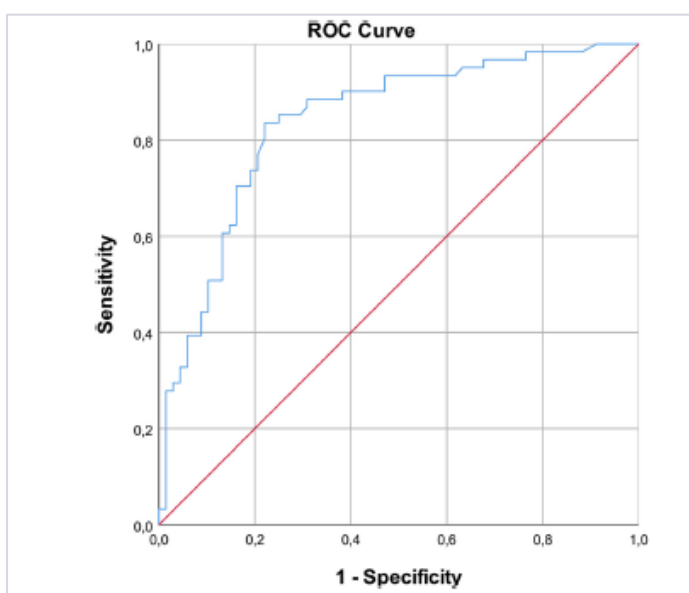


Gráfico 5 Curva ROC de variables predictoras para la voluntariedad de ser auditor

Autopercepción sobre la capacidad de reconocer prácticas seguras

Tras la formación, se les preguntó sobre su consideración de ser capaces de reconocer si se realizaban las prácticas de seguridad.

El porcentaje de participantes que se sintió capaz para identificar prácticas seguras fue bastante alto, oscilando de 82,8% para la higiene de manos al 98,5% para la comprobación del tratamiento (Ver Gráfico 6).

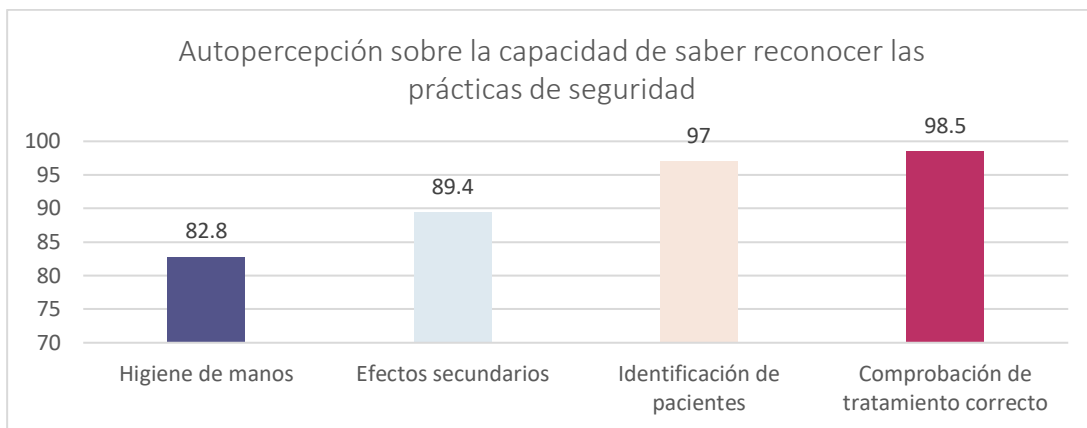


Gráfico 6 Autopercepción sobre la capacidad de saber reconocer las prácticas de seguridad



9.1.2.3. Rol de auditor

Se consideró auditor a los participantes identificados como voluntarios y que además cumplían con los requisitos de evaluador. Es decir, querían auditar prácticas seguras y además sabían hacerlo adecuadamente.

Este es el núcleo central de este proyecto: la participación de pacientes y / o acompañantes, como aliados con la organización sanitaria, para auditar de forma anónima la adherencia de los profesionales a una serie de prácticas de seguridad.



Ilustración 4 Rol de Auditor

El 28,4% de los 90 pacientes y el 44,2% de los 46 acompañantes, cumplieron las condiciones de ser voluntario y buen evaluador. En conjunto, el 30,88% de los 136 participantes presentaron de forma concurrente ambas características (Ver Gráfico 7).

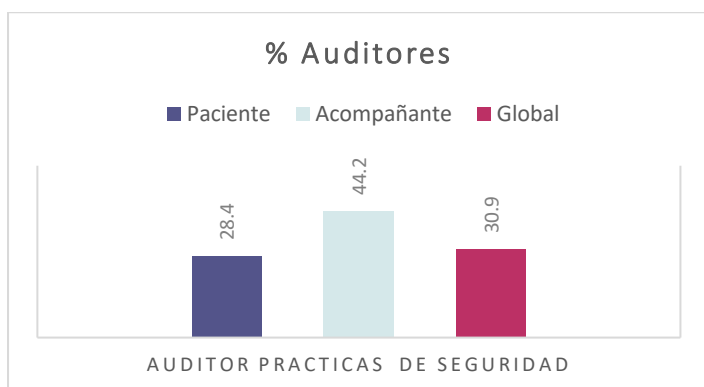


Gráfico 7 % de participantes que cumplen las premisas de Auditor.

El porcentaje de acompañantes con habilidades para ser auditores fue mayor que el de pacientes, aunque no alcanzó la significación estadística (prueba exacta de Fisher=0,059).



9.1.2.4. Rol retador

Se ha considerado que un participante ha actuado como retador, cuando refiere que interpeló en alguna ocasión a un profesional si este no realizó una práctica de seguridad.

Observación de no conformidad en relación con la seguridad de pacientes

Para poder interpelar, en primer lugar, se tiene que producir la situación en la que se observan no conformidades en seguridad de pacientes. El porcentaje de los participantes que han identificado no conformidades osciló entre el 26,5% para comprobación de tratamiento/transfusión al 32,5% en relación con la higiene de manos (Ver Gráfico 8).

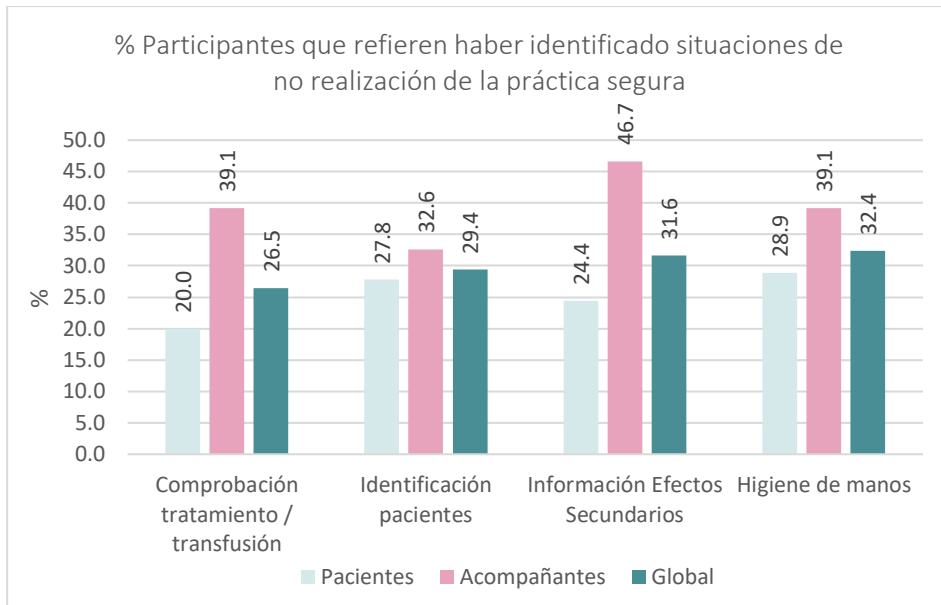


Gráfico 8 Situaciones en la que el profesional no realizó una práctica segura.

Se compararon los resultados de los pacientes y de los acompañantes en relación con la identificación de situaciones en las que profesionales no se adhirieron a las prácticas seguras. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las prácticas relacionados con identificación de pacientes y con higiene de manos entre los dos grupos. Sin embargo, sí se detectaron diferencias en la comprobación de tratamiento/transfusión y en la información de los efectos secundarios (Ver Tabla 10).

$\alpha=0,05$	Prueba de independencia χ^2 de Pearson Estadístico exacto de Fisher
Situación de retar / No situación de retar, en las siguientes prácticas	Paciente Vs Acompañante
Identificación de pacientes	0,347
Higiene de manos	0,155
Comprobación de tratamiento / transfusión	0,015
Información de efectos secundarios	0,011

Tabla 10 Pruebas de χ^2 de Pearson. Situaciones identificadas por pacientes y acompañantes en las que el profesional no realizó la práctica segura.

Se analizó el número de prácticas seguras en las que los participantes detectaron problemas de adherencia a lo largo de su experiencia de atención sanitaria. El 34% de los mismos indicó que no se había realizado una de las prácticas seguras contempladas en el presente estudio; el 19% que no se habían realizado 2; el 21% que no se habían realizado 3, y el 26% de los participantes indicó que había

visto fallos de omisión en la realización en las 4 prácticas estudiadas (Ver Gráfico 9). La observación no necesariamente se producía de forma concurrente en el mismo proceso asistencial.



Gráfico 9 Porcentaje de pacientes que han identificado que no se han aplicado las prácticas de seguridad

Interpelación a profesionales

A los participantes se les preguntó si en el pasado habían interpelado a algún profesional por no haber realizado prácticas seguras.

El porcentaje osciló en función de la práctica segura estudiada desde el 4,5% para la higiene de manos al 20% para la identificación de pacientes. Ver Gráfico 10.

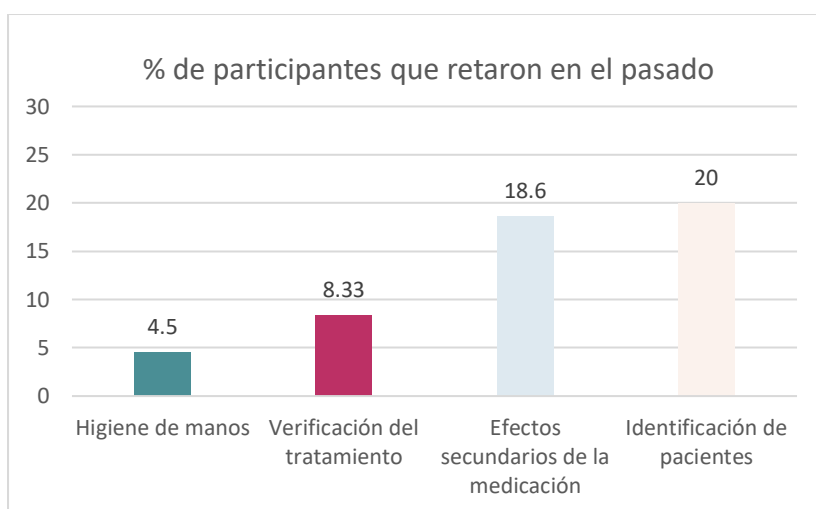


Gráfico 10 % de participantes que interpelearon a un profesional si no realizó la práctica de seguridad planteada



9.1.2.5. Rol de posible retador

Con el fin de conocer la posible reacción ante situaciones en las que los profesionales no realizan las prácticas de seguridad, se les plantearon, tanto en la situación basal como tras la intervención, las siguientes cuestiones

Si observa que un profesional no le identifica con su nombre y apellido: ¿se lo indicaría?

Si observa que un profesional no realiza la higiene de manos ¿se lo diría?

Si observa que un profesional no comprueba el tratamiento o la transfusión antes de la administración, ¿se lo diría?

Si un profesional no le informa de los efectos secundarios del tratamiento o de la transfusión ¿se lo diría?

Se considera una actitud retadora o de interpelación si la respuesta es afirmativa.

El análisis de los cuestionarios nos indicó que la actitud retadora presentó diferencias en función del tipo de práctica segura (Ver Gráfico 11). La higiene de manos fue la medida de seguridad que menos comentarían. Por el contrario, los participantes indicaron que la que más expresarían es la relacionada con la comprobación del tratamiento/transfusión antes de su administración.

¿Qué impacto tuvo la formación para favorecer que los participantes adopten una actitud retadora?

Tras la formación estarían dispuestos a adoptar una actitud retadora el 50,7% de los participantes para la higiene de manos, el 72,8% para la identificación de pacientes, el 75,7% para la información de efectos secundarios y el 86,0% para la comprobación de tratamiento y transfusión. Gráfico 11.

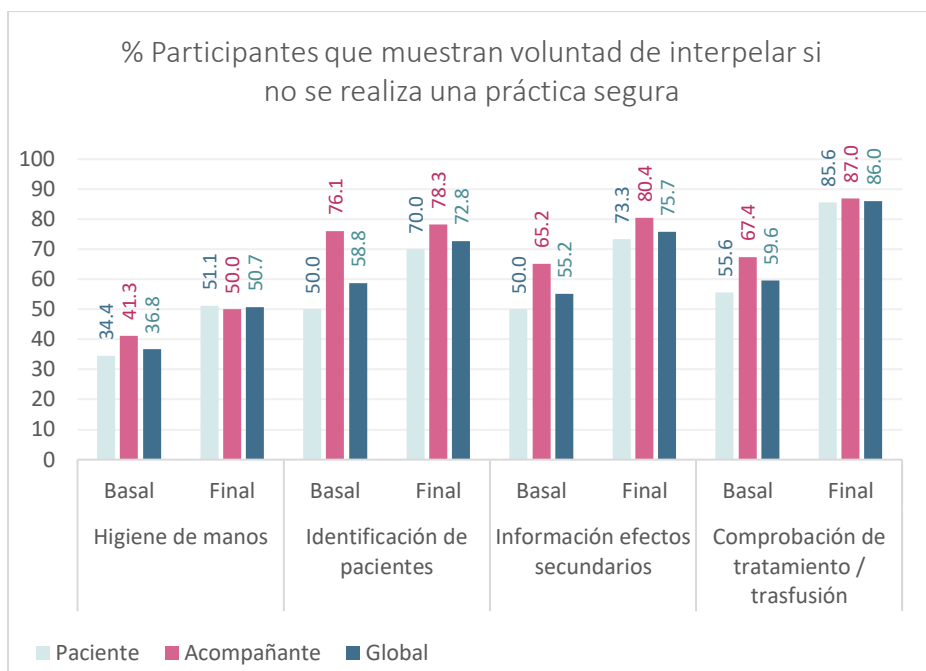


Gráfico 11 % de pacientes y de acompañantes que indican que retarían al profesional si no realiza la práctica de seguridad. Basal = pre-intervención Final= tras la intervención educativa.

Los participantes en su conjunto manifestaron que estarían más dispuestos a retar tras la formación proporcionada, siendo en todos los casos las diferencias estadísticamente significativas (Ver Tabla 11).

$\alpha=0,05$	Prueba McNemar Sig. Exacta (bilateral)	Incremento del %
Práctica de seguridad	Pre-intervención / post-intervención	
Identificación de pacientes	0,009 ^a	14,27
Higiene de manos	0,003 ^a	13,98
Comprobación de tratamiento / transfusión	0,000 ^a	26,47
Información de efectos secundarios	0,000 ^a	20,59

^a Utilizada la distribución binomial

Tabla 11 : Resultados de la prueba de McNemar pre y tras la intervención educativa. En todos los participantes y para cada práctica de seguridad.

¿Los pacientes tienen mayor actitud retadora que los acompañantes? ¿Cambia en cada colectivo su actitud tras la formación?

Se estratificó a los participantes en pacientes y acompañantes para comprobar si había diferente predisposición a interpelar en estos dos grupos de participantes.

Las preguntas fueron las siguientes:

- ¿Los pacientes tenían distinta predisposición que los acompañantes a retar antes de la formación?
- ¿Los pacientes tenían distinta predisposición que los acompañantes a retar después de la formación?
- ¿Los pacientes cambiaron la predisposición a retar tras la formación?
- ¿Los acompañantes cambiaron la predisposición a retar tras la formación?

No se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en la comparación de ambos colectivos antes y después a excepción de la comprobación de transfusión/quimioterapia. En este último caso, tanto los pacientes como los acompañantes cambiaron su predisposición a retar tras la formación (Ver Tabla 12)

Actitud retadora	p	Pacientes vs acompañantes*		Antes vs después	
		Antes	Después	Paciente	Acompañante
	Si observa que un profesional no le identifica con su nombre y apellido ¿se lo indicaría?	0,573	0,570	0,709	0,720
	Si observa que un profesional no realiza la higiene de manos ¿se lo diría?	0,871	0,052	0,485	0,522
	Si observa que un profesional no comprueba el tratamiento o la transfusión antes de la administración ¿se lo diría?	0,408	0,083	0,002	0,049
	Si un profesional no le informa de los efectos secundarios del tratamiento o de la transfusión ¿se lo diría?	0,855	0,132	0,260	0,431
	Perfil de "Posible Retador" Responde afirmativamente a entre el 75% y el 100% de las prácticas presentadas	0,792	0,846	0,011	0,070
*Mann-Whitney U test, Fisher exact test, and Pearson χ^2 test. †Wilcoxon and McNemar tests.					

Tabla 12 Comportamiento de interpelación previa a formación y tras formación

Se preguntó a los participantes si la posible repercusión en su salud, como consecuencia de no haberse realizado las prácticas seguras, podía ser un factor que animara a desempeñar una actitud retadora. El 88,5% de los pacientes y el 89,1% de los acompañantes estuvieron de acuerdo en la importancia del

impacto en la salud que podía tener la no adherencia a las prácticas seguras a la hora de desempeñar esta actitud desafiante.

¿Hay diferentes niveles dentro de los posibles retadores?

En función del número de prácticas en las que los participantes indicaron que interpelarían a los profesionales, se han establecido 4 niveles de retadores: bajo, medio, alto y muy alto (Ver Ilustración 5).

Se ha definido el perfil de “posible retador” para aquellos participantes que expresaban que interpelarían al profesional, en al menos el 75% de las prácticas presentadas.

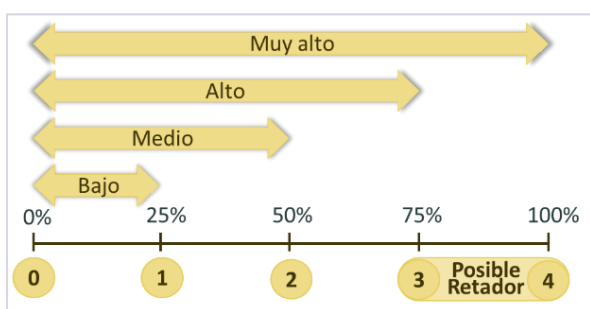


Ilustración 5 Niveles del perfil de retador, según el número de prácticas en las que interpelarían al profesional

El Gráfico 12 muestra cómo tras la intervención formativa, el porcentaje de participantes que tendrían el perfil de posible retador alcanza el 45,2% (46,1% en el grupo de pacientes y 43,5% en el de acompañantes). La intervención formativa incrementó en un 16,3% el perfil de posible retador ($p=0,002$ McNemar).

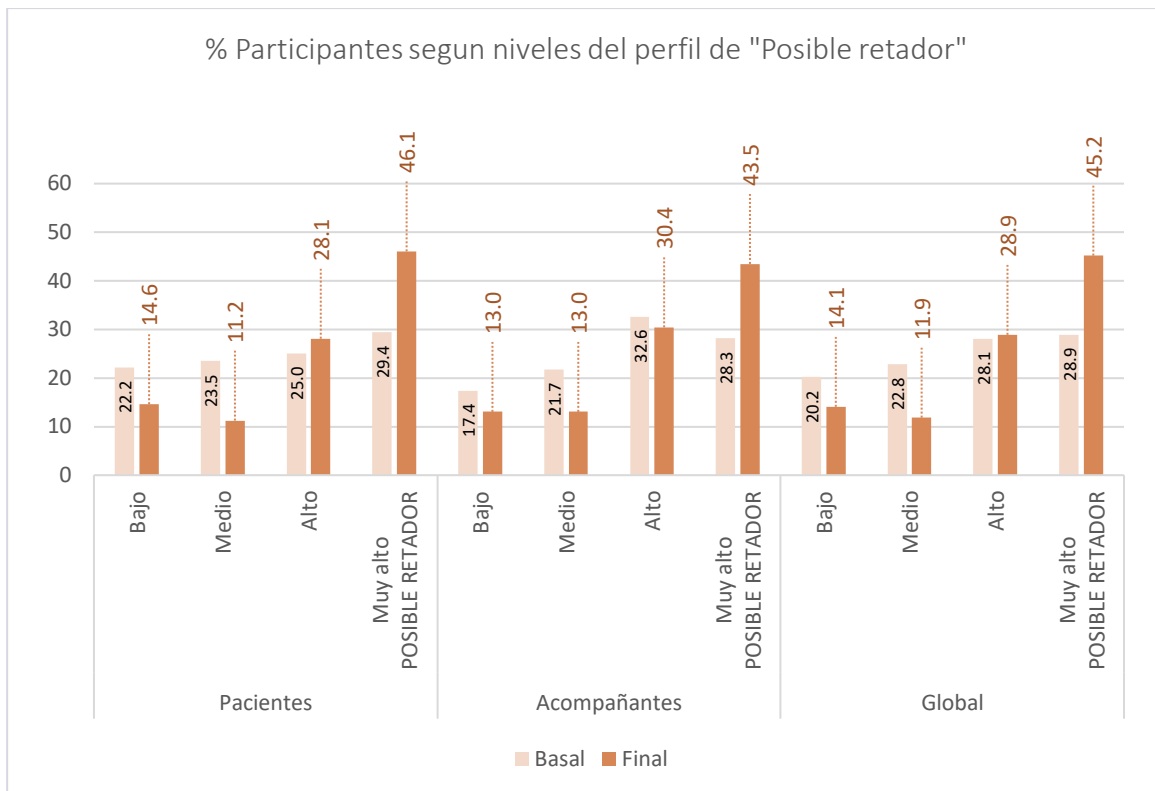


Gráfico 12 % de participantes según niveles de posible retador. Por grupo y global

Características de las personas con perfil de posible retador

Las características de los participantes con el perfil de posible retador tras la intervención educativa se describen en la Tabla 13. Se puede observar que el posible retador no difiere del que no lo es en ninguna de las variables medidas a excepción del número de eventos adversos vividos. Los participantes que consideraron que podrían cumplir con este perfil retador habían tenido mayor número de eventos adversos que a quienes no les gustaría desempeñar este rol ($p=0,004$).

Variables	Categorías	Perfil POSIBLE RETADOR Interpelarían >3 prácticas	No perfil Retador Interpelarían <3 prácticas	P valor
Edad; media (DE)		56,6 (13,5)	58,9(14,3)	0,363
Sexo n (%)	Mujer	49 (31%)	22 (69%)	0,368
	Hombre	39 (39,1)	25 (60,1)	
Nivel educativo: n (%)	Nivel básico	41 (64,1)	23(35,9)	0,339
	Nivel medio	19 (59,4)	13(40,6)	
	Nivel alto	25 (69,4)	11(30,6)	

Variables	Categorías	Perfil POSIBLE RETADOR Interpelarían >3 prácticas	No perfil Retador Interpelarían <3 prácticas	P valor
	Sin respuesta	3 (100)	0 (0)	
Tipo de participación: n (%)	Acompañante	29(63,0)	17 (37)	0,493
	Paciente	59(66,3)	30 (33,7)	
Tipo de tratamiento: n (%)	Quimioterapia	69 (69,0)	31 (31)	0,087
	Transfusión	19 (54,3)	16 (45,7)	
Profesional sanitario: n (%)	Sí	11 (78,6)	3 (21,4)	0,482
	No	64 (62,7)	36 (37,3)	
N.º de asistencias sanitarias: media (DE)		9,5 (9,5)	10,5 (8,1)	0,551
N.º de ingresos hospitalarios: media (DE)		1,07 (1,4)	0,79 (1,0)	
Eventos adversos: n (%)	Sí	24 (80%)	6 (20%)	0,04
	No	64 (61%)	41(39%)	
Percepción de seguridad del Centro: n (%)	Totalmente seguro	41(68,3)	19 (31,7)	0,746
	Resto de valoraciones	47 (62,7)	28 (37,3)	

Tabla 13 Características asociadas con el perfil de posible retador. Análisis bivariante

¿Hay características de los profesionales que pueden influir en que los participantes se sientan más cómodos a la hora de retarles?

Se preguntó de forma específica si el sexo del profesional o la categoría profesional podrían tener influencia a la hora de que los pacientes y acompañantes se sintieran más cómodos en su perfil retador.

Ni la categoría profesional (el 76% indicó que no le influía) ni el sexo (90% de las respuestas) tuvieron influencia en los participantes a la hora de retar a los profesionales sobre su no adherencia a prácticas seguras. No hubo diferencias de opinión entre los pacientes y los acompañantes (test estadístico $X^2= 0,646$ y $0,292$ respectivamente).

9.2. RESULTADOS DEL ESTUDIO DE INTERVENCIÓN: PADRES Y MADRES

Este segundo estudio de intervención se llevó a cabo en el periodo de noviembre de 2019 a enero de 2020.

9.2.1. Características de los participantes

Participaron completando las distintas fases de proyecto 64 personas (tasa de respuesta de 9,9%).

La descripción de las características de los participantes se refleja en la Tabla 14.

Casi el 80% de los participantes fueron madres, el 93,7% no eran profesionales sanitarios, el 96,8% tenía estudios medios o superiores y la edad media fue de 39 años. El número medio de asistencias en los últimos 12 meses fue de 10,4 y de 1,7 el de ingresos hospitalarios.

		Padres - Madres	
		n	%
Sexo	Hombre	13	20,3
	Mujer	51	79,7
Sanitario	Sí	4	6,2
	No	60	93,7
Estudios	Básicos	2	3,1
	Medios	15	23,4
	Superiores	47	73,4
Edad		Rango [27 - 46] Media: 38,8 DE: 3,95	
Nº asistencias en los últimos 12 meses		Rango [1-70] Media: 10,4 DE: 10,19	
Nº de ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses		Rango [0-30] Media: 1,7 DE: 4,9	

Tabla 14 Características sociodemográficas de los padres y madres.

El 25% de los participantes comentaron haber tenido experiencia con eventos adversos (ver Tabla 15).

El 4,7% de los participantes consideraron que la organización era totalmente segura.

		PARTICIPANTES	
		n	%
Experiencia de Eventos adversos	No	48	75,0
	Sí	16	25,0
Percepción de la organización sanitaria	Bastante insegura	12	3,1
	Seguridad media	59	92,2
	Totalmente segura	3	4,7

Tabla 15 Características de los de los padres y madres relacionadas con la seguridad en la asistencia

En cuanto al tipo de evento adverso que han relatado los participantes, el mayor número hace relación a los relacionados con el diagnóstico (20% del total). Ver Gráfico 13.

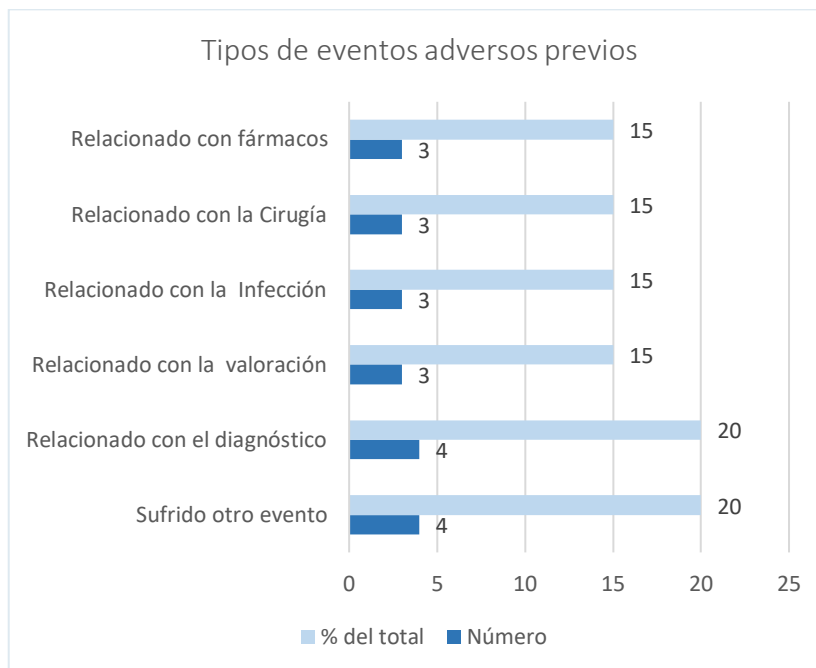


Gráfico 13 Tipos de eventos adversos relatados por los padres - madres

9.2.2. Distintos roles y las variables asociadas con los mismos



9.2.2.1. Rol de voluntario

El rol de voluntario muestra la disposición de los participantes respecto a colaborar con la organización para evaluar prácticas de seguridad.

Las preguntas planteadas fueron las siguientes:

Imagine que este proyecto se pusiera en marcha. ¿Participaría para evaluar de forma anónima estas prácticas seguras?

- Identificación de pacientes.
- Higiene de manos.
- Verificación de medicamentos.
- Pesaje del niño/a para el cálculo de dosis de medicamentos.
- Información de los efectos secundarios de los tratamientos.

Se ha considerado que alcanzan este rol o perfil, los participantes que indicaron que colaborarían realizando esta función en el 75% de las prácticas de seguridad presentadas.

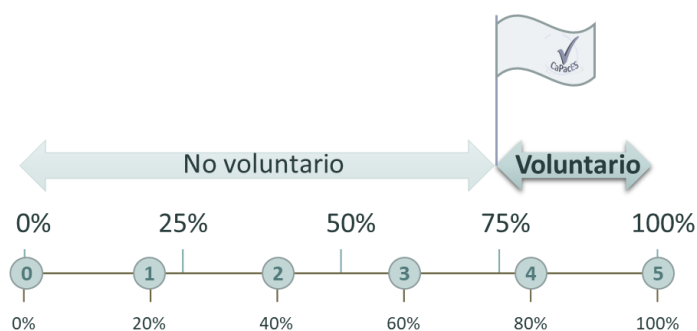


Ilustración 6 Perfil de voluntario

El 95,1% de los padres y madres expresaron la voluntad de participar de forma voluntaria para evaluar 4 o 5 de las prácticas seguras.

La participación expresada fue bastante alta y uniforme oscilando por práctica entre el 93,8 % para la comprobación del tratamiento correcto y los efectos secundarios al 96,9% de la higiene de manos y de la identificación de pacientes. Ver Gráfico 14.

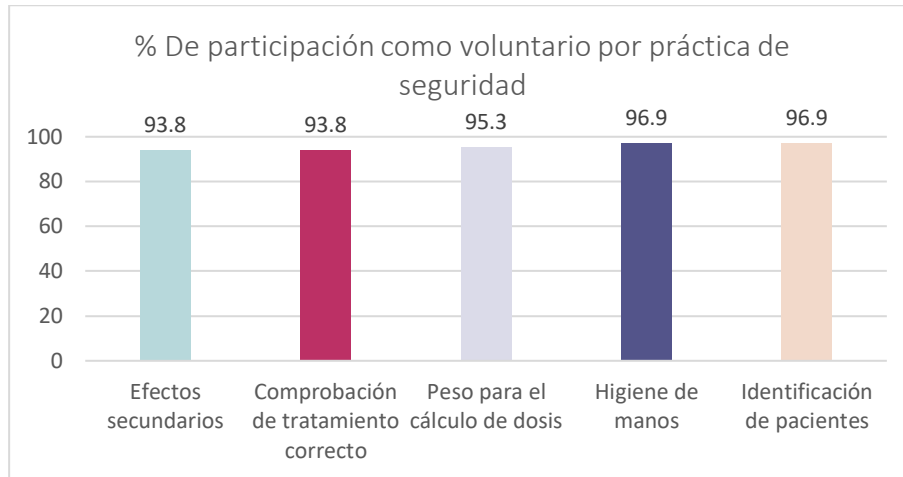


Gráfico 14 % de participantes por nº de prácticas que auditarían

La media de actividades de seguridad que evaluarían es de 4,8, con una desviación estándar de 0,921.

Se ha omitido la descripción de las características de las personas que participarían como voluntarios con respecto a las que no participarían ya que al ser solamente 3 los que comentaron que no participarían las características son prácticamente iguales a las del conjunto de la muestra.



9.2.2.2. Rol de evaluador

Se consideró EVALUADOR, a aquellas personas que al final del proceso fueron capaces de identificar correctamente como mínimo el 75% de las prácticas, lo que corresponde a 5 o 6 prácticas presentadas en el vídeo.

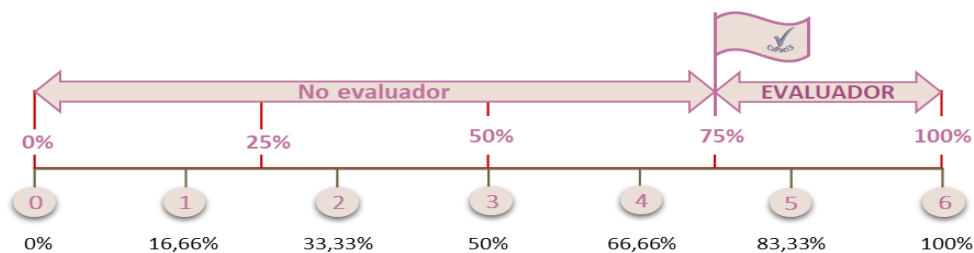


Ilustración 7 Rol de evaluador

En conjunto 52 (81,2 %) de los padres y madres que participaron en el proyecto cumplían características de evaluadores tras la formación recibida.

Como se ha indicado en el apartado de material y métodos, se utilizaron vídeos en los que se mostraba la administración de tratamiento para la prevención de bronquiolitis en una consulta de pediatría.

Perfil de los buenos evaluadores

Cuando se estudiaron las características personales de los participantes no se observaron diferencias estadísticamente significativas en los valores de las variables estudiadas entre aquellos que identificaban correctamente las prácticas seguras de los que no lo hicieron (Ver Tabla 16).

Características de las personas que cumplieron los requisitos de evaluador vs los que no lo cumplieron.

Variables	Categorías	EVALUADOR	No EVALUADOR	P valor
n	64	52 (81,2)	12 (18,8)	
Edad; media (DE)		38,7 (4,2)	39,5 (2,5)	0,406
Sexo n (%)	Mujer	42 (82,3)	9 (17,6)	0,647
	Hombre	10 (76,9)	3 (23,1)	
Nivel educativo: n (%)	Nivel básico	2 (100)	0 (0)	0,557
	Nivel medio	11 (73,3)	4 (26,7)	
	Nivel alto	39 (83,0)	8 (17,0)	
Profesional sanitario: n (%)	Sí	4 (100)	0 (0)	0,426
	No	48 (80,0)	12 (20,0)	
N.º de asistencias sanitarias: media (DE)		9,7 (10,6)	13,5 (8,0)	0,180
N.º de ingresos hospitalarios: media (DE)		0,9 (2,6)	5,1 (9,7)	0,165
Eventos adversos: n (%)	Sí	12 (75,0)	4 (25)	0,344
	No	40 (83,3)	8 (16,7)	
Percepción de seguridad del Centro: n (%)	Totalmente seguro	7 (70,0)	3 (30,0)	0,597
	Resto de valoraciones	45 (83,3)	9 (16,7)	

Tabla 16 Características asociadas con el perfil de evaluador. Análisis bivariante

¿La formación mejoró la competencia de los participantes?

Para ver la contribución de la formación en la capacitación de los padres y madres como evaluadores, se estudió el porcentaje de participantes que cumplían el requisito de "EVALUADOR" (identificación correcta de 5 o 6 de las prácticas seguras) presentadas antes y después de la formación.

En situación basal, es decir previa a la formación, el 51,6% de los participantes cumplió los requisitos del rol de “EVALUADOR”. Tras la formación este porcentaje ascendió al 81,2%, es decir, se incrementó un 29,6% el porcentaje de personas que cumplían los requisitos de este rol. La diferencia de porcentajes entre antes y después fue estadísticamente significativa ($p=0,000$ McNemar).

Así mismo, se analizó el porcentaje de personas que identificaron correctamente cada una de las prácticas seguras antes y después de la formación. En 4 de las 6 prácticas estudiadas ese porcentaje aumentó tras la formación, alcanzando en 2 la significación estadística (identificación correcta de pacientes y desinfección de la piel antes de administrar la medicación). Ver Tabla 17.

Variaciones en la identificación correcta de las prácticas de seguridad		
$\alpha=0,05$	Prueba de McNemar Significación	% variación Pre y post intervención
Identificación de pacientes	0,000 ^a	↑ 34,4
Higiene de manos	0,049	↑ 14,1
Peso real del niño para el cálculo de dosis a administrar	0,625	↑ 3,1
Desinfección de la piel previa a inyecta la medicación	0,000 ^a	↑ 31,2
Información de efectos secundarios	0,096	↓ 12,5
Explicación sobre la importancia de administrar la siguiente dosis en un plazo determinado	0,16	↓ 10,9
PERFIL EVALUADOR	0,000 ^a	↑ 29,7
^a Utilizada la distribución binomial		

Tabla 17 Resultados de la prueba de McNemar pre y tras la intervención educativa.

Autopercepción sobre la capacidad de reconocer prácticas seguras

Tras la formación, se les preguntó sobre su consideración de ser capaces de reconocer si se realizaban las prácticas de seguridad.

El porcentaje de participantes que se sintió capaz para identificar prácticas seguras varió en función de la práctica segura (Ver Gráfico 15). El porcentaje más pequeño (64,3%) correspondió a la “comprobación de tratamiento” (63,4%) y el mayor “al peso para el cálculo de la dosis” (92,3%).

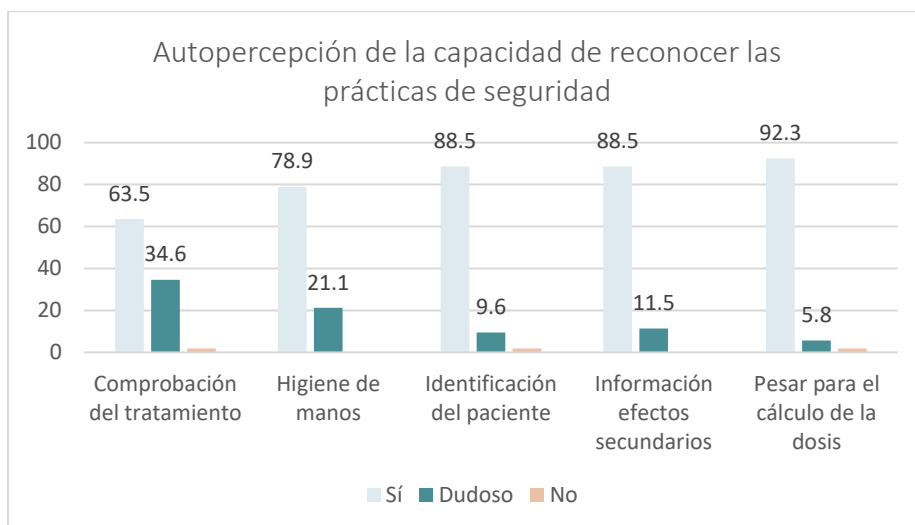


Gráfico 15 Autopercepción sobre la capacidad de saber reconocer las prácticas de seguridad.



9.2.2.3. Rol de auditor

Se consideró auditor a los participantes identificados como voluntarios y que además cumplieron con los requisitos de evaluador. Es decir, querían auditar prácticas seguras y además sabían hacerlo adecuadamente.



Ilustración 8 Rol de auditor= voluntario + evaluador

En el grupo de padres y madres, el 78,1% cumplieron las condiciones de ser voluntario y evaluador de las medidas de seguridad que se les presentan, ver Gráfico 16.

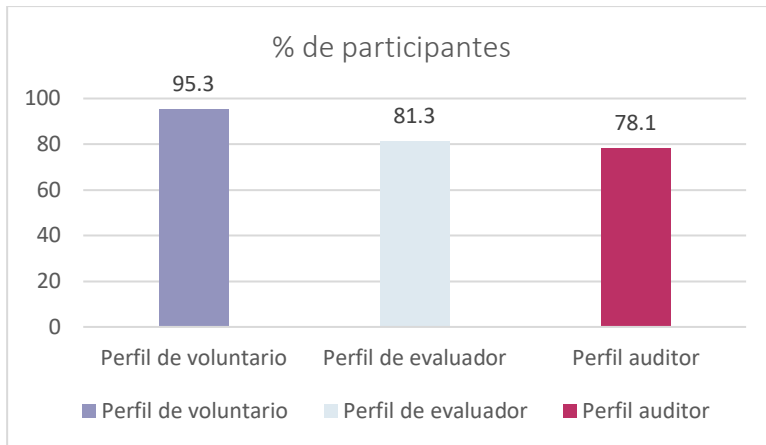


Gráfico 16 % de participantes que alcanzan los roles de voluntario, evaluador y auditor



9.2.2.4. Rol retador

Se consideró que un participante cumplía el rol de retador si expresó que en el pasado había interpelado a un profesional, si este no había realizado una práctica de seguridad.

Al grupo de padres y madres se les presentaron las siguientes cuestiones:

- Si alguna vez un profesional sanitario no ha identificado al niño / niña con su nombre y apellido, ¿se lo ha recordado?
- Si alguna vez un profesional sanitario no ha realizado la higiene de manos cuando debía, ¿se lo ha comentado?
- En alguna ocasión, ¿le ha dicho a un profesional sanitario que no ha comprado que el tratamiento que va a administrar al niño/ niña es el que corresponde?
- Si alguna vez el profesional sanitario no le ha informado sobre los efectos secundarios, en el niño /niña, de una medicación, ¿le ha preguntado?

Se consideró una actitud retadora o de interpelación, si la respuesta había sido afirmativa a alguna de las preguntas anteriores.

Observación de falta de adherencia a prácticas seguras

Se analizó el número de prácticas seguras que los padres y madres identificaron problemas de adherencia a lo largo de sus experiencias de atención sanitaria. El 73,4 % de ellos indicó que no se habían realizado alguna de las prácticas presentadas en esta investigación. De estos, el 36,2% identificó que no se había realizado 1; el 25,5% que no se habían realizado 2; el 17,0% que no se habían realizado 3, igual porcentaje en la identificación de 4 prácticas diferentes, el 4,3% indicó que había visto no cumplimiento en la totalidad de las prácticas. (ver Gráfico 17) Las observaciones de no cumplimiento no necesariamente tuvieron lugar de forma coincidente en el mismo proceso de atención sanitaria.

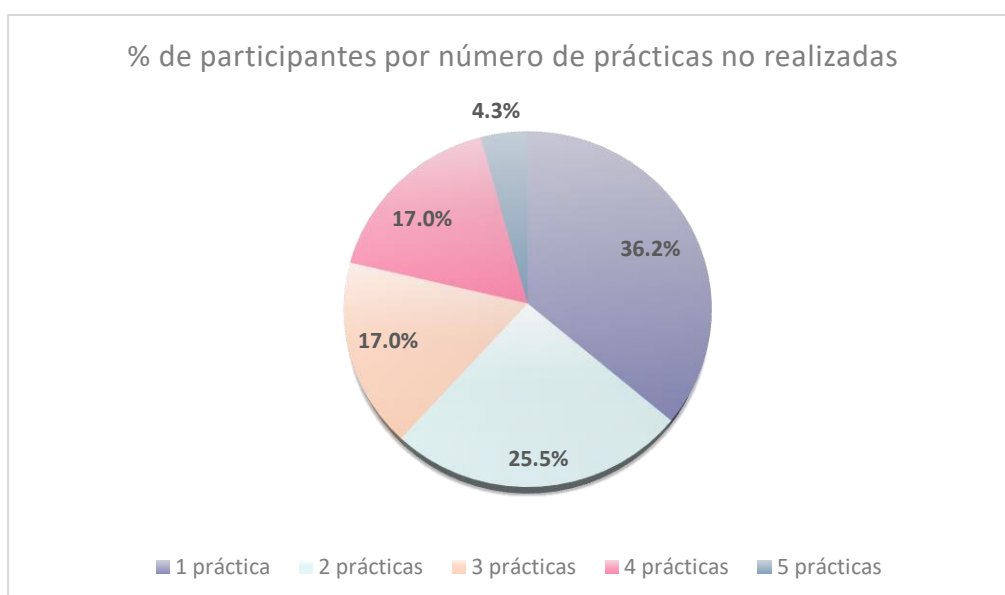


Gráfico 17 Porcentaje de padres - madres que han identificado prácticas que no se han realizado, agrupadas en función de distintos tipos de prácticas

La falta de adherencia a las prácticas seguras observadas osciló en función de esta, siendo del 40,6% para la comprobación del tratamiento, hasta el 71,9% en el caso de la información de efectos secundarios. Ver Gráfico 18.

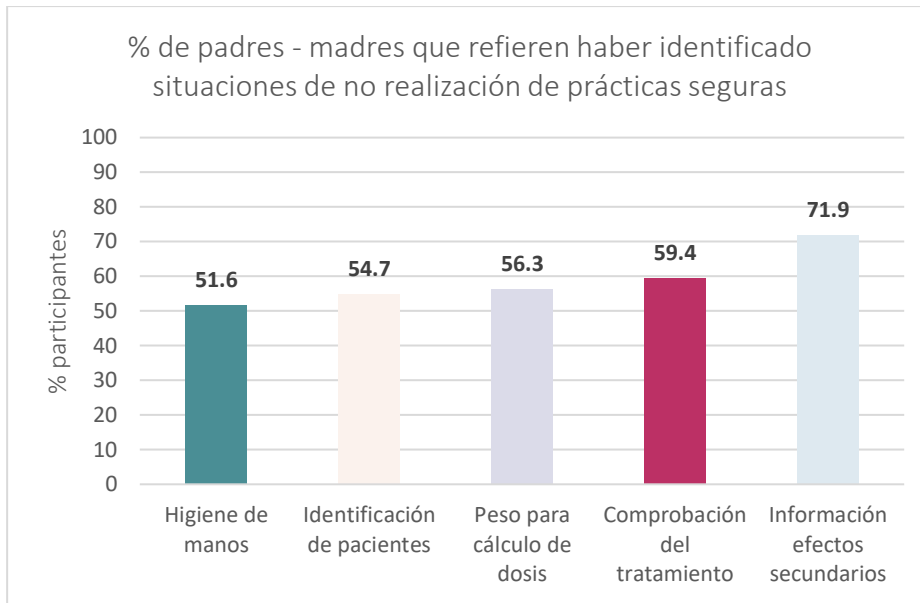


Gráfico 18 Porcentaje de padres - madres que indicaron que no se habían realizado prácticas seguras

Actitud retadora en el pasado

Cuando se les preguntó si, cuando habían detectado una falta de adherencia a la práctica segura, se lo había recordado al profesional, el porcentaje osciló entre el 9,1% para la higiene de manos y el 65,7% para la identificación del paciente. Ver Gráfico 19.

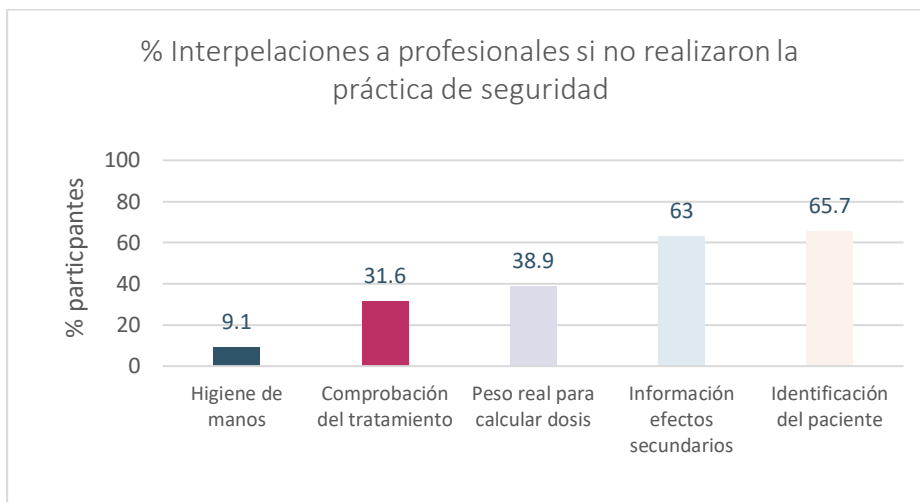


Gráfico 19 % de participantes que interpelaron a un profesional si no realizó la práctica de seguridad planteada



9.2.2.5. Rol de posible retador

Para conocer si la formación modifica la actitud frente a una situación en la que un profesional no realiza una de las medidas de seguridad, se plantearon a los participantes, antes y tras la formación, las siguientes cuestiones.

Si un profesional sanitario no identifica al niño / niña con su nombre y apellido, ¿se lo recordaría?

Si observa que un profesional sanitario no realiza la higiene de manos cuando debe, ¿se lo diría?

Si observa que un profesional sanitario no ha comprobado que el tratamiento que va a administrar es el que corresponde al niño / niña, ¿se lo comentaría?

Si un profesional sanitario no pesa al niño /niña para calcular la dosis de una medicación, ¿se lo diría?

Si el profesional sanitario no le informa sobre los efectos secundarios que puede ocasionar una medicación en el niño / niña, ¿se lo preguntaría?

La respuesta afirmativa a las cuestiones, se consideró una actitud retadora o de interpelación.

Se consideró que el participante tenía un perfil de posible retador si tras la formación manifestó estar dispuesto a retar en al menos 4 de las prácticas seguras propuesta.

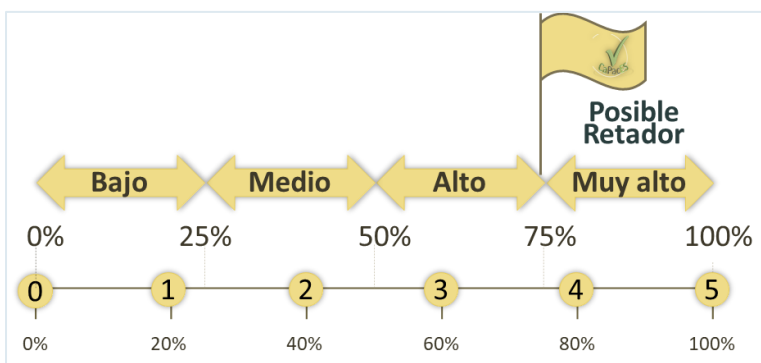


Ilustración 9 Niveles, dentro del perfil de posible retador

¿Hay diferentes niveles dentro de los posibles retadores?

Se puede observar en el Gráfico 20 como 37 (57,8%) de los participantes manifestaron tener un perfil de posible retador.

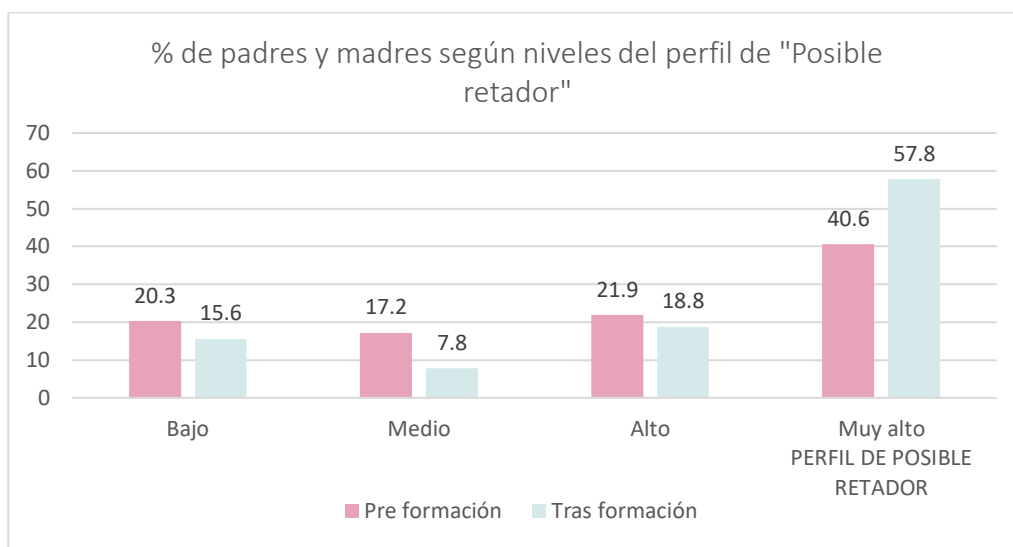


Gráfico 20 % de padres - madres, según los niveles de posible retador, antes y tras la intervención educativa.

¿Qué impacto tuvo la formación para favorecer que los participantes adopten una actitud retadora?

Tras la formación, el 57,8% de los participantes indicó que retarían al menos el 75% de las prácticas seguras propuestas. El porcentaje tras la formación aumentó un 17,2% siendo la diferencia entre antes y después estadísticamente significativa ($p=0,013$ McNemar).

En todas las prácticas seguras se produjo un aumento en el número de participantes que retarían tras la formación (Ver Gráfico 21). En general, el porcentaje de participantes que retaría es alto, superior al 70%, a excepción de la higiene de manos (35,9%).

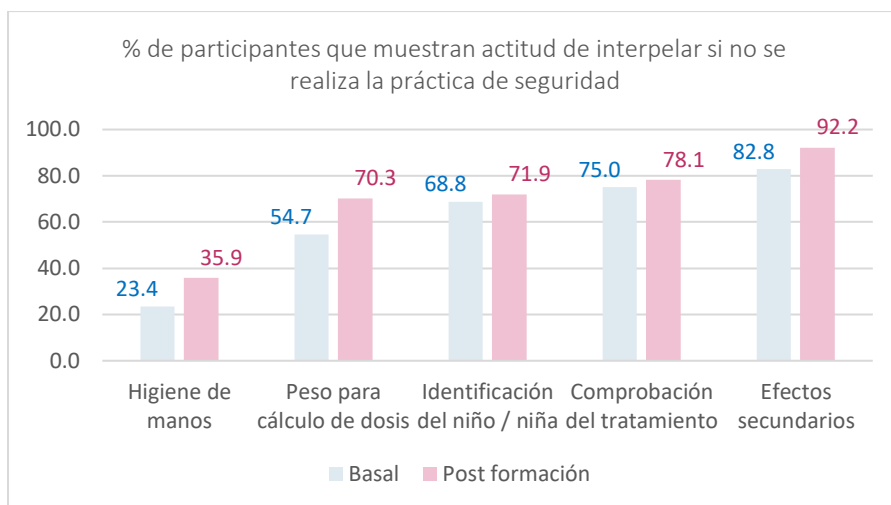


Gráfico 21 % de participantes que interpelearían si un profesional no realiza las prácticas de seguridad. Resultados previos y posteriores a la intervención formativa

La diferencia entre el porcentaje de participantes que retaría antes de la formación y después de la misma fue estadísticamente significativa para la higiene de manos y para pesar al niño/niña con el fin de calcular la dosis de la medicación. Ver Tabla 18.

Variaciones en la actitud retadora de los participantes pre y tras la formación		
$\alpha=0,05$	Prueba McNemar Sig. Exacta (bilateral)	Incremento del %
Práctica de seguridad	Pre-intervención / post-intervención	
Identificación de pacientes	0,804 ^a	↑ 3,1
Higiene de manos	0,021 ^a	↑ 12,5
Comprobación de tratamiento	0,727 ^a	↑ 3,3
Pesar para calcular la dosis	0,041 ^a	↑ 15,6
Información de efectos secundarios	0,109 ^a	↑ 9,4

^a Utilizada la distribución binomial

Tabla 18 : Resultados de la prueba de McNemar pre y tras la intervención educativa

Perfil del posible retador

Las características de los participantes con el perfil de posible retador tras la intervención educativa se describen en la Tabla 19. Se puede observar que el posible retador no difiere del que no lo es en ninguna de las variables medidas.

Validación del paciente como auditor de prácticas seguras.
Factores facilitadores desde una triple perspectiva: pacientes, profesionales y gestores

VARIABLES	Categorías	POSIBLE RETADOR	No POSIBLE RETADOR	P valor
n		37	27	
Edad; media (DE)		39,1 (4,4)	38,6 (3,2)	0,662
Sexo n (%)	Mujer	29 (56,9)	22 (43,4)	0,508
	Hombre	8 (61,5)	5 (38,5)	
Nivel educativo: n (%)	Nivel básico	1 (50)	1 (50)	0,722
	Nivel medio	10 (66,7)	5 (33,3)	
	Nivel alto	26 (55,3)	21 (44,7)	
Profesional sanitario: n (%)	Sí	2 (50,0)	2 (50,0)	0,566
	No	35 (58,3)	25 (40,7)	
N.º de asistencias sanitarias: media (DE)		9,1 (6,4)	12,13 (13,7)	0,262
N.º de ingresos hospitalarios: media (DE)		2,2 (6,1)	1,0 (2,9)	0,288
Eventos adversos: n (%)	Sí	11 (68,7)	5 (31,2)	0,234
	No	26 (54,1)	22 (45,8)	
Percepción de seguridad del Centro: n (%)	Totalmente segura	7 (70)	3 (30)	0,283
	Resto de valoraciones	30 (55,5)	24 (44,4)	

Tabla 19 Características asociadas con el perfil de posible retador. Análisis bivariante

¿Hay características de los profesionales que pueden influir en que los participantes se sientan más cómodos a la hora de retarles?

Se preguntó de forma específica si el sexo del profesional o la categoría profesional podrían tener influencia a la hora de que los pacientes y acompañantes se sintieran más cómodos en su perfil retador.

Ni la categoría profesional (el 81,2%% indicó que no le influía) ni el sexo (94,6% de las respuestas) tuvieron influencia en los participantes a la hora de retar a los profesionales sobre su no adherencia a prácticas seguras.

Discusión

DISCUSIÓN

1. PERCEPCIONES SOBRE EL ROL DE PACIENTE AUDITOR

El primer objetivo específico de la investigación pretendía explorar las percepciones y experiencias de los pacientes, profesionales sanitarios, gestores y responsables de seguridad de pacientes, sobre el rol de los pacientes como auditores de prácticas seguras y también identificar las necesidades organizativas percibidas para que pueda ejercerse este rol.

Este enfoque de la participación de los pacientes como auditores anónimos de prácticas de seguridad: pacientes o acompañantes, formados por la organización para identificar la realización de determinadas prácticas de seguridad por parte de los profesionales, supone un modo de implicación escasamente identificado en la revisión de la literatura.

En el desarrollo de todos los grupos focales, gestores, gestores de cuidados, responsables de seguridad, profesionales, pacientes y padres y madres, se expresó la relevancia de esta figura como una barrera más para evitar problemas de seguridad, además desde una visión de participación e implicación y con una mirada positiva. Así lo expresa una de las personas del grupo de padres y madres *“Tu eres un agente más de la seguridad. Implicarte me parece súper importante, no verlo como un fallo sino verte implicado en la seguridad”*.

Esta posición “privilegiada” del paciente, permite el acceso a entornos en los que es complicado hacer una valoración anónima de la adherencia de los profesionales a las prácticas de seguridad. Mediante esta figura se puede disminuir el efecto Hawthorne o sesgo de atención. Kovacs et al.⁹⁷ utilizaron un rol similar de observador encubierto, en este caso mediante estudiantes formados para este objetivo: realizar la observación directa del cumplimiento de la higiene de manos por los profesionales mientras realizaban sus prácticas académicas. Al comparar los resultados de adherencia obtenidos en los controles llevados a cabo por la organización, con los realizados por los estudiantes, las diferencias encontradas fueron significativamente más bajas, por lo que es de especial relevancia la observación directa de forma oculta. Por otro, permite explorar servicios poco accesibles e identificar precozmente los problemas. Como describen metafóricamente Sheard et al.⁹⁸ referenciando a Bacon N⁹⁹, “detectores de humo”, o como expresa una de las personas participantes, los pacientes son la “cámara” que permite conocer lo que sucede.

Los participantes, manifiestan dos fuentes de satisfacción al colaborar con la organización desarrollando esta función. Por un lado es una forma de agradecer la atención recibida, y al mismo tiempo es una posibilidad de contribuir a evitar que otros pacientes puedan tener problemas de seguridad en su proceso de atención^{100,101}.

También contribuye a que los pacientes conozcan mejor la organización, el motivo por el que los profesionales llevan a cabo determinadas acciones y los cuidados y atención sanitaria que reciben. Este conocimiento contribuye a generar confianza en sus capacidades^{100,102,103}.

La participación de los pacientes se asocia a valoraciones positivas sobre la calidad del hospital y a una reducción del riesgo de sufrir un evento adverso en él¹⁰⁴. Para ello es preciso crear un entorno que favorezca que los pacientes y sus acompañantes puedan desempeñar un papel más activo. Bell et al.¹⁰⁵ proponen tres cambios para conseguir crear un entorno en el que los pacientes y sus acompañantes puedan desarrollar una mayor implicación: modificar la investigación, escuchar lo que los pacientes y acompañantes dicen y cambiar las normas. Afirman: *“Empoderar a todos los pacientes y familiares para que hablen, con instrucciones claras y una invitación genuina, puede resultar complicado e incluso ‘disminuir la productividad’ antes de que mejore la atención. La intervención de los pacientes y sus familias se considerará significativa si se emplean criterios adecuados, que pueden incluir el aprendizaje de la organización, la experiencia del paciente, el respeto y la prevención del discomfort emocional/psicológico”*. (Traducción propia del texto original)

Este aspecto de “escuchar a los pacientes porque pueden evitar problemas de seguridad” se expresó en el grupo focal de padres y madres que demandan poder participar de una forma activa con la organización sanitaria: *“hay niños que van con peculiaridades muy importantes y a mí, sí la misma sensación que has tenido tú de oídos sordos, o sea, de... Yo soy la que conozco a mi hijo, o sea y tú lo acabas de ver. Y no hacerte caso... Y entonces, o sea, en un sitio donde el crío pueda estar más, o sea, más grave, o eso, o... en manos que nos les ha tocado nunca, pues creo que poder actuar ahí sería más importante”*.

El paciente auditor supone además un impulso para mejorar la cultura de seguridad del hospital¹⁰⁶ ya que se enmarca en una forma de acción no punitiva para los profesionales. Mediante esta figura no “delatan” al profesional que omite una práctica segura. Los participantes aprecian que la organización se esfuerza en mejorar su seguridad y todos los grupos expresan que esta forma de participación es una barrera más que contribuye a la seguridad. Brun et al.¹⁰⁷ consideran también que los pacientes pueden identificar riesgos a los que los profesionales pueden haberse habituado y por tanto no les dan

importancia debida. En esta línea, Schneider et al.¹⁰⁸ llevaron a cabo un estudio en el que tanto pacientes como acompañantes podían informar, a través de una línea telefónica exclusiva, sobre preocupaciones o temas relacionados con la asistencia. Los autores indican que, aunque la participación fue escasa, lograron más información que por otros sistemas previos y se identificaron aspectos que hasta ese momento no tenían conocimiento. En este aspecto, de participación de los pacientes, es preciso reconocer que en ocasiones no hay concordancia entre los sistemas que las organizaciones diseñan para conocer aspectos importantes de seguridad de pacientes, con el que los pacientes consideran el más adecuado. O'Hara et al.¹⁰⁶, investigaron acerca de los medios que podían emplear las organizaciones para conocer cuáles eran las inquietudes de los pacientes sobre seguridad. Entre los sistemas que valoraron se encontraba un formulario, una línea de teléfono exclusiva para informar sobre problemas de seguridad y las entrevistas, siendo este último el medio preferido.

De forma similar a lo formulado por el grupo de gestores y responsables de seguridad, los pacientes forman parte de un entramado de valoración de la seguridad, que contribuye a mejorar la calidad percibida y la transparencia, ya que los auditores pueden informar tanto del no cumplimiento de las medidas, como de que se llevan a cabo correctamente según lo establecido.

Si bien es cierto que los pacientes y sus acompañantes desempeñan un papel fundamental en la prevención de errores y en la reducción de daños, la responsabilidad de la seguridad de los pacientes corresponde a las organizaciones y a los profesionales sanitarios¹⁰⁹. No puede percibirse que la responsabilidad recaer en los pacientes o acompañantes en lugar de la organización sanitaria y los profesionales¹¹⁰. Los profesionales están sometidos a cargas de trabajo importantes y puede darse el caso de que descarguen de forma deliberada esta responsabilidad en los pacientes¹¹¹ y omitan la realización de acciones, como puede ser una doble verificación.

Por las características en las que se ha diseñado el desempeño de este rol, el paciente reporta de forma anónima su observación en cada contacto de atención sanitaria y contribuye a la resiliencia de la organización. Esta identificación del cumplimiento de las medidas de seguridad, y su notificación por los auditores, de forma dinámica y continua, permite que la organización pueda identificar, desarrollar y aplicar cambios operativos y acciones mientras sigue funcionando¹¹². Los centros sanitarios desarrollan cuadros de mando cada vez más completos e inmediatos, sin embargo, el conocimiento de la adherencia a prácticas de seguridad se obtiene preferentemente a través de estudios transversales que dan información de un tiempo determinado, tal es el caso del estudio EPINE de prevalencia de infecciones¹¹³ o los indicadores del programa de higiene de manos del sistema nacional de salud⁸⁰. En

este sentido de respuesta rápida, Collins et al.⁶⁶, describen los resultados obtenidos en el pilotaje de puesta en marcha del sistema MySafeCare, dentro de un laboratorio de aprendizaje sobre seguridad de paciente. Se trata de una aplicación mediante la que los pacientes y / o acompañantes pueden informar sobre sus preocupaciones relacionadas con aspectos de seguridad en la atención que están recibiendo. El estudio publicado en 2020 se llevó a cabo en una unidad de cuidados intensivos, una unidad de vascular y otra de oncología. Mediante este sistema, la información enviada por los pacientes o acompañantes llegaba directamente a los responsables de la organización y de la unidad del paciente, para que pudieran investigar y conocer lo que estaba ocurriendo y así poder establecer las acciones a la mayor brevedad posible. Este sistema permite la comunicación anónima, o no, según el criterio de la persona que realiza la observación. Este mismo grupo, en un estudio posterior, de 2022⁶⁷ describen los resultados de la implementación en unidades de oncología, medicina interna y neurología. Los temas sobre los que basaban las notificaciones hacían referencia a aspectos de comunicación, medicación, tiempo de espera, cuidados, higiene o dolor, entre otros. Al realizar el análisis temático de la información de los campos de texto libre, identificaron además otros aspectos relacionados con la seguridad de los cuidados, los protocolos, dieta y nutrición.

No obstante, el desarrollo del rol del paciente auditor también presenta desventajas. El paciente puede sentir conflictos internos o, como relataba un participante en este estudio al preguntarle sobre si interpelaría a un profesional que no ha realizado una práctica segura, generar un conflicto ético. Por un lado, no quieren hacer daño al profesional al decírselo, pero si no lo hacen puede dañar a otras personas. Este efecto se minimiza por el anonimato doble: no se delata al profesional y el paciente también permanece oculto. Este sentimiento de no hacer daño, de no ofender a los profesionales se ha descrito también en estudios cualitativos en los que los pacientes se implican en la seguridad de los pacientes¹⁰⁰. Oliveira et al.¹¹⁴, en una investigación realizada con profesionales sanitarios para conocer su actitud frente a la implicación de los pacientes en higiene de manos, describe cómo el 48% de los participantes revelaban que se sentiría incómodos si los pacientes les recordaran lo que debían hacer.

Los grupos focales revelan que este tipo de participación constituye para los pacientes una carga añadida a su proceso de enfermedad. Les hace asumir una responsabilidad que no les corresponde desempeñarla, y en cierto modo, les supone una pérdida de libertad al tener que estar atentos a lo que ocurre a su alrededor. Esta función, complementaria y no supletoria a la que tiene que realizar la organización, se expresa también en los estudios de Vaismoradi et al.¹⁰⁰ y Bishop et al.¹¹¹

En las dinámicas grupales se manifiesta el riesgo de pérdida de confianza en la relación paciente-profesional de la salud^{100,102}, consecuencia de un posible rechazo de los profesionales a que los pacientes les hagan preguntas factuales y, en mayor grado, si las preguntas interpelan sobre el cumplimiento de alguna práctica segura. En este sentido, Lee et al. exponen en su estudio el miedo de los pacientes a que se tomen represalias modificando la atención que recibían^{101,102,115}.

Por otro lado, los profesionales pueden sentirse incómodos en la relación con los pacientes, se puede generar tensiones y estrés, con efectos emocionales y una carga de trabajo añadida¹¹⁶. Un participante lo describe como si estuvieran de forma permanente en un “Gran hermano”.

Esta repercusión emocional también la señalan en referencia a los pacientes. Expresan la incertidumbre sobre cómo se aceptará que haya pacientes formados y capacitados. Temen que los profesionales los vean como pacientes especiales, acusados, chivatos, o mal percibidos, es en cierto grado, una estigmatización. Hrisos et al.¹⁰² ya describían esta percepción de los pacientes de ser considerado como difícil, incómodo o agresivo, al preguntar a los profesionales.

Otra preocupación que muestran todos los grupos es el miedo a que no se identifiquen bien los problemas, y que las valoraciones sean erróneas. Esta inquietud se reduce al conocer que para ser auditor se precisa una capacitación. Este aspecto de la formación a pacientes en temas de seguridad, para que puedan ser competentes, aparece reflejado en estudios y proyectos que promueven la participación del paciente en seguridad^{100,101,107}.

En todos los grupos salvo en el de padres y pacientes, se muestra el riesgo percibido de que se puedan incrementar las demandas y las reclamaciones, o que pueda tener un impacto mediático si se divulga que hay acciones que no se hacen como se debiera. Este elemento es descrito por Codsí et al.¹¹⁷ al analizar el cambio de relación que se produce cuando los pacientes asumen un rol diferente al asistencial y se convierten en socios con las organizaciones. Algunos profesionales pueden expresar temor a que se hagan visibles errores o fallos, y que no los consideren como buenos profesionales. Esta particularidad también es considerada por Joint Commission en el documento “Mitos en la participación de los pacientes en seguridad”¹¹⁸, sobre la visión diferente entre los pacientes y los profesionales y las amenazas de demandas.

Mediante los grupos focales, también se pretendía conocer los requisitos necesarios para que esta figura fuera implementada. Destaca la necesidad de que los pacientes se formen sobre las prácticas que vayan a evaluar y al mismo tiempo también se demanda la formación e información a los profesionales.

Lograr que los pacientes participen de su atención sanitaria, tiene como pilar fundamental la información y la formación. En la medida que una persona conoce, será capaz de identificar qué, cómo, cuándo y por qué se le presta una atención determinada, el porqué de las recomendaciones para su vida diaria y de su tratamiento. Partiendo de esta base, el paciente capacitado podrá optar entre implicarse o tomar una actitud pasiva. En el caso de la seguridad del paciente ocurre de una forma similar. Una persona conocedora de la importancia de la identificación, de la comprobación de los tratamientos, o de la higiene de manos, no se cuestionará por qué le preguntan siempre su nombre y fecha de nacimiento cuando le realizan un procedimiento, o por qué se revisa siempre la medicación antes de que se la administren, o la importancia de la higiene de manos en cada contacto profesional - paciente.

Una de las razones que impulsa a que un paciente asuma el rol de auditor, como han mencionado los grupos, es la importancia que conceden a apoyar a la organización que les atiende en su proceso de salud. Otra razón adicional que expresan es conocer la relevancia que tiene el hecho de que los profesionales realicen las prácticas seguras, es decir, conocer el impacto que éstas tienen en la salud de los pacientes, previniendo que ellos u otros pacientes sufran problemas. La formación les proporciona la capacidad para poder identificarlas, y desempeñar este rol les da la oportunidad. Se logra traspasar la barrera de querer colaborar a poder hacerlo¹⁰⁶.

Si se observa este hecho bajo el modelo COM-B¹¹⁹ (Capacidad, Oportunidad, Motivación y Conducta), y en la línea de lo planteado por Michie y colb¹¹⁹, la formación puede amplificar el efecto de la intervención y permitir que se produzca un cambio en la conducta de estos pacientes planteando cuestiones a los profesionales, bien de modo factual o interpeándoles, a pesar de que la figura de auditor aquí planteada sea en condiciones de voluntariedad y anonimato tanto del auditor como de los profesionales auditados. Una persona participante lo expresa de esta forma *“¡ah! me dicen esto, o sea que puedo revisar si se lava las manos porque va en beneficio, pues claro que voy a revisar, claro que voy a decir sí, sí o si no. La adherencia a eso que tú le estás dando va a ser total por interés propio, vamos”*.

Este posible efecto avala el requisito que se plantea en los grupos con relación a que los profesionales estén formados en seguridad e informados de todas las iniciativas dirigidas a que los pacientes se impliquen más en su cuidado y en su seguridad. De esta forma se puede reducir lo descrito también por otros investigadores de sentirse cuestionados en su profesionalidad^{100-102,117}.

En referencia a las características que debería contar una persona para ser auditor, destacan que tenga capacidad de observación, sentido común, que sea una persona tranquila y serena, madura y psicológicamente estable. Estas características van en el mismo sentido que las expuestas por Mallogi et al.²⁶, al indicar que los pacientes implicados con la organización deben ser voluntarios, con actitud positiva y dinámica, si bien el ámbito de participación que proponían estos autores se realizaba en un contexto diferente y por ello precisaban además habilidades de relación y comunicación para poder integrarse en los equipos.

De igual forma que los participantes describieron los requisitos, también hicieron referencia a que el hecho de auditar podía generar en determinados pacientes un efecto negativo, por ejemplo, si estos tenían rasgos hipocondríacos.

Se identificaron como candidatos a desempeñar este rol a pacientes con patología crónica que precisaran contactos frecuentes con los servicios de salud. Esta función también la pueden desarrollar los acompañantes que, como en el caso de los pacientes, acuden con asiduidad a los centros sanitarios o acompañan a pacientes ingresados en estancias prolongadas. Las personas de los grupos de voluntariado en acompañamiento a pacientes también pueden desempeñarla, ya que acuden con frecuencia a las organizaciones sanitarias, las conocen y ejercitan su función en múltiples áreas.

Tanto acompañantes habituales, como el voluntariado, están a priori en mejores condiciones al no estar debilitados por la enfermedad o bajo el efecto de tratamientos o cuidados que pueden influir en no estar tan atentos a si los profesionales realizan las practicas seguras. En los grupos se comentó la diferencia de ser observador cuando se es paciente o cuando se es acompañante. Esta opinión es coincidente con diversos estudios en los que se indica una mejor disposición de los acompañantes para implicarse en la seguridad^{101,103,120,121}. Sin embargo, no es posible que los acompañantes accedan a todos los lugares, ya que hay determinadas áreas como quirófanos, salas de radioterapia, exploraciones con isótopos, exploraciones radiológicas etc. en los que el paciente no tiene compañía.

En relación con la frecuencia de la asistencia, las personas participantes en los grupos identificaron como ámbitos más probables de auditarse con esta nueva figura, los Hospitales de Día (oncología, hematología, pacientes crónicos, pediatría...), las unidades de estancias prolongadas como pueden ser unidades de pacientes críticos, unidades de oncología y hematología, radioterapia, hospitalización a domicilio. Asimismo, se identificaron otras ubicaciones como servicios centrales, locales de extracciones o radiología.

Los participantes de los grupos de pacientes y de padres y madres, son quienes refirieron un mayor número de prácticas seguras auditables: la identificación de pacientes, higiene de manos, administración de fármacos y de hemoderivados, cuidados de dispositivos, las transiciones asistenciales o el control del dolor, y que han sido abordados en otras investigaciones^{26,103,121-123}.

Más allá de las prácticas seguras, y asociado a la ventaja que manifiestan sobre la calidad, los participantes indicaron que también podrían evaluarse los procesos y los circuitos asistenciales, la accesibilidad, el ruido, el servicio de alimentación, el trato, la comunicación o elementos organizativos como la rotación de profesionales. En definitiva, los integrantes de los grupos, pero especialmente el de padres y madres, muestran a la organización, elementos positivos, dificultades y retos a superar, con ellos. No se trata de la enfermedad, sino de SU enfermedad, eje de la medicina personalizada. No es la seguridad, sino su seguridad. No es el proceso asistencial, sino la asistencia de su proceso. Todas estas cuestiones están en línea con los resultados del estudio desarrollado por Burrows et al.¹²⁴ para conocer la perspectiva desde el punto de vista de los pacientes y de su compromiso como estrategia de seguridad. La información y formación sobre los cuidados y las medidas de seguridad favorecen que los pacientes se impliquen. Es una posibilidad, es un derecho, pero no es su obligación y puede haber pacientes no interesados en participar. La responsabilidad de lograr una atención segura es responsabilidad de las organizaciones sanitarias¹⁰⁵.

2. EFICACIA DEL MATERIAL FORMATIVO EN LA CAPACITACIÓN DE LOS PARTICIPANTES PARA EVALUAR PRÁCTICAS SEGURAS

El segundo de los objetivos consistió en desarrollar y evaluar la metodología de aprendizaje para que los pacientes evaluaran prácticas seguras.

El programa formativo se diseñó con la finalidad de que los participantes adquirieran conocimientos y habilidades, y desarrollaran las competencias para identificar si los profesionales realizaban las prácticas seguras propuestas en este estudio: identificación de pacientes, higiene de manos, administración de terapias intravenosas (quimioterapia y hemoderivados) y la información sobre los efectos secundarios de dichos tratamientos. Para la población de padres y madres se incluyeron además el pesaje del niño o niña para el cálculo de la dosis de medicación y la desinfección de la piel previa a la inyección.

De forma previa a la formación, el 30% de los pacientes fueron capaces de identificar al menos tres de las cuatro prácticas que se presentan en los vídeos, obteniendo el grupo de acompañantes resultados muy similares. Tras la intervención formativa, el porcentaje de identificaciones correctas de las prácticas seguras se incrementó al 40% en el caso de pacientes y al 58,7% en el de acompañantes. La metodología de aprendizaje desarrollada logró que, tanto el grupo de pacientes como el de acompañantes, alcanzaran las habilidades de identificación de las prácticas seguras.

Es posible que el hecho de que estuvieran recibiendo el tratamiento mientras realizaban las evaluaciones haya podido influir en las observaciones que realizaron, probablemente por la tensión de estar recibiendo quimioterapia. Schildmeijer et al.¹¹⁵ identifican el estado de salud como uno de los determinantes para la participación de los pacientes en seguridad, así como estar sometidos a una sobrecarga cognitiva. La mejor evaluación realizada por el grupo de acompañantes se alinea con Vaismoradi et al.¹⁰⁰, cuando indican que los acompañantes están en mejor situación y pueden suplir a los pacientes en aspectos relacionados con su seguridad.

Esta menor capacidad de valoración es expresada por los participantes en los grupos focales. Tanto el grupo de pacientes como el de gestores hacen referencia a esta menor atención de los pacientes sobre lo que ocurre a su alrededor, y la persona acompañante puede estar más atenta para evaluar las prácticas.

El grupo de padres y madres no contó con el apoyo personal de los investigadores durante la intervención educativa, al realizarse mediante una plataforma web. Sin embargo, tras la formación mediante este sistema, se incrementaron un 29,7% los padres y madres que identificaron correctamente 5 o 6 de las prácticas presentadas. En este caso se trata de personas más jóvenes, cuidadoras y que participaron en el programa fuera del entorno sanitario, factores que pueden haber influido en la obtención de mejores resultados. Las prácticas que mejoraron significativamente tras la formación fueron la identificación de pacientes y la desinfección de la piel. No obstante, tras la formación se observó una disminución en la identificación correcta de la información de los efectos secundarios y de la importancia de la siguiente dosis. Lo asociamos a que se aumentó la percepción de la importancia de estos aspectos y, es posible que un mayor conocimiento les haya podido dirigir a ser más minuciosos en la evaluación, generándoles dudas. El tratamiento que se muestra en el vídeo había sido administrado realmente a sus hijos o hijas y se caracteriza por la necesidad de ser estrictos con la cadencia entre dosis: si por alguna causa no se puede administrar en la fecha que corresponde hay que

adelantarla. Ambas prácticas eran las que mejor se identificaron en la situación basal, lo que manifiesta la importancia que tienen para padres y madres.

En relación a la metodología formativa en seguridad de pacientes dirigida a pacientes, Shin et al.¹²⁵ desarrollaron un programa educativo dirigido a pacientes hospitalizados, médicos y quirúrgicos, mediante vídeos animados con dos objetivos. Pretendían, por un lado, formar en la importancia de la seguridad y, por otro, en actividades de prevención de infecciones, lesiones por presión, prevención de caídas y cómo proceder en caso de incidentes. Alcanzaron diferencias significativas entre las evaluaciones de conocimiento pre y post intervención y entre el grupo control y el de intervención. El vídeo es considerado una herramienta educativa importante para aumentar el conocimiento de los pacientes sobre seguridad y cómo pueden desarrollar acciones para promoverla durante el ingreso¹²⁶. En la elaboración de los guiones y en su desarrollo es importante la participación de los pacientes para poder contar con su visión. Otro elemento importante a tener en cuenta es la duración. Shin et al.¹²⁵ sugieren que se diseñen vídeos menores de 7 minutos para que los pacientes mantengan la atención y que los contenidos no sean generalistas sino dirigidos al problema principal, para mantener el interés. En esta misma línea Kim et al.¹²⁷ recomiendan no sobrecargar a los pacientes con formación excesiva, ya que logran el efecto contrario al saturarles, y por tanto, dejan de prestar atención.

3. VALIDEZ DE LOS PACIENTES Y ACOMPAÑANTES COMO AUDITORES DE PRÁCTICAS SEGURAS.

El tercer objetivo planteado fue conocer la validez de los pacientes como auditores de las prácticas seguras: identificación de pacientes, higiene de manos, seguridad transfusional y administración de fármacos. En el caso de padres y madres, se incluyeron también el peso del niño o niña para el cálculo de la dosis del fármaco y la desinfección de la piel previa a la inyección.

Se considera auditor a la persona conocedora del entorno asistencial, seleccionada por la organización para colaborar de forma voluntaria y anónima en la identificación del cumplimiento, por los profesionales, de las prácticas seguras, mientras acompaña o recibe asistencia sanitaria.

El 43% de los pacientes y acompañantes se clasificaron como buenos auditores tras la intervención educativa. Las características que predicen que un paciente o acompañante sea un buen auditor son tener menor edad, un nivel educativo alto y la experiencia previa de un evento adverso. En el caso del

grupo de padres y madres cumplían los requisitos de buenos auditores el 78,1% de ellos. En este grupo ninguna de las variables independientes predice el ser un buen auditor o no.

Estas características sociodemográficas son similares a las de los participantes en un estudio coreano sobre más de 600 personas para analizar el compromiso del paciente con su seguridad. En este caso, las personas mayores y con un nivel educativo más bajo mostraban menor confianza para participar en actividades de seguridad de pacientes¹²⁸.

Las personas con un nivel de educación más alto, que es un indicador no determinante de alfabetización en salud^{viii 129}, muestran mayor capacidad para identificar no conformidades en el cumplimiento de los protocolos de seguridad del paciente, pero no de forma exclusiva, ya que aunque en menor proporción, algunas personas del grupo de pacientes y acompañantes, con niveles educativos básicos también alcanzaron los requisitos de buenos auditores.

El rol de auditor que se plantea en esta investigación combina dos elementos: la voluntad de una persona para colaborar con la organización de forma voluntaria y la capacidad para identificar si los profesionales realizan las prácticas seguras. Puede darse la situación de que quieran, pero no hayan alcanzado la competencia para hacerlo correctamente, o a la inversa, personas que disponen de las habilidades necesarias para identificar si se realiza, pero no quieren participar. Es preciso puntualizar que la disposición del paciente auditor de esta investigación es diferente a las que desarrollan los equipos de auditoría más convencionales, en los que el paciente o acompañante formaría un equipo junto con los profesionales sanitarios y otros miembros.

Se determinó que una persona cumplía con el rol de voluntario, cuando mostraba disposición a colaborar en la identificación de al menos 3 de las 4 acciones de seguridad planteadas. El 80,6% del grupo de hematología y quimioterapia expresaron la voluntad de participar, con valores similares en ambos grupos.

La práctica segura en la que colaborarían en mayor grado fue la comprobación del tratamiento (80,1%), seguida de la identificación de pacientes (79,1%) y de los efectos secundarios de la medicación (75%). Las diferencias entre los porcentajes son pequeñas (5%) ya que todas están relacionadas con la

^{viii} Definición de la OMS “La alfabetización para la salud está constituida por las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a la información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena salud.”¹⁴¹

medicación y es probable que los pacientes oncológicos identifiquen que no cumplir estas prácticas tenga mayores consecuencias en su salud, y por lo tanto tengan más disposición a evaluarlas ¹³⁰.

A pesar de que el rol de auditor propuesto se basa en el anonimato del observador y del profesional observado, la valoración de la higiene de manos es la que menos adhesión alcanza dentro de este perfil, el 72,1%. En diversos estudios, esta práctica es la que presenta más dificultades para que los pacientes colaboren en lograr que los profesionales la lleven a cabo^{101,102}. Las dificultades con relación a esta práctica están condicionadas por factores sociales y culturales. Es una práctica básica de higiene y aunque no es el caso del enfoque del rol propuesto en esta investigación, indicarle o sugerirle a una persona que realice la higiene de manos es considerarle, como indicaba una participante en este estudio “sucio” y esto genera incomodidad y rechazo. Aunque pudiera parecer que las características culturales y sociales de nuestro entorno pueden influir en este pudor a decir y recordarle a un profesional que realice la higiene de manos si no la ha llevado a cabo, se observa, según la procedencia de las publicaciones coincidentes con estos resultados, que puede ser un elemento común a distintas culturas y regiones como Korea¹⁰¹, Suiza¹³¹, Brasil¹¹⁴, Canadá¹³². En este sentido, es posible que la pandemia COVID-19 pueda haber modificado esta tendencia respecto a la higiene de manos ya que esta práctica ha formado parte de la vida cotidiana de todas las personas en todos los ámbitos.

Respecto a esta práctica de seguridad, hay que destacar, que el objetivo planteado al auditor es identificar si los profesionales realizan esta práctica, no si la realizan correctamente. La formación que se requiere para alcanzar esa competencia no se contempla en esta investigación.

Los resultados del análisis bivariado entre las personas que cumplieron con el perfil de voluntario, con respecto a las que no, únicamente muestra diferencias significativas en el número de asistencias sanitaria recibida en los últimos 12 meses. Otros factores como la edad o la formación no muestran diferencias. El rasgo personal que inclina a una persona al voluntariado (de cualquier tipo) parte de los valores personales como la generosidad o la empatía... elementos que se muestran en los grupos focales llevados a cabo cuando indican que colaborarían como una forma de gratitud hacia la organización, y de ayuda para evitar que otros pacientes puedan tener problemas relacionados con la seguridad. Duhn et al.¹³² en 2018 llevaron a cabo un estudio cualitativo exploratorio con el fin de conocer los elementos que podían estar relacionados con el compromiso de los pacientes en acciones para promover su seguridad. Identificaron cinco elementos principales: la capacidad personal (salud física y emocional, comprensión y conciencia), la experiencia previa (eventos previos, patrones de

conducta, conciencia del error), su carácter (temperamento y elecciones), las relaciones (familias, amigos, profesionales, otros pacientes) y el sentido de la seguridad (valores y prioridades).

En el caso del grupo de padres y madres este perfil lo cumplieron el 95,3% de los participantes, con rangos muy similares entre las prácticas. El valor inferior (93,8%) corresponde a la comprobación del tratamiento correcto y el superior (96,9%) de la higiene de manos y la identificación de pacientes.

Hay que destacar que el grupo de padres y madres correspondía a personas con un alto nivel de implicación y colaboración. Se invitó a participar a los padres y madres de 660 niños y finalmente lo hicieron 64 personas (tasa de respuesta de 9,9%), por lo que el perfil que les caracteriza es una elevada motivación. Es posible que esto influya en los altos niveles de voluntariado que expresan para participar en todas las prácticas de seguridad, incluida la higiene de manos, que junto con la identificación de pacientes muestra los niveles más altos (96,9%).

Como se exponía con anterioridad, el perfil de auditor cumple las características correspondientes a una persona competente: tiene actitud (perfil de voluntario) y los conocimientos y las habilidades (perfil de evaluador) para realizarlo. Puede darse la circunstancia que una persona desee ser auditor (tiene voluntad) pero no alcance las características de ser buen evaluador, por lo que, a pesar de su interés, no podría desempeñar el rol de auditor.

Respecto al rol de evaluador, se ha considerado que lo alcanzan las personas que identifican correctamente al menos el 75% de las prácticas de seguridad que se presentan en los vídeos de evaluación. Esta competencia estuvo más desarrollada en el grupo de acompañantes (58,7 %), que en el de pacientes (40%).

El perfil de evaluador corresponde a participantes más jóvenes, con un nivel de formación más alto y que hubiera sufrido algún evento previo, así como pertenecer al grupo de quimioterapia, factores asociados a las posibles consecuencias para la salud si se producen fallos en la seguridad ¹³³.

En el grupo de padres y madres, el 81,3% de los participantes cumplieron los requisitos correspondientes al perfil de evaluador.

Con respecto a su autopercepción sobre la capacidad de reconocer prácticas seguras, tras la formación el 78% consideró que eran capaces de identificar correctamente la realización de las prácticas, salvo la comprobación del tratamiento que, aunque es la que más dudas les planteaba, el 63,5% valoró que era capaz de identificarla.

Cho et al.¹³⁴ diseñaron un programa de intervención educativa en seguridad de pacientes mediante autoformación a través de dispositivos móviles. Se dirigía a formar en la importancia de la participación del paciente para prevenir eventos adversos, y en estrategias dirigidas a mejorar su seguridad, en este caso relacionados con la cirugía. Al igual que en el grupo de padres y madres, tras la formación midieron el nivel de autoeficacia alcanzada mediante la pregunta: ¿Se siente seguro para realizar estas acciones de prevención? Destacan que la autoeficacia es un determinante de la participación de los pacientes en su seguridad, por lo que es especialmente relevante identificar si las intervenciones formativas a pacientes mejoran la autoeficacia por su influencia en los cambios de comportamiento.

Por último, cumplieron el perfil de auditor (perfil voluntario y perfil evaluador) el 28,4% de los pacientes, el 44,2% de los acompañantes y el 78,1% de los padres y madres. Es decir, este grupo de participantes mostraron voluntad para hacerlo, estaban capacitados para realizarlo correctamente y además sintieron que podían hacerlo.

Las valoraciones de los pacientes auditores permiten identificar brechas de seguridad en tiempo real para incorporarlas dentro de los ciclos de mejora continua (planificar, hacer, verificar y actuar). Al mismo tiempo el que los profesionales sean conocedores de poder estar siendo evaluados puede incrementar su adhesión a las prácticas de seguridad de pacientes.

4. EL CONOCIMIENTO FAVORECE LA DISPOSICIÓN A INTERPELAR A LOS PROFESIONALES SOBRE LAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD

Una de las estrategias dirigidas a la implicación de los pacientes y familias en su seguridad es animarles a que planteen todas las dudas que les puedan surgir a lo largo de su proceso asistencial y que se materializa con campañas como Speak Up³¹, AskMe³⁴, o en nuestro medio “Participa activamente en tu cuidado”³⁷, entre otras.

Al mismo tiempo, es habitual que los profesionales indiquen a los pacientes que pregunten todas las dudas que tengan y expresen sus inquietudes y preocupaciones. Sin embargo, y tal como refleja la literatura, indicarle a un profesional que no ha realizado una práctica correctamente o que la ha omitido, genera incomodidad, miedo a molestarles, a posibles represalias, etc.^{101,102,107,117,120,135-137}

Las formas de dirigirse al profesional para indicarle o “recordarle” que no ha llevado a cabo una determinada acción, puede hacerse de forma indirecta mediante preguntas factuales o bien interpellarle directamente al respecto.

Esta investigación partía de la consideración de que los auditores desempeñaran este rol bajo el anonimato. Sin embargo, a lo largo del proceso de investigación y de los diálogos en los grupos focales, se vislumbró la necesidad de conocer si entre los participantes había personas con perfil de retador o de posible retador. En varios de los grupos se indicaba que si conocían que había que realizar una práctica determinada y no se hacía, basándose en el conocimiento que habían logrado se lo indicarían al profesional.

“Si, por ejemplo, sé, porque me han dicho el procedimiento, que el momento más crítico para lavarse las manos es no sé cuál, y justamente he visto lavarse las manos antes, ¿pero en ese momento no? Y digo yo, jostras! Y digo... pues aquí salimos con una bacteria hospitalaria y que me deje en la UCI tres semanas, con mi hijo. Y digo, pues mira, se lo digo”.

Se consideró “retador” a la persona que le había indicado a un profesional que no había realizado una determinada acción o medida y “posible retador”, a la persona que, tras la intervención educativa, expresa que sí lo indicaría si se diera esa circunstancia.

El 46,7% de los participantes manifestaron que habían vivido situaciones en las que no se habían llevado a cabo alguna de las medidas de seguridad estudiadas. En estas circunstancias, el 20% de los participantes indicó que había interpellado al profesional por esa causa. La identificación de pacientes es la práctica comentada con mayor frecuencia y la higiene de manos la menos reseñada.

El 73,4% de los padres y madres señalaron haber identificado situaciones en las que no se llevó a cabo alguna de las medidas de seguridad. De estos, el 65,7% se lo indicó al profesional. La práctica menos comentada fue la higiene de manos y la más recordada por padres y madres fue la identificación. Esta respuesta difiere de los resultados obtenidos por Lee et al.¹²⁸ en el que el 60% de los participantes en una encuesta para conocer la implicación de los pacientes en seguridad, indicaron que no dirían su nombre ni fecha de nacimiento antes de recibir tratamiento médico.

Respeto a la influencia de la intervención educativa en la modificación del perfil de posible retador, se observa que, tras la misma, en caso del grupo de hemoterapia y quimioterapia, se produjo un incremento significativo del 16,3% respecto a la situación basal. Por su parte, en el grupo de padres y madres también se produjo un incremento significativo del 17,2% de personas que expresaron este

perfil tras la formación. Se incrementó la actitud retadora en todas las prácticas de seguridad y de forma significativa en la higiene de manos (12,5%) y el peso del niño para el cálculo de la dosis (15,6%).

La formación e información de los pacientes es una herramienta esencial para lograr la implicación y el empoderamiento de los pacientes, tal y como reflejan Backman et al.¹²¹ al analizar la seguridad en las transiciones de los pacientes entre el ámbito hospitalario y Atención Primaria, o Sigall et al.¹⁰⁵ que destacan cómo el conocimiento facilita que los pacientes comuniquen problemas sobre su seguridad, o desde otro eje argumental, Chegini et al.¹³⁶ que identifican como barrera para la participación de los pacientes el tener bajos niveles de educación en salud. De Brún et al.¹⁰⁷ también reconocen la formación de los pacientes, como un elemento esencial, en primer lugar para ser conscientes de la importancia de la seguridad y por otro lado destacan la oportunidad, medios y facilidad para poder expresarlo. Lee et al.¹⁰¹ identifican entre los factores que influyen en los comportamientos de los pacientes en su seguridad, la formación para que puedan superar las barreras del miedo a las represalias o el considerar que no es una función que les corresponde... contribuye a romper la barrera existente entre profesionales y pacientes y de esta forma se favorece que los pacientes puedan expresar y comunicar aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes.

Uno de cada 5 participantes indicó haber experimentado un evento adverso a lo largo de su proceso asistencial. Este factor puede haber influido en el nivel de comodidad para indicarles a los profesionales si no habían realizado las prácticas de seguridad¹²⁰.

Por otro lado, es preciso destacar que la expresión de la voluntad de interpelar a un profesional, si se diera la situación, está influida por el marco en el que se realice la pregunta. En un estudio previo llevado a cabo por Waterman et al.¹³⁸, se observó que la proporción de las personas encuestadas que apoyaban la participación de los pacientes en la prevención de errores se reducía cuando se pasaba de una situación teórica a la realidad. En el caso de esta investigación se observa esta diferencia en la respuesta al preguntarles si interpelarían a un profesional si observan que no realiza una práctica de seguridad y la respuesta que dieron al preguntarles si en el pasado se lo habían dicho a un profesional si se dio esa circunstancia. Se produce una desconexión entre la voluntad para realizar una acción y llevarla a cabo.

En referencia al resto de variables independientes de esta investigación, se observaron diferencias significativas en el grupo de pacientes y acompañantes respecto a haber sufrido eventos. En el grupo de padres y madres no se encontraron asociaciones.

Todos los grupos manifestaron que no era un factor condicionante el sexo del profesional, ni las funciones o profesión que estos desempeñasen. Estos últimos aspectos difieren de estudios previos, en que indican cómo los pacientes interpelarían con mayor facilidad cuando el profesional es mujer, y les resultaría más sencillo decírselo a una enfermera que a un médico¹³⁹. Esta visión puede estar mediada por un modelo de relación paternalista de la relación sanitario-paciente o del estatus profesional. Sin embargo, también podría asociarse a un nivel de comunicación más próximo y sencillo con los profesionales de enfermería, porque la interrelación es más frecuente lo que favorece que se establezca una mayor cercanía y disposición para hablar y preguntar dudas o preocupaciones¹¹⁶.

5. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DEL PACIENTE AUDITOR DE PRÁCTICAS SEGURAS

Tomando como base los resultados, y sin evidencia estadística, los rasgos de las personas auditoras pueden corresponder a dos tipologías. Por un lado, el de cuidadores que desempeñen niveles altos de suplencia o ayuda respecto a la persona que cuidan, aunque sea forma puntual, en el continuum salud-enfermedad. En esta investigación queda reflejado por el grupo de padres y madres, especialmente a través de los grupos focales, en los que manifiestan cuidar y proteger a sus hijos e hijas. De igual forma, aunque no ha surgido desde los participantes en esta investigación, ocurriría en personas dependientes por procesos de salud o en personas más mayores que van delegando funciones en las personas que les cuidan¹³⁷.

El otro tipo, estaría representada por personas de edad media, con niveles educativos más altos y con experiencias de eventos de seguridad previos. Este perfil es el correspondiente a las personas que manifiestan el perfil de evaluador.

Estas características sociodemográficas son similares a las descritas por Lee et al.¹²⁸ en su investigación referente a la percepción en Corea sobre la participación en seguridad de pacientes en el que describen con niveles menores de autoeficacia, de confianza para participar a las personas con más edad y menos nivel educativo.

El otro elemento que constituye el perfil de auditor es el perfil de voluntario. El paciente auditor se caracteriza por el altruismo y la voluntad de ayuda, y muestra altos niveles de autoeficacia y asertividad. Comparte en gran medida las características del paciente “socio”, descritas por Mallogi et al.²⁶: motivación, dinamismo, con experiencia, que comprende su función y ha sido formada para lograr las habilidades necesarias. Sin embargo, es preciso reconocer que, aunque los participantes en esta

investigación expresaron porcentajes altos para participar de forma voluntaria como auditor, es posible que en el caso de implantarse los niveles de voluntariedad sean inferiores y pueda dificultar la disponibilidad de personas que quieran desempeñarlo. Este elemento es referido por Malloggi et al²⁶. sobre cómo involucrar a los pacientes en las organizaciones siendo apoyo a otros pacientes, participando en la mejora de la seguridad, en la formación e investigación. Conocer las experiencias de los profesionales sanitarios y las dificultades y los requerimientos para lograr la participación de los pacientes en las áreas antes descritas. Indicaban que la voluntariedad puede dificultar la participación al no tener ningún tipo de reconocimiento institucional. Por otro lado, como refieren Duhn et al.¹³⁷ puede que las creencias sobre cómo se va actuar no se materialicen en acciones. Es posible estar de acuerdo, pero esto no quiere decir que vaya a realizar una acción o en este caso piense que sí participaría y finalmente no lo haga. Igualmente, en sentido inverso, puede no estar de acuerdo y que, si se lo piden, lo haga. Estos autores indican que son diversos los factores que pueden condicionar el compromiso de los pacientes: el estado de salud, las funciones que vaya a desempeñar, su carácter, las experiencias previas... A su vez es necesario considerar que el grado de compromiso también puede estar condicionado por las circunstancias.

LIMITACIONES

- En el caso del grupo de pacientes de hematología y de quimioterapia y sus acompañantes, el proceso del estudio se llevó a cabo en situaciones reales de tratamiento y en el mismo entorno asistencial, la evaluación de la práctica asistencial se realizó sobre la visualización de vídeos. Se precisa disponer de un patrón oro para comparar si las observaciones eran correctas o no. Esto hubiera requerido incorporar observadores adicionales con el riesgo del sesgo de observación.
- Este rol de paciente auditor de prácticas seguras presenta un enfoque innovador, por lo que es necesario, por compromiso ético, cumplir una serie de garantías de éxito antes de poder implementarlo. Involucra a pacientes, acompañantes, profesionales sanitarios, y los responsables de gestión del hospital y se precisa demostrar que los pacientes y/o acompañantes pueden realizar correctamente las auditorías.
- El estudio se ha focalizado en pacientes con enfermedades oncológicas y hematológicas, y padres y madres de niños de niños y niñas que reciben tratamiento para prevenir la bronquiolitis que se dirige a una población infantil más susceptible de complicaciones por sus características. Por tanto, los resultados sólo representarían a pacientes crónicos, con contactos frecuentes y con posibilidad de consecuencias importantes para su salud, en el caso de no adherencia a las medidas de seguridad.
- La muestra de los pacientes de quimioterapia puede tener un sesgo de selección, ya que se establecieron unos criterios de selección restrictivos, determinados por su estado de salud física y emocional. Fueron las enfermeras que les atendían quienes valoraban cada día los pacientes que reunían las condiciones para poder participar. Por ello pueden no representar a todos los pacientes. Al mismo tiempo, los participantes pueden estar sometidos al sesgo de deseabilidad y dar respuestas más positivas para apoyar los objetivos del estudio. Para poder conocer la durabilidad del efecto de la intervención educativa en la disposición para interpelar a los profesionales, se requeriría un estudio de seguimiento.
- Con relación a la muestra de padres y madres, es una muestra autoseleccionada, La tasa de respuesta a la invitación fue muy baja, 9,9 tras dos campañas de invitación mediante carta postal. Es probable que por ello, los resultados obtenidos estén condicionados por la voluntad de participación en el estudio.

- Desde el inicio de esta investigación 2018, hasta 2022 en el que se presentan los resultados, se ha producido una pandemia, que ha supuesto, por un lado, un aprendizaje de medidas de prevención de la infección para toda la población y lugar, que ha universalizado el uso de las soluciones hidroalcohólicas para la higiene de manos, por lo que los resultados que se han obtenido con el estudio no sean acordes con la situación actual. Al mismo tiempo, se ha dado un gran avance en el uso de los dispositivos móviles y de la formación no presencial, que puede favorecer la formación a pacientes mediante recursos telemáticos, tal y como se realizó con el grupo de padres y madres.

CONTRIBUCIÓN DE ESTA TESIS Y DESARROLLO FUTURO

No se ha encontrado en la literatura ninguna publicación que midiera la validez y el interés de los pacientes y allegados en la evaluación de la adherencia de los profesionales a un conjunto seleccionado de prácticas seguras. Hay, sin embargo, experiencias en las que los pacientes y allegados notifican eventos adversos o notifican inquietudes (concerns)^{66,67,140} en relación a la seguridad de los pacientes. Asimismo, se han encontrado experiencias en las que en las encuestas de satisfacción o en las de clima de seguridad se incluyen preguntas en relación con la seguridad de pacientes.

Una vez comprobadas las hipótesis del estudio, el reto es dar un paso más allá. Se trataría de llevar la filosofía de este estudio a la práctica real. Para ello se necesitan metodologías pedagógicas que capaciten, tecnologías que facilite la evaluación y participantes dispuestos a evaluar. El objetivo sería disponer de un panel amplio de pacientes y allegados con las habilidades adecuadas que de forma continuada informaran a la organización del grado de adherencia de los profesionales a las prácticas seguras. Esa información anónima a través de un sistema de business intelligence generaría un cuadro de mandos de actualización automática que permitiera un seguimiento de las prácticas seguras “en directo”.

Para que los participantes (pacientes o allegados) adquieran las habilidades necesarias para evaluar, primero hay que ejercer una acción pedagógica mostrando qué son prácticas seguras y cómo éstas se llevan a cabo en las organizaciones sanitarias. Si esto no se produce, las notificaciones sobre el grado de adherencia a las prácticas seguras tendrán un valor limitado. Por lo tanto, una línea de desarrollo es la de la elaboración de materiales y métodos que capaciten al mayor número posible de participantes a evaluar. La elaboración de este material pedagógico tiene su dificultad. En primer lugar, se tiene que basar en la evidencia y ésta está en continua evolución. En segundo lugar, tiene que ser adecuada para “legos”.

Otra línea de trabajo futura es el desarrollo de iniciativas que fomenten la participación de pacientes y allegados en el reporte de prácticas seguras. Se pueden elaborar materiales que capaciten pero que generen poco interés por resultar aburridos, demasiado técnicos, etc. Por lo tanto, son necesarias líneas que evalúen cómo fomentar la participación como, por ejemplo, si las actividades que contemplan en su diseño la teoría del juego o gamificación estimulan de forma efectiva la participación de pacientes o acompañantes.

Otra línea de trabajo es estudiar mecanismos que permitan fidelizar a los pacientes en el proceso de evaluación. Una posibilidad es la utilización de paneles de pacientes y participantes que tengan múltiples contactos con las organizaciones sanitarias. Otra posibilidad es poder reclutar de forma masiva a pacientes (por ejemplo, antes de una intervención quirúrgica) aunque vayan a tener contactos puntuales con las organizaciones sanitarias.

Una tercera opción es incorporar a pacientes capacitados en los equipos de auditorías junto con profesionales. Los procesos de certificación de calidad de servicios sanitarios son una práctica cada vez más extendida, pero rara vez incorporan a pacientes en ese proceso.

Por otra parte, se tiene que estudiar la forma de favorecer que los profesionales consideren aceptable la evaluación por parte de pacientes y acompañantes. Probablemente pasará al igual que con las encuestas de calidad percibida. Tras una etapa en la que se cuestionó la capacidad del paciente para evaluar la calidad de la atención ofrecida, ya no se discute su legitimidad.

Las organizaciones sanitarias son complejas y para alcanzar su excelencia se requiere que todos los intervinientes caminen en la dirección que conduzca a la mejor calidad posible y de la forma más respetuosa posible. Contigo y para ti.

Conclusiones

CONCLUSIONES

1. Todos los organismos internacionales implicados en la seguridad del paciente consideran la participación de pacientes y allegados una barrera imprescindible para mejorar la seguridad de la atención sanitaria.
2. La figura del paciente auditor es innovadora y las organizaciones sanitarias necesitan poner en la balanza los beneficios y los riesgos antes de su implementación efectiva.
3. Los pacientes y sus familias, así como los profesionales sanitarios, gestores y responsables de seguridad de pacientes destacaron una serie de elementos con respecto a esta nueva figura.
 - Los principales aspectos **positivos** detectados de este rol fueron: amplía las barreras de seguridad; implica a los pacientes en el proceso asistencial e incorpora la visión del paciente en la organización; permite conocer la adherencia de los profesionales respecto a las medidas de seguridad evitando el sesgo de atención y, por lo tanto, contribuye a que las medidas de seguridad se conviertan en un hábito para los profesionales. En definitiva, favorece el impulso y consolidación de la cultura de seguridad en la organización.
 - Los aspectos **negativos** o **dificultades** destacados de este rol fueron: descubre las imperfecciones de la práctica asistencial pudiendo afectar el prestigio de la organización y la imagen que la población tiene de la sanidad; puede cuestionarse la atención recibida e incluso utilizar el conocimiento para lograr beneficios particulares; puede suponer un incremento en la presión de los profesionales al sentirse continuamente evaluados; puede deteriorar la relación paciente-profesional; supone una carga añadida para el paciente e incluso puede generar dilemas éticos relacionados con interpelar o no a los profesionales.
 - Los principales **requerimientos** para el desarrollo del paciente auditor fueron: el anonimato del paciente, del profesional observado y la confidencialidad sobre lo observado; formación sobre prácticas de seguridad para las personas que vayan a desempeñar este rol; información a profesionales de la implantación de este nuevo perfil; aseguramiento de un cumplimiento alto de adherencia a las prácticas

seguras, y en general, una madurez en seguridad del paciente de la organización en la que se vaya a implantar.

- Las principales **dificultades** de implantación detectadas fueron: la resistencia de los profesionales al cambio; la dificultad de prestar atención sobre medidas de seguridad mientras se recibe la atención sanitaria; la carga añadida que puede suponer para los pacientes, y el desarrollo que requiere en sistemas de comunicación para transmitir las evaluaciones.
 - Las **características del paciente con perfil auditor** señaladas fueron: pacientes frequentadores de la asistencia sanitaria o pacientes con ingresos prolongados; capacidad de observación, sentido común, tranquilidad y compromiso con su autocuidado, y un nivel cultural que les permita comprender las funciones del rol de auditor.
 - Los **entornos de aplicación** más apropiados detectados fueron las unidades y servicios implicados en procesos asistenciales complejos: hospitales de día, unidades de pacientes críticos, hemodiálisis, servicios de oncología y hematología; servicios centrales: laboratorios, procedimientos diagnósticos, y servicios o unidades en los que se utiliza con frecuencia el sistema de notificación de eventos adversos.
4. La percepción de los participantes en cuanto a la seguridad de pacientes de la organización es alta, aunque el 20% de participantes del grupo de onco-hematología^{ix} y el 25% del de pediatría^x indicaron haber tenido eventos adversos en asistencias sanitarias previas.
5. El desarrollo de materiales educativos dirigidos a la capacitación de pacientes y familiares, así como las intervenciones formativas, han mejorado la capacidad de detectar correctamente la adherencia a prácticas de seguridad con respecto a la situación basal. La intervención educativa presencial mejoró un 16,2% y la autoformativa un 29,6%. La mejora en el grupo de acompañantes fue mayor que la de los pacientes.

^{ix} Onco-hematología: corresponde al grupo de pacientes y acompañantes de oncología y de hemoterapia.

^x Pediatría: corresponde al grupo de padres y madres.

6. La mayoría de los participantes contestaron que les gustaría evaluar al menos el 75% de las prácticas seguras presentadas (8 de cada 10 del grupo de onco-hematología y 9 de cada 10 del grupo de pediatría).
7. Casi 5 de cada 10 participantes del grupo de onco-hematología y 8 de cada 10 del grupo de pediatría realizaron una evaluación correcta de al menos 75% de las prácticas seguras.
8. Una vez combinado los elementos de querer y saber auditar, se observó que 3 de cada 10 pacientes en el grupo de onco-hematología y 8 de cada 10 del grupo de padres cumplían las dos condiciones a la vez.
9. Tras la intervención educativa, 4 de cada 10 participantes en el grupo de onco-hematología y 6 de cada 10 en el grupo de padres estarían dispuestos a retar al menos el 75% de las prácticas seguras seleccionadas.
10. Las características más destacables del participante auditor para el grupo de onco-hematología fueron: la menor edad, el nivel educativo alto y las experiencias previas de eventos de seguridad. No hubo ningún rasgo diferencial en el grupo de pediatría probablemente por el tipo de participantes seleccionados.
11. La información proporcionada por pacientes y familiares actuando como auditores proporciona a las organizaciones sanitarias una información muy valiosa sobre seguridad y calidad de la atención que no podría obtenerse de otra manera. Este nuevo rol constituye una forma innovadora de implicar a los pacientes y familiares en la seguridad de los pacientes. Este trabajo de investigación proporciona a las organizaciones las directrices a seguir para poder hacer efectiva esta nueva función.
12. Las organizaciones sanitarias tienen que avanzar a nivel micro, meso y macro en el desarrollo y la investigación de cómo, cuándo y dónde incorporar al paciente y sus allegados para seguir mejorando la seguridad de los pacientes.

Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety [Internet]. 2009 [cited 2020 Sep 19]. Available from: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
2. Gómez-Ullate Rasines S, Jaime Zabala Blanco C. Derechos Humanos, bioética y derechos de los pacientes [Internet]. UNED; 2015 [cited 2021 Jan 1]. Available from: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Derecho-Sgomez/GOMEZ_ULLATE_RASINES_Susana_Tesis.pdf
<http://www.tesisenred.net/handle/10803/288821>
3. Robinson Rodríguez-Herrera D, Losardo RJ, Dr C, Rodríguez-Herrera R. Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS / History of patient's Safety. From the dawn of civilization to the WHO Global Patient Safety Challenges an. Vol. 131(4), Revista de la Asociación Médica Argentina. 2018.
4. Aranaz JM, Agra Y, Merchante JM, Vega AM, Pardo Hernández A, Lizarraga CA. La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. Med Clin [Internet]. 2010 [cited 2021 Mar 28];1–2. Available from: www.elsevier.es/medicinaclinica
5. Miranda M, Navarrete L. Semmelweis y su aporte científico a la medicina: Un lavado de manos salva vidas. Rev Chil infectología [Internet]. 2008 [cited 2021 Mar 24];25(1):54. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182008000100011
6. Institute of Medicine C on Q of HC in A. To Err Is Human [Internet]. Vol. 2, International Journal of Public Health. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000. 93–95 p. Available from: <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=Jj25GILKXSgC&pgis=1>
7. Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. BMJ [Internet]. 2016 May 3 [cited 2021 Mar 27];353:i2139. Available from: <http://group.bmj.com/group/rights-licensing/>
8. Panagioti M, Khan K, Keers RN, Abuzour A, Phipps D, Kontopantelis E, et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. BMJ [Internet]. 2019 Jul 17 [cited 2022 Apr 7];366:l4185. Available from: [/pmc/articles/PMC6939648/](http://pmc/articles/PMC6939648/)
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid; 2006.
10. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [Internet]. Madrid; 2011 [cited 2021 Mar 28]. Available from: www.mspsi.es
11. Organización Mundial de la Salud. 55a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 13-18 de mayo de 2002: resoluciones y decisiones: anexos. World Health Organization, editor. Resoluciones y Decis Anexos [Internet]. 2002 [cited 2021 Apr 1];79. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258955>

12. World Health Organization. La Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente [Internet]. [cited 2021 Apr 2]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety>
13. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020. Minist Sanidad, Serv Soc e Igual [Internet]. 2015 [cited 2022 Apr 7];1–128. Available from: [https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia Seguridad del Paciente 2015-2020.pdf](https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf)
14. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente [Internet]. 72 Asamblea Mundial de la Salud A72/26. 2019. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-sp.pdf
15. World Health Organization. Acción mundial en pro de la seguridad del paciente WHA 72.6 [Internet]. Vol. 53, World Alliance for Patient Safety. 2019. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-sp.pdf
16. World Health Organization. Draft Global Patient Safety action Plan 2021-2030 towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 16]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/gpsap/global-patient-safety-action-plan_12-apr-2021.pdf?sfvrsn=58ad8e9e_10
17. World Health Organization. Pacientes para la seguridad del paciente [Internet]. Who. Initiatives. Patients for patient safety. [cited 2022 Mar 20]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/patients-for-patient-safety>
18. World Health Organisation. London Declaration Patients for Patient Safety WHO Patient Safety. World Heal oranisation, world alliance patient Saf. 2006;(March 29):2006.
19. WHO. Health 2020 policy framework and strategy [Internet]. Co; 2012 [cited 2022 Mar 2]. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/170093/RC62wd08-Eng.pdf
20. International Alliance of Patients' Organizations. A global voice of patients. Empoderamiento del Paciente [Internet]. 2017 [cited 2022 Mar 6]. Available from: www.iapo.org.uk
21. Forum EP. EPF Background Brief: Patient Empowerment [Internet]. Belgium; 2015 [cited 2022 Mar 6]. Available from: <http://www.eu-patient.eu/Events/upcoming-events/conference-on-patient-empowerment/>
22. European Patient Forum. LOS PACIENTES RECETAN E 5 PARA UNOS SISTEMAS DE SALUD SOSTENIBLES. Patient Empowerment Campaign. 2015.
23. Cerezo PG, Juvé-Udina M-E, Delgado-Hito P. Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review. Rev da Esc Enferm da USP [Internet]. 2016 Aug [cited 2022 Mar 2];50(4):667–74. Available from: www.ee.usp.br/reeusp
24. Ringdal M, Chaboyer W, Ulin K, Bucknall T, Oxelmark L. Patient preferences for participation in patient care and safety activities in hospitals. BMC Nurs [Internet]. 2017 Dec 21 [cited 2022 Apr 6];16(1):69. Available from: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-017-0266-7>
25. Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. Patient And Family Engagement: A Framework For Understanding The Elements And Developing Interventions

- And Policies. Health Aff [Internet]. 2013 Feb;32(2):223–31. Available from: <http://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2012.1133>
26. Malloggi L, Leclère B, Le Glatin C, Moret L. Patient involvement in healthcare workers' practices: how does it operate? A mixed-methods study in a French university hospital. BMC Health Serv Res [Internet]. 2020 Dec 8;20(1):391. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05271-w>
 27. Tambuyzer E, Pieters G, Van Audenhove C. Patient involvement in mental health care: one size does not fit all. Heal Expect [Internet]. 2014 Feb [cited 2020 Sep 12];17(1):138–50. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1369-7625.2011.00743.x>
 28. Fancott C, Baker GR, Judd M, Humphrey A, Morin A. Supporting Patient and Family Engagement for Healthcare Improvement: Reflections on “Engagement-Capable Environments” Pan-Canadian Learning Collaboratives. Healthc Q [Internet]. 2018 Dec 6;21(SP):12–30. Available from: <http://www.longwoods.com/content/25642>
 29. Angus M. Kingston General Hospital [Internet]. Kingston General Hospital. MQUP; 1973. 43–49 p. Available from: <https://www.jstor.org/stable/10.2307/j.ctt1w1vn0x>
 30. Wiig S, Aase K, von Plessen C, Burnett S, Nunes F, Weggelaar AM, et al. Talking about quality: exploring how ‘quality’ is conceptualized in European hospitals and healthcare systems. BMC Health Serv Res [Internet]. 2014 Dec 11;14(1):478. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84928796411&partnerID=tZOtx3y1>
 31. Institute for Healthcare Improvement. We should talk | Montreal Children’s Hospital [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 13]. Available from: <https://www.thechildren.com/patients-families/we-should-talk>
 32. Dubrovsky AS, Bishop A, Biron A, Cunningham-Allard G, DeCivita F, Fima A, et al. “ We Should Talk ”—Moving knowledge into action by learning to engage patients, families, and healthcare staff to communicate for patient safety. Healthc Manag Forum [Internet]. 2016 Jul 6;29(4):141–5. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0840470416641119>
 33. Shared Health Soins Commnus Manitoba. It’s Safe to Ask [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 13]. Available from: <https://www.safetoask.ca/>
 34. Institute for Healthcare Improvement. Ask Me 3: Good Questions for Your Good Health [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 13]. Available from: http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Ask-Me-3-Good-Questions-for-Your-Good-Health.aspx?PostAuthRed=/resources/_layouts/download.aspx?SourceURL=/resources/Knowledge Center Assets/Tools - AskMe3GoodQuestionsforYourGoodHealth_2613b77a-9d4c-4620-8bdd-2447
 35. The Joint Comission, Joint Commission. Speak Up se preocupa de los cuidados que recibe SpeakUp [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 13]. Available from: <https://fhn.org/docs/Speak up about your care Spanish Infographic 2019 85x11.pdf>
 36. University Collge London Hospital. NHS Foundation. Patient Safety film [Internet]. YouTube; 2016 [cited 2022 Mar 13]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=6YMZFRhh9L4>
 37. Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea. Participa activamente en tu ingreso [Internet].

- Salud Navarra; 2020 [cited 2022 Mar 16]. Available from:
https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Mi+enfermedad/Participa+activamente+en+tu+cuidado/
38. AHRQ. Fuiste diagnosticado recientemente - YouTube [Internet]. [cited 2022 Mar 15]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=V2fRuEURC5I>
 39. Agency for Healthcare Research and Quality. The 10 Questions You Should Know.
 40. Agency for Healthcare Research and Quality. : Veinte consejos para ayudar a evitar errores médicos. [Internet]. [cited 2022 Mar 19]. Available from: <https://www.ahrq.gov/patients-consumers/care-planning/errors/20tips/20tipssp.html>
 41. GENCAT Seguridad de los pacientes. ¿Qué es la identificación del paciente?. Seguridad de los Pacientes [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 19]. Available from: <https://seguretatsdelspacients.gencat.cat/es/detalls/noticia/Que-es-la-identificacio-del-pacient>
 42. Quirónsalud. Seguridad del Paciente | Hospital de Día Quirónsalud Donostia [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 19]. Available from: <https://www.quironsalud.es/donostia/es/pacientes-visitantes/seguridad-paciente>
 43. Osakidetza. Escuela de pacientes. Participa en tu seguridad - Osasun Eskola - Osakidetza [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 19]. Available from: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/cuida-salud/-/participa-en-tu-seguridad/>
 44. Seguridad del Paciente - Ministerio de Sanidad. 5 de mayo de 2009 [Internet]. 2009 [cited 2021 Apr 16]. Available from: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/programa-higiene-manos/jornada-mundial-higiene-manos-atencion-sanitaria/5-mayo-2009/>
 45. World Health Organization. Save Lives: clean hands campaign 2010 [Internet]. 2010 [cited 2021 Apr 16]. Available from: <https://www.who.int/campaigns/world-hand-hygiene-day/clean-hands-2010>
 46. World Health Organization. Save Lives: clean hands campaign 2011 [Internet]. 2011 [cited 2021 Apr 16]. Available from: <https://www.who.int/campaigns/world-hand-hygiene-day/clean-hands-2011>
 47. World Health Organization. Save Lives: clean hands campaign 2012 [Internet]. 2012 [cited 2021 Apr 16]. Available from: <https://www.who.int/campaigns/world-hand-hygiene-day/clean-hands-2012>
 48. World Health Organization. Save Lives: clean hands campaign 2013 [Internet]. 2013 [cited 2021 Apr 16]. Available from: <https://www.who.int/campaigns/world-hand-hygiene-day/clean-hands-2013>
 49. World Health Organization. Save Lives: clean hands campaign 2014 [Internet]. 2014 [cited 2021 Apr 16]. Available from: <https://www.who.int/campaigns/world-hand-hygiene-day/clean-hands-2014>
 50. World Health Organization. World Hand Hygiene Day 2021: Seconds save lives - clean your hands! [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 16]. Available from: <https://www.who.int/campaigns/world-hand-hygiene-day/2021>
 51. WHO. Hand Hygiene in the Community [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 19]. Available

- from: <https://www.who.int/infection-prevention/campaigns/clean-hands/en/>
52. Centers for Disease Control and Prevention. When and How to Wash Your Hands | Handwashing | CDC [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 19]. Available from: <https://www.cdc.gov/handwashing/when-how-handwashing.html>
 53. Play G. WHO medsafte [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 20]. Available from: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.companynname.MST.MobileApp>
 54. WEB-RARD. WEB-RADR: Recognising Adverse Drug Reactions [Internet]. 2014 [cited 2022 Mar 20]. Available from: <https://web-radr.eu/>
 55. WEB-RADR. WEB-RADR: Eventos de lanzamiento [Internet]. [cited 2022 Mar 20]. Available from: <https://web-radr.eu/mobile-apps/med-safety/launch-events/>
 56. Institute for Safe Medication Practices Canada (ISMP Canada). Safe MedicationUse CMIRPS [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 22]. Available from: <https://safemedicationuse.ca/about/cmiprs.html>
 57. World Health Organization. LISTA OMS DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA MANUAL DE APLICACIÓN [Internet]. 1st editio. World Health Organization, editor. Francia; 2008 [cited 2021 Apr 14]. 28 p. Available from: https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_manual_spanish.pdf
 58. World Health Organization. Manual de aplicación de la lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 2009. La cirugía segura salva vidas. [Internet]. 2009. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243598598_spa.pdf?ua=1
 59. Organización mundial de la salud. Información del paciente para la seguridad quirúrgica [Internet]. 2016. p. 2. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2015.18>
 60. Harris K, Russ S. Patient-completed safety checklists as an empowerment tool for patient involvement in patient safety: concepts, considerations and recommendations. *Futur Healthc J* [Internet]. 2021 Nov 29 [cited 2022 Mar 2];8(3):e567–73. Available from: <https://www.rcpjournals.org/lookup/doi/10.7861/fhj.2021-0122>
 61. Russ S, Latif Z, Hazell AL, Ogunmuyiwa H, Tapper J, Wachuku-King S, et al. A Smartphone App Designed to Empower Patients to Contribute Toward Safer Surgical Care: Community-Based Evaluation Using a Participatory Approach. *JMIR mHealth uHealth* [Internet]. 2020 Jan 20 [cited 2022 Mar 2];8(1):e12859. Available from: <https://mhealth.jmir.org/2020/1/e12859>
 62. Harris K, Sjøfteland E, Moi AL, Harthug S, Ravnøy M, Storesund A, et al. Development and validation of patients' surgical safety checklist. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2022 Dec 25 [cited 2022 Mar 28];22(1):259. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-07470-z>
 63. The Joint Commission. Video: Speak Up For Safe Surgery | The Joint Commission [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 20]. Available from: <https://www.jointcommission.org/resources/news-and-multimedia/video-resources/speak-up-for-safe-surgery/#ozVideo-show-hide-transcript>
 64. World Health Organization. Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems. Technical report and guidance [Internet]. 2020th ed. Organization WH, editor. Geneva:

- World Health Organization 2020; 2020 [cited 2021 Apr 4]. Available from: [hhttps://www.who.int/publications/i/item/9789240010338](https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338)
65. NHS England. Framework for involving patients in patient safety [Internet]. [cited 2022 Mar 22]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/patient-safety/framework-for-involving-patients-in-patient-safety/>
 66. Collins SA, Couture B, Smith AD, Gershanik E, Lilley E, Chang F, et al. Mixed-Methods Evaluation of Real-Time Safety Reporting by Hospitalized Patients and Their Care Partners: The MySafeCare Application. *J Patient Saf* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2022 Apr 5];16(2):e75–81. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/PTS.0000000000000493>
 67. Schnock KO, Snyder JE, Gershanik E, Lipsitz S, Dykes PC, Bates DW, et al. Unique Patient-Reported Hospital Safety Concerns With Online Tool: MySafeCare. *J Patient Saf* [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2022 Apr 15];18(1):e33–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32175964/>
 68. MACRMI. For Patients : MACRMI - Massachusetts Alliance for Communication and Resolution following Medical Injury [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 19]. Available from: <https://www.macrmi.info/patients>
 69. Grupo de investigación de segundas y terceras víctimas. Guía de Recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas. 2015. 1–55 p.
 70. Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad. Más allá de los Eventos Adversos. Profesionales e instituciones como segundas y terceras víctimas de los eventos adversos. 2017;5–24. Available from: <https://cursos.seguridaddelpaciente.es/courses/cur002/09/01-contenidos.pdf>
 71. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. 2015.
 72. Bergman -Chalmers B. EMPATHiE Empowering patients in the management of chronic diseases FINAL SUMMARY. 2013.
 73. European Patients’ forum. The Value+ Handbook For Project Co-ordinators, Leaders And Promoters On Meaningful Patient Involvement [Internet]. Brussels; 2013 [cited 2022 Apr 7]. Available from: www.eu-patient.eu/projects/valueplus/index.php
 74. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente [Internet]. Madrid; 2011 [cited 2022 Apr 7]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/gl/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Perspectiva_ciudadanos_SP.pdf
 75. Red de Escuelas de Salud para Ciudadanos. Documento de trabajo. 2012;1–11. Available from: <https://ingesa.sanidad.gob.es/ciudadanos/docs/RedEscuelas.pdf>
 76. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Gobierno de Navarra. Escuela de Pacientes - navarra.es [Internet]. [cited 2022 Apr 7]. Available from: https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Escuela+de+Salud/Escuela+de+Pacientes/
 77. Gobierno de Navarra. ESTRATEGIA “OSASUNBIDEA: CAMINANDO POR LA SALUD” [Internet]. 2017 [cited 2021 Jul 1]. Available from:

- <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/715677A9-F8E7-483A-9E6B-7F7B24B63320/390773/DOCUMENTOBASENAVEGABLE.pdf>
78. Navarrabiomed. Gestión de Calidad y Seguridad de Pacientes | [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 7]. Available from: <https://www.navarrabiomed.es/es/investigacion/unidades-de-investigacion/gestion-de-calidad-y-seguridad-de-pacientes>
 79. “Health Technology Assessment Information Service.” [Patient identification errors]. [Internet]. Vol. June 2016, ECRI Institute Patient Safety Organization’s. 2016. Available from: <https://www.ecri.org/components/SpecialReports/Pages/80816.aspx>.
 80. Agra Varela Nuria Prieto Santos Sara Carbajal Domínguez Y. Programa de Higiene de Manos del Sistema Nacional de Salud. Indicadores de higiene de manos 2020 [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 26]. Available from: https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2021/11/InformeHigienedeManos2020_24_11_2021.pdf
 81. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, et al. IBEAS design: Adverse events prevalence in Latin American hospitals. *Rev Calid Asist.* 2011 May 1;26(3):194–200.
 82. Hoffmann M, Sendlhofer G, Gombotz V, Pregartner G, Zierler R, Schwarz C, et al. Hand hygiene compliance in intensive care units: An observational study. *Int J Nurs Pract.* 2020;26(2):1–8.
 83. Bezerra TB, Valim MD, Bortolini J, Ribeiro RP, Marcon SR, Moura MEB. Adherence to hand hygiene in critical sectors: Can we go on like this? *J Clin Nurs* [Internet]. 2020 Jul 11 [cited 2021 Feb 7];29(13–14):2691–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32301162/>
 84. Alzyood M, Jackson D, Aveyard H, Brooke J. COVID-19 reinforces the importance of handwashing. *J Clin Nurs* [Internet]. 2020 Aug 14 [cited 2021 Feb 7];29(15–16):2760–1. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.15313>
 85. Unidad de Hemovigilancia. Área de Hemoterapia. Hemovigilancia. Año 2020 [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 26]. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/hemovigilancia/docs/Informe2019.pdf>
 86. S Narayan (Ed) D Poles et al. on behalf of the Serious Hazards of Transfusion (SHOT) Steering Group. The 2020 Annual SHOT Report [Internet]. Manchester; 2021 [cited 2022 Mar 26]. Available from: https://www.shotuk.org/wp-content/uploads/myimages/Interactive_SHOT-REPORT-2020_V2.1.pdf
 87. World Health Organization. Medication Without Harm. WHO Global Patient Safety Challenge. Medicat Without Harm [Internet]. 2017;16. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf;jsessionid=9E20D5E14139B3A8BE82E271A2DDF706?sequence=1>
 88. MSSSI. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud © 2020 Copyright: fadq.org, Ministerio de Sanidad. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Incidentes de seguridad notificados en 2019 [Internet]. Madrid; 2019 [cited 2021 Feb 6]. Available from: <https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2021/10/SINAPS2019accesible.pdf>

f?cachev=1

89. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Boletín de Recomendaciones para la Prevención de Errores de Medicación Los 10 errores de medicación de mayor riesgo [Internet]. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. 2021. p. 1–5. Available from: http://www.ismp-espana.org/ficheros/Boletin_50_Febrero_2021.pdf
90. Gobierno de Navarra. Nafarroako Gobernua. Memoria 2020. Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea. [Internet]. 2020. Available from: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/D2749AEB-0C7C-44CD-873E-6062D33616EF/473385/MemoriaSNSO2020.pdf>
91. López Francés I. El grupo de discusión como estrategia metodológica de investigación: aplicación a un caso. *Edetania Estud y propuestas socio-educativas*. 2010;(38):147–56.
92. Escobar J, Francy Y, Bonilla-Jimenez I. Grupos focales, una guía conceptual y metodológica. Vol. 9, Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología CUADERNOS HISPANOAMERICANOS DE PSICOLOGÍA.
93. Callejo Gallego MJ. Introducción a las técnicas de investigación social. Areces EUR, editor. España; 2009. 332 p.
94. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77–101.
95. Dilia M, Barrera M, Tonon G, Victoria S, Salgado A. Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social 1.
96. Nowell LS, Norris JM, White DE, Moules NJ. Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *Int J Qual Methods* [Internet]. 2017;16(1):1–13. Available from: <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
97. Kovacs-Litman A, Wong K, Shojanian KG, Callery S, Vearncombe M, Leis JA. Do Physicians Clean Their Hands? Insights From a Covert Observational Study. *An Off Publ Soc Hosp Med J Hosp Med* [Internet]. 2016;11(12). Available from: <http://www.publichealthontario.ca/>
98. Sheard L, Marsh C, O'Hara J, Armitage G, Wright J, Lawton R. Exploring how ward staff engage with the implementation of a patient safety intervention: a UK-based qualitative process evaluation. *BMJ Open* [Internet]. 2017 Jul 13;7(7):e014558. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/>
99. Bacon N. A smoke-alarm for patient safety and healthcare quality [Internet]. Neil Bacon Blog. 13/12/2010. 2010 [cited 2022 Mar 31]. Available from: <https://neilbacon.wordpress.com/2010/12/13/a-smoke-alarm-for-patient-safety-and-healthcare-quality/>
100. Vaismoradi M, Jordan S, Kangasniemi M. Patient participation in patient safety and nursing input - a systematic review. *J Clin Nurs* [Internet]. 2015 Mar;24(5–6):627–39. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12664>
101. Lee N-J, Ahn S, Lee M. Mixed-method investigation of health consumers' perception and experience of participation in patient safety activities. *BMJ Open* [Internet]. 2020 Mar 25 [cited 2020 Sep 26];10(3):e035831. Available from: <https://www.bmj.com/>
102. Hrisos S, Thomson R. Seeing It from Both Sides: Do Approaches to Involving Patients in

- Improving Their Safety Risk Damaging the Trust between Patients and Healthcare Professionals? An Interview Study. Ozakinci G, editor. PLoS One [Internet]. 2013 Nov 6;8(11):e80759. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0080759>
103. Giap T-T-T, Park M. Implementing Patient and Family Involvement Interventions for Promoting Patient Safety: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Patient Saf [Internet]. 2021 Mar;17(2):131–40. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/PTS.0000000000000714>
 104. Weingart SN, Zhu J, Chiappetta L, Stuver SO, Schneider EC, Epstein AM, et al. Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety. Int J Qual Heal Care. 2011;23(3):269–77.
 105. Bell SK, Martinez W. Every patient should be enabled to stop the line. BMJ Qual Saf [Internet]. 2019 Mar;28(3):172–6. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2018-008714>
 106. O'Hara JK, Armitage G, Reynolds C, Coulson C, Thorp L, Din I, et al. How might health services capture patient-reported safety concerns in a hospital setting? An exploratory pilot study of three mechanisms. BMJ Qual Saf [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2022 Mar 31];26(1):42–53. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/26/1/42>
 107. De Brún A, Heavey E, Waring J, Dawson P, Scott J. PReSaFe: A model of barriers and facilitators to patients providing feedback on experiences of safety. Heal Expect [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2020 Sep 30];20(4):771–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/hex.12516>
 108. Schneider E, Ridgely M, Quigley D. Developing and Testing the Health Care Safety Hotline: A Prototype Consumer Reporting System for Patient Safety Events [Internet]. Rockville; 2016 [cited 2022 Apr 5]. Available from: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/healthcare-safety-hotline_0.pdf
 109. The National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute. SAFETY IS PERSONAL. Partnering with Patients and Families Partnering with Patients and Families. 2014;1–46. Available from: www.npsf.org.
 110. Lyons M, Lyons M. Should patients have a role in patient safety? A safety engineering view. Qual Saf Heal Care. 2007;16:140–2.
 111. Bishop AC, Baker GR, Boyle TA, MacKinnon NJ. Using the Health Belief Model to explain patient involvement in patient safety. Heal Expect [Internet]. 2015 Dec;18(6):3019–33. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.12286>
 112. Fylan B, Armitage G, Naylor D, Blenkinsopp A. A qualitative study of patient involvement in medicines management after hospital discharge: an under-recognised source of systems resilience. BMJ Qual Saf [Internet]. 2018 Jul;27(7):539–46. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2017-006813>
 113. ESTUDIO EPINE-EPPS nº 31: 2021 Informe España [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 29]. Available from: [https://epine.es/api/documento-publico/2021 EPINE Informe España 27122021.pdf/reports-esp](https://epine.es/api/documento-publico/2021%20EPINE%20Informe%20España%2027122021.pdf/reports-esp)
 114. Oliveira AC de, Pinto S de A. Patient participation in hand hygiene among health

- professionals. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2022 Apr 5];71(2):259–64. Available from: <http://www.scielo.br/j/reben/a/NKSDfF66hv6bQgWmYQB3QpR/?lang=en>
115. Schildmeijer K, Nilsen P, Ericsson C, Broström A, Skagerström J. Determinants of patient participation for safer care: A qualitative study of physicians' experiences and perceptions. *Heal Sci Reports* [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2020 Sep 26];1(10):e87. Available from: </pmc/articles/PMC6266354/?report=abstract>
116. Bishop AC, Macdonald M. Patient Involvement in Patient Safety: A Qualitative Study of Nursing Staff and Patient Perceptions. *J Patient Saf* [Internet]. 2017 Jun;13(2):82–7. Available from: <https://journals.lww.com/01209203-201706000-00005>
117. Codsí M-P, Karazivan P, Rouly G, Leclaire M, Boivin A. Changing relationships: how does patient involvement transform professional identity? An ethnographic study. *BMJ Open* [Internet]. 2021 Jul 9 [cited 2022 Mar 19];11(7):e045520. Available from: </pmc/articles/PMC8273447/>
118. CA C, J S, BW L, V N, I C. Busting the Myths about Engaging Patients and Families in Patient Safety. 2016.
119. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci* [Internet]. 2011 Apr 23 [cited 2020 Sep 27];6(1):42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21513547/>
120. Fisher KA, Smith KM, Gallagher TH, Huang JC, Borton JC, Mazor KM. We want to know: patient comfort speaking up about breakdowns in care and patient experience. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2022 Mar 31];28(3):190–7. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/28/3/190>
121. Backman C, Cho-Young D. Engaging patients and informal caregivers to improve safety and facilitate person- and family-centered care during transitions from hospital to home – a qualitative descriptive study. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2019 Apr;Volume 13:617–26. Available from: <https://www.dovepress.com/engaging-patients-and-informal-caregivers-to-improve-safety-and-facili-peer-reviewed-article-PPA>
122. Cox ED, Jacobsohn GC, Rajamanickam VP, Carayon P, Kelly MM, Wetterneck TB, et al. A Family-Centered Rounds Checklist, Family Engagement, and Patient Safety: A Randomized Trial. *Pediatrics* [Internet]. 2017 May 1 [cited 2022 Mar 18];139(5). Available from: </pmc/articles/PMC5404725/>
123. Rosenberg RE, Williams E, Ramchandani N, Rosenfeld P, Silber B, Schlucter J, et al. Provider Perspectives on Partnering With Parents of Hospitalized Children to Improve Safety. *Hosp Pediatr*. 2018;8(6):330–7.
124. Burrows Walters C, Duthie E. Patients' Perspectives of Engagement as a Safety Strategy. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2017 Nov 1;44(6):712–8. Available from: <http://onf.ons.org/onf/44/6/patients-perspectives-engagement-safety-strategy>
125. Shin SH, Kim MJ, Moon HJ, Lee EH. Development and Effectiveness of a Patient Safety Education Program for Inpatients. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Mar 22 [cited 2022 Apr 3];18(6):3262. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/6/3262/htm>

126. Pinto A, Vincent C, Darzi A, Davis R. A qualitative exploration of patients' attitudes towards the "Participate Inform Notice Know" (PINK) patient safety video. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2013 Feb 1 [cited 2020 Sep 26];25(1):29–34. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article/25/1/29/1938416>
127. Kim Y-S, Kim M-S, Hwang J-I, Kim H-R, Kim H-A, Kim H-S, et al. Experiences in Patient Safety Education of Patient Safety Officer Using Focus Group Interview. *Qual Improv Heal Care* [Internet]. 2019 Dec 31 [cited 2022 Apr 4];25(2):2–15. Available from: <http://qihjournal.org/journal/view.php?doi=10.14371/QIH.2019.25.2.2>
128. Lee H-J, Jang SG, Choi JE, Lee W, Pyo J, Ock M, et al. Assessment of Public Perception Regarding Patient Engagement for Patient Safety in Korea. *J Patient Saf* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2022 Apr 16];17(1):44–50. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/PTS.0000000000000565>
129. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2022 Apr 17];25(6):1053–8. Available from: <https://academic.oup.com/eurpub/article/25/6/1053/2467145>
130. Schwappach DLB, Wernli M. Barriers and facilitators to chemotherapy patients' engagement in medical error prevention. *Ann Oncol*. 2011;22(2):424–30.
131. Schwappach DLB. Engaging Patients as Vigilant Partners in Safety A Systematic Review. *Med Care Res Rev* [Internet]. 2010;67(2):119–48. Available from: <http://mcr.sagepub.com>
132. Duhn L, Medves J. A 5-facet framework to describe patient engagement in patient safety. *Heal Expect* [Internet]. 2018 Dec;21(6):1122–33. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.12815>
133. Davis R, Anderson O, Vincent C, Miles K, Sevdalis N. Predictors of hospitalized patients' intentions to prevent healthcare harm: A cross sectional survey. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2012;49(4):407–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.10.013>
134. Cho S, Lee E. Effects of Self-Education on Patient Safety via Smartphone Application for Self-Efficacy and Safety Behaviors of Inpatients in Korea. *Healthc Inform Res* [Internet]. 2021 Jan 31 [cited 2022 Apr 4];27(1):48–56. Available from: <http://e-hir.org/journal/view.php?doi=10.4258/hir.2021.27.1.48>
135. Chegini Z, Arab-Zozani M, Shariful Islam SM, Tobiano G, Abbasgholizadeh Rahimi S. Barriers and facilitators to patient engagement in patient safety from patients and healthcare professionals' perspectives: A systematic review and meta-synthesis. *Nurs Forum* [Internet]. 2021 Oct 2 [cited 2022 Apr 2];56(4):938–49. Available from: <https://onlinelibrary-wiley-com.na-cdib.a17.csinet.es/doi/full/10.1111/nuf.12635>
136. Chegini Z, Janati A, Babaie J, Pouraghaei M. Exploring the barriers to patient engagement in the delivery of safe care in Iranian hospitals: A qualitative study. *Nurs Open* [Internet]. 2020 Jan 25 [cited 2022 Apr 2];7(1):457–65. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.411>
137. Duhn L, Godfrey C, Medves J. Scoping review of patients' attitudes about their role and behaviours to ensure safe care at the direct care level. *Heal Expect* [Internet]. 2020 Oct 5 [cited 2022 Apr 3];23(5):979–91. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hex.13117>

138. Waterman AD, Gallagher TH, Garbutt J, Waterman BM, Fraser V, Burroughs TE. Brief report: Hospitalized patients' attitudes about and participation in error prevention. *J Gen Intern Med*. 2006;21(4):367–70.
139. Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc [Internet]*. 2010;85(1):53–62. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2800278&tool=pmcentrez&endertype=abstract>
140. Couture B, Lilley E, Chang F, DeBord Smith A, Cleveland J, Ergai A, et al. Applying User-Centered Design Methods to the Development of an mHealth Application for Use in the Hospital Setting by Patients and Care Partners. *Appl Clin Inform [Internet]*. 2018 Apr 9 [cited 2022 Apr 16];09(02):302–12. Available from: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0038-1645888>
141. World Health Organization. Promoción de la Salud Glosario Organización Mundial de la Salud Ginebra. 1998 [cited 2022 Apr 17]; Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=F09DECD31651EAF779E3C2E0CD8C3B86?sequence=1

Anexos

ANEXOS

1. FOLLETOS DE FORMACIÓN

1.1. HEMATOLOGÍA

SEGURIDAD DE PACIENTES - TRANSFUSIONES

Las organizaciones sanitarias velan por la salud de los pacientes. No obstante, a veces se producen eventos adversos como consecuencia de la atención sanitaria recibida. El evento adverso es una lesión o complicación no intencional que provoca un daño al paciente. Por evento adverso se entienden por ejemplo infecciones, diagnósticos incorrectos, fallidos o tardíos, errores relacionados con la medicación (receta incorrecta, dosis incorrecta, error en la vía de la administración), o con el equipamiento médico.

No es posible controlar todos los factores que influyen en la seguridad de los pacientes. Sin embargo, existen una serie de recomendaciones que, si se implantan adecuadamente, consiguen minimizar la probabilidad de que ocurran eventos adversos en las organizaciones sanitarias. A ese conjunto de recomendaciones se denomina prácticas seguras.

1. Identificación de pacientes

Los profesionales sanitarios deben identificar a los pacientes para asegurarse que se le aplican las técnicas diagnósticas o terapéuticas al paciente adecuado. A veces se utilizan pulseras de identificación, tarjetas u otros dispositivos. Si no hay otros dispositivos, o antes de ponerlos, **el profesional sanitario debe preguntar al paciente por su nombre y apellidos**. Fórmulas adecuadas podrían ser: ¿Cómo se llama? ¿Me dice su nombre? El paciente debe decir su nombre y dos apellidos. El profesional puede corroborar los datos.



Identificación con **nombre y apellidos**.

Sin embargo, a veces los profesionales asumen el nombre del paciente o dicen el nombre del paciente sin haberlo preguntado activamente.

Esta forma de preguntar puede conllevar errores ya que puede haber más de una persona con ese nombre. Además, los pacientes por nerviosismo, etc. pueden responder con respuestas afirmativas a preguntas incorrectas.



Identificación con **nombre y apellidos**.

2. Higiene de manos

La higiene de manos tiene como finalidad evitar infecciones.

Es importante que el profesional sanitario realice higiene de manos antes y después del contacto con el paciente. Es imprescindible antes y después de realizar una tarea aséptica como cura, inserción de catéteres, vías, etc. o tras la exposición a fluidos corporales (sangre, etc.). Las manos se pueden limpiar con agua y jabón o con productos hidroalcohólicos.



Higiene de manos antes de la extracción.



Higiene de manos tras la extracción.

3. Identificación de hemoderivados

Se debe verificar que las bolsas de transfusión que le van a administrar al paciente son las adecuadas. Para ello, se debe comprobar la identidad de la sangre con los datos de la pulsera del paciente. Además, el profesional sanitario mediante un lector de código de barras hace diferentes lecturas (profesional que lo administra, bolsa de transfusión, pulsera del paciente...).



Comprobación de la identidad de la sangre.



Lectura de los códigos de barras.



Lectura de los códigos de barras.



1.2. ONCOLOGÍA



Las organizaciones sanitarias velan por garantizar la salud de los pacientes.

Durante la asistencia sanitaria se pueden producir situaciones no esperadas, que ocasionan daño al paciente: los llamamos **eventos adversos**.

No es posible controlar todos los factores que influyen en la seguridad de los pacientes, sin embargo, la realización de determinadas acciones (llamadas **prácticas seguras**) ha demostrado reducir la probabilidad de reducir estos eventos con daño.

Ejemplos de prácticas seguras:

- Identificación del paciente
- Efectos secundarios y reacciones al tratamiento
- Higiene de manos
- Uso seguro del medicamento

✓ Identificación del paciente

Los profesionales sanitarios deben identificar a los pacientes para asegurarse que se le aplican las técnicas y cuidados adecuados.

Esta identificación puede hacerse mediante tarjetas, pulseras u otros dispositivos. Si no se disponen de estos sistemas, o antes de colocarlos, el profesional sanitario debe preguntar al paciente su nombre y apellidos. Las fórmulas adecuadas pueden ser: ¿Cómo se llama? ¿Me dice su nombre y apellidos? ¿fecha de nacimiento?... De esta forma el profesional puede corroborar los datos.



No le extrañe que le pregunten en varias ocasiones su nombre y apellidos, como medida de seguridad

¿Me dice su nombre y apellidos?
¿Me enseña la tarjeta de identificación?
¿Puedo ver su pulsera de identificación?



✓ Higiene de manos

La higiene de manos tiene como finalidad prevenir infecciones.

Es importante que el profesional sanitario realice la higiene de manos antes y después del contacto con el paciente.

La higiene de manos puede hacerse con agua y jabón o con soluciones especiales.

Es imprescindible antes y después de realizar una cura, insertar catéteres, vías, administrar un tratamiento... o tras la exposición a líquidos corporales como sangre, orina...



Hay que realizar la higiene de manos aunque se utilicen guantes

Cuándo	Cómo
Conectar el tratamiento	Solución especiales o agua y jabón
Realizar curas	
Colocar vías o catéteres	
Extraer sangre	
Contacto con líquidos corporales	



✓ Comprobar reacciones a los tratamientos

Algunos fármacos pueden provocar efectos secundarios.

Durante la consulta, el profesional sanitario debe preguntarle si ha tenido alguna reacción tras el tratamiento anterior, así podrá tomar medidas para ajustar la dosis y aliviar los síntomas.

Al iniciar el tratamiento, la enfermera/o le preguntará nuevamente sobre los efectos secundarios y le indicará que le avise si nota cualquier tipo de reacción o síntomas durante la infusión de los medicamentos. De esta forma se podrá actuar rápidamente, reduciendo los efectos y aumentando su tolerancia y confort.

Se le preguntará sobre los síntomas y efectos secundarios del tratamiento

	Tratamiento anterior	Avisar si nota cualquier síntoma durante la infusión
		

✓ Comprobación de paciente y fármaco correcto

Hay que asegurarse de que los fármacos que se le van a administrar son los correctos. Para ello, la enfermera/o comprobará que los medicamentos y la dosis corresponden con lo prescrito por el médico.

Comprobarán que coincide:

- ✓ lo indicado por el médico
- ✓ lo preparado en la farmacia
- ✓ su identificación personal

Esta verificación puede hacerse con diversos dispositivos, como la lectura de código de barras, o bien realizando una confirmación manual.

 Comprobarán que son los fármacos que han preparado para usted	Comprobación previa a la infusión	
	Lectores de códigos de barras Otros sistemas Comprobación manual	Paciente con nombre y apellidos Fármaco Dosis Vía de administración Tiempo de infusión



1.3. PADRES Y MADRES

Prácticas seguras

Pediatría



<https://capacesporlaseguridad.com>

Las organizaciones sanitarias velan por garantizar la salud de los pacientes.

Sin embargo, durante la asistencia sanitaria se pueden producir situaciones **no esperadas**, que ocasionan daño al paciente: los llamamos **eventos adversos**.

Aunque no es posible controlar todos los factores que influyen en la seguridad de los pacientes, la realización de determinadas acciones, llamadas **prácticas seguras**, ha demostrado reducir la probabilidad de reducir estos eventos.

Ejemplos de prácticas seguras

- Identificación del paciente
- Higiene de manos y desinfección de la piel
- Cálculo de dosis
- Asegurar todas las dosis
- Información del tratamiento, efectos secundarios y pautas a seguir

Identificación del paciente

Los profesionales sanitarios deben identificar correctamente a los pacientes para asegurarse que se les aplican las técnicas y cuidados adecuados.

En el caso de los niños y niñas, es especialmente importante, sobretodo en edades tempranas y/o en situaciones en las que ellos no pueden decir su nombre.

Se confirmará que es el niño o niña correcto, antes de administrar tratamientos, de realizar pruebas o técnicas diagnósticas o procedimientos quirúrgicos.


Se puede comprobar la identidad mediante tarjetas, pulseras u otros sistemas.

Si no se disponen de estos medios, los profesionales sanitarios deben preguntar a los padres/madres o tutores /tutoras, el nombre y apellidos del niño/a. Las fórmulas adecuadas pueden ser: ¿Cómo se llama el niño/a? ¿Me dice su nombre y apellidos? De esta forma el profesional puede corroborar los datos.

¿Cómo se llama el niño/la niña?

No le extrañe que le pregunten en varias ocasiones el nombre y apellidos del niño o niña, como medida de seguridad. Preguntar por el nombre y apellidos es lo adecuado.

Identificación niño / niña	
Sólo nombre	No correcto ❌
Sólo apellidos	No correcto ❌
Nombre y apellidos	CORRECTO! ✅



Prácticas seguras en relación con la administración de medicamentos

- Para indicar las prácticas seguras en relación a los medicamentos, hemos elegido como ejemplo la prevención de la infección por Virus Respiratorio Sincitial porque recoge aspectos como:



- Cálculo de la dosis



- Higiene de manos y desinfección de la piel



- Asegurar la dosis y el tiempo entre dosis

3



Tratamiento para la prevención de la infección por Virus Respiratorio Sincitial



El Virus Respiratorio Sincitial (VRS) es la primera causa de bronquiolitis o neumonía y la primera causa de ingreso por este motivo en niños menores de dos años.



Son especialmente vulnerables los niños prematuros y los que tienen otros problemas de salud (por ejemplo: cardiopatías congénitas, enfermedades neuromusculares, etc.) .



En estos momentos, no existe una vacuna contra el virus, pero se dispone de un tratamiento para prevenir la infección. Consiste en administrar anticuerpos. Si el niño se contagia por este virus los anticuerpos evitarán que el virus cause una infección respiratoria grave.



Los efectos secundarios no son frecuentes, pero si aparecen, los más habituales son la fiebre o el enrojecimiento de la piel en la zona del pinchazo. Si el niño/a está molesto y presenta alguno de estos efectos puede administrarle paracetamol.



Información

- Tratamiento
- Efectos secundarios y pautas a seguir si aparecen
- Consentimiento informado
- Folleto informativo



Cálculo de dosis



La cantidad de medicación a administrar es personalizada para cada niño/a y ajustada a su evolución.



La dosis de medicamento se calcula mediante una fórmula matemática para lo que se precisa conocer el peso real del niño/a.



Por esta razón, cada vez que acuda para administrarle el tratamiento se le pesará sin ropa y sin pañal.



Peso

Es importante conocer el peso real del niño sin ropa y sin pañal.



5

 **Higiene de manos y desinfección de la piel** 

 **Higiene de manos**

 La higiene de manos tiene como finalidad prevenir infecciones.

 La higiene de manos puede hacerse con agua y jabón o con soluciones especiales

 Es imprescindible realizarla antes y después de:

- realizar una cura
- insertar catéteres y vías
- administrar un tratamiento...

 Siempre hay que realizar la higiene de manos tras la exposición a líquidos corporales como sangre, orina...

 Antes de inyectar un fármaco, hay que realizar la desinfección de la piel con un antiséptico como la clorhexidina

Hay que realizar la higiene de manos aunque se utilicen guantes.



6

 **Asegurar todas las dosis** 

 El VRS (Virus Sincitial Respiratorio) se dispersa y se transmite por vía aérea y contacto directo.

 Los casos de infección por este virus pueden aparecer desde septiembre-octubre hasta marzo.

 Tras la inyección del fármaco, el efecto dura **4 semanas**. Por eso hay que repetir las dosis cada 4 semanas mientras circula el virus.

 Si se retrasa la dosis, el niño/niña estará sin la protección deseada.

 Por eso, es muy importante no perder ninguna cita y en caso de no poder acudir, hay que comunicarlo para adelantar la cita. Es importante guardar la tarjeta de programación de citas.

 **Agenda de citas**

- Guarde la tarjeta de citas.
- Comunique con antelación en caso de no poder acudir a una cita.



7

Prácticas seguras

Pediatría




<https://capacesporlaseguridad.com>

2. FORMULARIOS CAPACIDAD EVALUACIÓN PARTICIPANTES


2.1. HEMATOLOGÍA

2.1.1. Paciente

2.1.1.1. Variables

	
VARIABLES (TRANSFUSIÓN)	
Rellene por favor los siguientes datos:	
¿Es usted profesional sanitario?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
EDAD (años cumplidos)	
GÉNERO	<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
ESTUDIOS	<input type="checkbox"/> Enseñanzas superiores (universitarios, formación profesional grado superior)
	<input type="checkbox"/> Enseñanzas medias (bachillerato, ciclos formativos grado medio)
	<input type="checkbox"/> Enseñanza general básica (secundaria, EGB, formación profesional básica)
N.º ASISTENCIAS EN HOSPITAL DE DÍA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	
N.º INGRESOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	
PT3 (181106)	1 de 4

2.1.1.2. Formulario de percepción de seguridad del paciente inicial



5 ¿Ha observado si los profesionales identifican correctamente la sangre o los hemoderivados que administran a los pacientes? *(Seleccione sólo una opción)*

Siempre
 Casi siempre
 A menudo
 A veces
 Nunca

6 Si un profesional sanitario no le identifica con su nombre y apellidos:

¿Se lo comentaría? SI NO No sé
 ¿Lo ha comentado en alguna ocasión? SI NO No lo he precisado

7 Si un profesional sanitario no realiza la higiene de manos cuando debe:

¿Se lo comentaría? SI NO No sé
 ¿Lo ha comentado en alguna ocasión? SI NO No lo he precisado

8 Si un profesional sanitario no verifica la sangre o los hemoderivados que le va a administrar:

¿Se lo comentaría? SI NO No sé
 ¿Lo ha comentado en alguna ocasión? SI NO No lo he precisado

9 Si un profesional sanitario no le toma las constantes antes de una transfusión:

¿Se lo comentaría? SI NO No sé
 ¿Lo ha comentado en alguna ocasión? SI NO No lo he precisado

10 Si el profesional sanitario no le informa sobre los efectos secundarios que puede ocasionar la transfusión:

¿Se lo comentaría? SI NO No sé
 ¿Lo ha comentado en alguna ocasión? SI NO No lo he precisado

11 Antes de participar en este proyecto, en las ocasiones que ha recibido atención sanitaria, sentía que la organización sanitaria era: *(Seleccione sólo una opción)*

Totalmente segura
 Bastante segura
 Seguridad media
 Bastante insegura
 Totalmente insegura

PT3 (181106) 3 de 8



Por **evento adverso** se entiende el daño involuntario relacionado con la asistencia sanitaria, por ejemplo infecciones, diagnósticos incorrectos, fallidos o tardíos, problemas relacionados con la medicación, o con el equipamiento médico, etc.

Expresa su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas



1

La probabilidad de que los pacientes tengan un evento adverso como consecuencia de la atención sanitaria recibida es: *(Seleccione sólo una opción)*

- Ninguna
- Probabilidad pequeña
- Probabilidad media
- Probabilidad alta

2

¿Ha sufrido un evento adverso mientras recibía atención sanitaria?

- NO
- SI

2.1

Si ha sufrido un evento adverso, este ha sido:

*(Responder SOLO si la respuesta a la pregunta 2 ha sido "SI")
Seleccione todas las opciones que considere)*

- O Relacionado con la administración de medicación/transfusiones
- O Relacionado con el diagnóstico
- O Relacionado con la identificación de pacientes
- O Relacionado con los procedimientos, técnicas
- O Relacionado con los cuidados

3

¿Ha observado si los profesionales identifican correctamente al paciente antes de una transfusión? *(Seleccione sólo una opción)*

- Siempre
- Casi siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

4

¿Ha observado si los profesionales se lavan las manos en las circunstancias en las que deben hacerlo? *(Seleccione sólo una opción)*

- Siempre
- Casi siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

2.1.1.3. Cuestionario evaluativo previo a la formación



Responda si en el vídeo que acaba de ver, tienen lugar las siguientes acciones.

Marque con una cruz la opción que considere

PRIMERA PARTE: EXTRACCIÓN DE MUESTRA PARA PREPARAR LA TRANSFUSIÓN					
		SI	NO	NO SÉ	NO RECUERDO
1	La enfermera identifica correctamente al paciente en la entrevista con el paciente				
2	La enfermera realiza higiene de manos antes de extraer la sangre al paciente				
3	La enfermera coloca pulsera para asegurar que al paciente se le transfunde la sangre correcta				
SEGUNDA PARTE: INICIO DE TRANSFUSIÓN					
		SI	NO	NO SÉ	NO RECUERDO
4	La enfermera realiza toma de constantes antes de realizar la transfusión				
5	La enfermera identifica correctamente al paciente antes de la transfusión				
6	La enfermera identifica la bolsa de transfusión con el paciente mediante lectura de código de barras de la pulsera				
7	La enfermera realiza higiene de manos antes de conectar la bolsa de transfusión con la vía del paciente				
8	La enfermera realiza higiene de manos después de conectar la transfusión				
9	La enfermera le informa de los posibles efectos que puede sentir durante la transfusión				

PT (181106)

4 de 8

2.1.1.4. Cuestionario evaluativo tras la intervención formativa





Responda si en el vídeo que acaba de ver, tienen lugar las siguientes acciones.

Marque con una cruz la opción que considere


PRIMERA PARTE: EXTRACCIÓN DE MUESTRA PARA PREPARAR LA TRANSFUSIÓN					
		SI	NO	NO SÉ	NO RECUERDO
1	La enfermera identifica correctamente al paciente en la entrevista con el paciente				
2	La enfermera realiza higiene de manos antes de extraer la sangre al paciente				
3	La enfermera coloca pulsera para asegurar que al paciente se le transfunde la sangre correcta				
SEGUNDA PARTE: INICIO DE TRANSFUSIÓN					
		SI	NO	NO SÉ	NO RECUERDO
4	La enfermera realiza toma de constantes antes de realizar la transfusión				
5	La enfermera identifica correctamente al paciente antes de la transfusión				
6	La enfermera identifica la bolsa de transfusión con el paciente mediante lectura de código de barras de la pulsera				
7	La enfermera realiza higiene de manos antes de conectar la bolsa de transfusión con la vía del paciente				
8	La enfermera realiza higiene de manos después de conectar la transfusión				
9	La enfermera le informa de los posibles efectos que puede sentir durante la transfusión				

2.1.1.5. Formulario percepción de seguridad del paciente tras la formación





Este cuestionario tiene por objetivo medir su **percepción sobre la seguridad de pacientes** en las **condiciones habituales de atención** ("en la vida real")

Expresar su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas 

- 1 La probabilidad de que los pacientes tengan un evento adverso como consecuencia de la atención sanitaria recibida es: *(Seleccione sólo una opción)*

 - Ninguna
 - Probabilidad pequeña
 - Probabilidad media
 - Probabilidad alta
- 2 ¿Cree que la probabilidad de que un paciente tenga un evento adverso es diferente si es hombre o si es mujer? *(Seleccione sólo una opción)*

 - Creo que es igual en hombres que en mujeres
 - Creo que es más frecuente en hombres
 - Creo que es más frecuente en mujeres
 - No sé
- 3 ¿Ha observado si los profesionales identifican correctamente al paciente antes de una transfusión? *(Seleccione sólo una opción)*

 - Siempre
 - Casi siempre
 - A menudo
 - A veces
 - Nunca
- 4 ¿Ha observado si los profesionales realizan la higiene de manos en las circunstancias en las que deben hacerlo? *(Seleccione sólo una opción)*

 - Siempre
 - Casi siempre
 - A menudo
 - A veces
 - Nunca
- 5 ¿Ha observado si los profesionales identifican correctamente la sangre o los hemoderivados que tienen que administrar al paciente? *(Seleccione sólo una opción)*

 - Siempre
 - Casi siempre
 - A menudo
 - A veces
 - Nunca

PT (181106) 6 de 8



6 ¿Ha observado si los profesionales toman las constantes antes de administrar la sangre o hemoderivados? (Seleccione sólo una opción)

- Siempre
- Casi siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

7 Hoy, tras recibir esta formación sobre seguridad en la atención sanitaria, a la hora de recibir asistencia se siente: (Seleccione sólo una opción)

- Totalmente seguro/a
- Bastante seguro/a
- Seguridad media
- Bastante inseguro/a
- Totalmente inseguro/a

8 Considera que sabría reconocer si los profesionales sanitarios:

Identifican correctamente a los pacientes	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Realizan la higiene de manos cuando deben	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Verifican la sangre / hemoderivados que administran a los pacientes	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Toman las constantes antes de la transfusión	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Informan sobre los efectos secundarios que pueden ocasionar las transfusiones	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

9 Si un profesional sanitario no le identifica con su nombre y apellidos:

¿Se lo comentaría? SI NO No sé

10 Si un profesional sanitario no realiza la higiene de manos cuando debe:

¿Se lo comentaría? SI NO No sé

11 Si un profesional sanitario no verifica la sangre / hemoderivados que le va a administrar:

¿Se lo comentaría? SI NO No sé

12 Si el profesional sanitario no le informa sobre los efectos secundarios que puede ocasionar la transfusión:

¿Se lo comentaría? SI NO No sé



13 Si el profesional sanitario no le toma las constantes antes de la transfusión:

¿Se lo comentaría? SI NO No sé

14 Las **consecuencias** que pueda tener **en su salud** el que no se realice una medida de seguridad. ¿le influye para que se lo comente al profesional?

SI NO

15 **Tras la formación**, le gustaría poder **evaluar de forma anónima** a los profesionales que le atienden en el cumplimiento de las siguientes prácticas

Identificación de pacientes SI NO

Higiene de manos: SI NO

Verificación de la sangre / hemoderivados SI NO

Información sobre los efectos secundarios que pueden ocasionar la transfusión SI NO

Toma de constantes antes de la transfusión SI NO

16 Si detecta que el profesional no realiza alguna de las acciones anteriores, **se sentiría más cómodo** comentándolo si: *(Seleccione sólo una opción)*

El profesional es un hombre

El profesional es una mujer

Me daría lo mismo

No lo sé

17 Si detecta que el profesional no realiza alguna de las acciones anteriores, **se sentiría más cómodo** comentándolo si: *(Seleccione sólo una opción)*

El profesional es un/a médico/a

El profesional es un/a enfermero/a

El profesional es un/a auxiliar de enfermería

Me daría lo mismo

No lo sé

Muchas gracias por su colaboración en el proyecto

2.1.2. Acompañante

2.1.2.1. Variables



VARIABLES (TRANSFUSIÓN)


Rellene por favor los siguientes datos:


¿Es usted profesional sanitario?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
EDAD (años cumplidos)		
GÉNERO	<input type="checkbox"/> HOMBRE	<input type="checkbox"/> MUJER
ESTUDIOS	<input type="checkbox"/>	Enseñanzas superiores (universitarios, formación profesional grado superior)
	<input type="checkbox"/>	Enseñanzas medias (bachillerato, ciclos formativos grado medio)
	<input type="checkbox"/>	Enseñanza general básica (secundaria, EGB, formación profesional básica)
N.º ACOMPAÑAMIENTOS EN HOSPITAL DE DÍA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES		
N.º INGRESOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES		

ACOMPANANTE


PT3 (181106) 1 de 8

2.1.2.2. Formulario de percepción de seguridad del paciente: inicial





Por **evento adverso** se entiende el daño involuntario relacionado con la asistencia sanitaria, por ejemplo infecciones, diagnósticos incorrectos, fallidos o tardíos, problemas relacionados con la medicación, o con el equipamiento médico, etc.

Expresa su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas 

1 La probabilidad de que los pacientes tengan un evento adverso como consecuencia de la atención sanitaria recibida es: *(Seleccione sólo una opción)*

- Ninguna
- Probabilidad pequeña
- Probabilidad media

2 ¿Ha sufrido, el paciente al que acompaña, un evento adverso mientras recibía atención sanitaria?

- NO
- SI

2.1 Si ha sufrido un evento adverso, este ha sido:
(Responder SOLO si la respuesta a la pregunta 2 ha sido "SI")
Seleccione todas las opciones que considere)

- Relacionado con la administración de medicación/transfusiones
- Relacionado con el diagnóstico
- Relacionado con la identificación de pacientes
- Relacionado con los procedimientos, técnicas
- Relacionado con los cuidados

3 ¿Ha observado si los profesionales identifican correctamente al paciente antes de una transfusión? *(Seleccione sólo una opción)*

- Siempre
- Casi siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

4 ¿Ha observado si los profesionales se lavan las manos en las circunstancias en las que deben hacerlo? *(Seleccione sólo una opción)*

- Siempre
- Casi siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

PT3 (181106)
2 de 8

ACOMPañANTE



5 ¿Ha observado si los profesionales identifican correctamente la sangre o los hemoderivados que administran a los pacientes? (Seleccione sólo una opción)

- Siempre
- Casi siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

6 Si un profesional sanitario no identifica al paciente con su nombre y apellidos:

- ¿Se lo comentaría? SI NO No sé
- ¿Lo ha comentado en alguna ocasión? SI NO No lo he precisado

7 Si un profesional sanitario no realiza la higiene de manos cuando debe:

- ¿Se lo comentaría? SI NO No sé
- ¿Lo ha comentado en alguna ocasión? SI NO No lo he precisado

8 Si un profesional sanitario no verifica la sangre o los hemoderivados que va a administrar al paciente:

- ¿Se lo comentaría? SI NO No sé
- ¿Lo ha comentado en alguna ocasión? SI NO No lo he precisado

9 Si un profesional sanitario no le toma al paciente las constantes antes de una transfusión:

- ¿Se lo comentaría? SI NO No sé
- ¿Lo ha comentado en alguna ocasión? SI NO No lo he precisado

10 Si el profesional sanitario no le informa al paciente sobre los efectos secundarios que puede ocasionar la transfusión:

- ¿Se lo comentaría? SI NO No sé
- ¿Lo ha comentado en alguna ocasión? SI NO No lo he precisado

11 Antes de participar en este proyecto, sentía que la organización sanitaria era: (Seleccione sólo una opción)

- Totalmente segura
- Bastante segura
- Seguridad media
- Bastante insegura
- Totalmente insegura

ACOMPañANTE

2.1.2.3. Cuestionario evaluativo previo a la formación



Responda si en el vídeo que acaba de ver, tienen lugar las siguientes acciones.

Marque con una cruz la opción que considere

PRIMERA PARTE: EXTRACCIÓN DE MUESTRA PARA PREPARAR LA TRANSFUSIÓN					
		SI	NO	NO SÉ	NO RECUERDO
1	La enfermera identifica correctamente al paciente en la entrevista con el paciente				
2	La enfermera realiza higiene de manos antes de extraer la sangre al paciente				
3	La enfermera coloca pulsera para asegurar que al paciente se le transfunde la sangre correcta				
SEGUNDA PARTE: INICIO DE TRANSFUSIÓN					
		SI	NO	NO SÉ	NO RECUERDO
4	La enfermera realiza toma de constantes antes de realizar la transfusión				
5	La enfermera identifica correctamente al paciente antes de la transfusión				
6	La enfermera identifica la bolsa de transfusión con el paciente mediante lectura de código de barras de la pulsera				
7	La enfermera realiza higiene de manos antes de conectar la bolsa de transfusión con la vía del paciente				
8	La enfermera realiza higiene de manos después de conectar la transfusión				
9	La enfermera le informa de los posibles efectos que puede sentir durante la transfusión				

ACOMPañANTE

2.1.2.4. Cuestionario evaluativo tras la intervención formativa




Responda si en el vídeo que acaba de ver, tienen lugar las siguientes acciones.


Marque con una cruz la opción que considere

PRIMERA PARTE: EXTRACCIÓN DE MUESTRA PARA PREPARAR LA TRANSFUSIÓN					
		SI	NO	NO SÉ	NO RECUERDO
1	La enfermera identifica correctamente al paciente en la entrevista con el paciente				
2	La enfermera realiza higiene de manos antes de extraer la sangre al paciente				
3	La enfermera coloca pulsera para asegurar que al paciente se le transfunde la sangre correcta				
SEGUNDA PARTE: INICIO DE TRANSFUSIÓN					
		SI	NO	NO SÉ	NO RECUERDO
4	La enfermera realiza toma de constantes antes de realizar la transfusión				
5	La enfermera identifica correctamente al paciente antes de la transfusión				
6	La enfermera identifica la bolsa de transfusión con el paciente mediante lectura de código de barras de la pulsera				
7	La enfermera realiza higiene de manos antes de conectar la bolsa de transfusión con la vía del paciente				
8	La enfermera realiza higiene de manos después de conectar la transfusión				
9	La enfermera le informa de los posibles efectos que puede sentir durante la transfusión				

ACOMPañANTE


2.1.2.5. Formulario de percepción de seguridad del paciente tras la formación





Este cuestionario tiene por objetivo medir su **percepción sobre la seguridad de pacientes** en las **condiciones habituales de atención** ("en la vida real")

Expresa su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas



- 1 La probabilidad de que los pacientes tengan un evento adverso como consecuencia de la atención sanitaria recibida es: *(Seleccione sólo una opción)*

 - Ninguna
 - Probabilidad pequeña
 - Probabilidad media
 - Probabilidad alta
- 2 ¿Cree que la probabilidad de que un paciente tenga un evento adverso es diferente si es hombre o si es mujer? *(Seleccione sólo una opción)*

 - Creo que es igual en hombres que en mujeres
 - Creo que es más frecuente en hombres
 - Creo que es más frecuente en mujeres
 - No sé
- 3 ¿Ha observado si los profesionales identifican correctamente al paciente antes de una transfusión? *(Seleccione sólo una opción)*

 - Siempre
 - Casi siempre
 - A menudo
 - A veces
 - Nunca
- 4 ¿Ha observado si los profesionales realizan la higiene de manos en las circunstancias en las que deben hacerlo? *(Seleccione sólo una opción)*

 - Siempre
 - Casi siempre
 - A menudo
 - A veces
 - Nunca
- 5 ¿Ha observado si los profesionales identifican correctamente la sangre o los hemoderivados que tienen que administrar al paciente? *(Seleccione sólo una opción)*

 - Siempre
 - Casi siempre
 - A menudo
 - A veces
 - Nunca

PT (181106)
6 de 8

ACOMPañANTE



6 ¿Ha observado si los profesionales toman las constantes al paciente antes de administrar la sangre o hemoderivados? (Seleccione sólo una opción)

- Siempre
- Casi siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

7 Hoy, **tras recibir esta formación** sobre seguridad en la atención sanitaria, a la hora de recibir asistencia se siente: (Seleccione sólo una

- Totalmente seguro/a
- Bastante seguro/a
- Seguridad media
- Bastante inseguro/a
- Totalmente inseguro/a

8 Considera que sabría reconocer si los profesionales sanitarios:

Identifican correctamente a los pacientes	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Realizan la higiene de manos cuando deben	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Verifican la sangre / hemoderivados que administran a los pacientes	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Toman las constantes antes de la transfusión	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Informan sobre los efectos secundarios que pueden ocasionar las transfusiones	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

9 Si un profesional sanitario no identifica al paciente con nombre y apellidos:

¿Se lo comentaría? SI NO No sé

10 Si un profesional sanitario no realiza la higiene de manos cuando debe:

¿Se lo comentaría? SI NO No sé

11 Si un profesional sanitario no verifica la sangre / hemoderivados que le va a administrar al paciente:

¿Se lo comentaría? SI NO No sé

12 Si el profesional sanitario no informa al paciente sobre los efectos secundarios que puede ocasionar la transfusión:

¿Se lo comentaría? SI NO No sé

ACOMPañANTE



13 Si el profesional sanitario no le toma al paciente las constantes antes de la transfusión:

¿Se lo comentaría? SI NO No sé

14 Las **consecuencias** que pueda tener **en la salud** el que no se realice una medida de seguridad. ¿le influye para que se lo comente al profesional?

SI NO

15 **Tras la formación**, le gustaría poder **evaluar de forma anónima** a los profesionales que le atienden en el cumplimiento de las siguientes prácticas

Identificación de pacientes SI NO

Higiene de manos: SI NO

Verificación de la sangre / hemoderivados SI NO

Información sobre los efectos secundarios que pueden ocasionar la transfusión SI NO

Toma de constantes antes de la transfusión SI NO

16 Si detecta que el profesional no realiza alguna de las acciones anteriores, **se sentiría más cómodo** comentándolo si: *(Seleccione sólo una opción)*

- El profesional es un hombre
- El profesional es una mujer
- Me daría lo mismo
- No lo sé

17 Si detecta que el profesional no realiza alguna de las acciones anteriores, **se sentiría más cómodo** comentándolo si: *(Seleccione sólo una opción)*

- El profesional es un/a médico/a
- El profesional es un/a enfermero/a
- El profesional es un/a auxiliar de enfermería
- Me daría lo mismo
- No lo sé

Muchas gracias por su colaboración en el proyecto

PT (181106)

8 de 8

ACOMPANANTE

2.2. QUIMIOTERAPIA

2.2.1. Paciente

2.2.1.1. Variables



VARIABLES (ANTINEOPLÁSTICOS)

CÓDIGO PARTICIPACIÓN			
FECHA			
CONSENTIMIENTO INFORMADO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
PROFESIONAL SANITARIO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
EDAD (años cumplidos)			
GÉNERO	<input type="checkbox"/> HOMBRE	<input type="checkbox"/> MUJER	

CUALIFICACIÓN	<input type="checkbox"/> Estudios universitarios o equivalentes
	<input type="checkbox"/> Enseñanzas profesionales superiores
	<input type="checkbox"/> Enseñanza general secundaria, 2º ciclo
	<input type="checkbox"/> Enseñanza profesional de 2º grado, 2º ciclo
	<input type="checkbox"/> Enseñanza general secundaria, 1º ciclo
	<input type="checkbox"/> Estudios primarios o equivalentes
	<input type="checkbox"/> Sin estudios
	<input type="checkbox"/> Analfabeto por otras razones
	<input type="checkbox"/> Analfabeto por problemas físicos o psíquicos


ADECUACIÓN PROYECTO	Consciente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Orientado en tiempo y espacio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Colaborador	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Náuseas o vómitos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Adormilado	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Con dolor	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Mareado	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO


N.º ASISTENCIAS EN HD EN ÚLTIMO AÑO	
N.º INGRESOS EN EL ÚLTIMO AÑO	

Observaciones del encuestador


PQ3 (180807)
1 de 9

2.2.2. Formulario de percepción de seguridad del paciente inicial





Por **evento adverso** se entiende el daño involuntario relacionado con la asistencia sanitaria, por ejemplo infecciones, diagnósticos incorrectos, fallidos o tardíos, problemas relacionados con la medicación, o con el equipamiento médico, etc.

Expresar su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas 

1 La probabilidad de que los pacientes tengan un evento adverso como consecuencia de la atención sanitaria recibida es: *(Seleccione sólo una opción)*

- Ninguna
- Probabilidad pequeña
- Probabilidad media
- Probabilidad alta

2 ¿Ha sufrido un evento adverso mientras recibía atención sanitaria?

- NO
- SI

2.1 Si ha sufrido un evento adverso, este ha sido:
(Responder SOLO si la respuesta a la pregunta 2 ha sido "SI")
Seleccione todas las opciones que considere)

- Relacionado con la administración de medicación
- Relacionado con el diagnóstico
- Relacionado con la identificación de pacientes
- Relacionado con los procedimientos, técnicas
- Relacionado con los cuidados

3 ¿Ha observado si los profesionales identifican correctamente al paciente antes de proporcionar tratamiento? *(Seleccione sólo una opción)*

- Siempre
- Casi siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

4 ¿Ha observado si los profesionales se lavan las manos en las circunstancias en las que deben hacerlo? *(Seleccione sólo una opción)*

- Siempre
- Casi siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

PQ3 (180807)

2 de 9



- 5 ¿Ha observado si los profesionales identifican correctamente los medicamentos que administran a los pacientes? (Seleccione sólo una opción)
- Siempre
 - Casi siempre
 - A menudo
 - A veces
 - Nunca
- 6 Si un profesional sanitario no le identifica con su nombre y apellidos:
- ¿Se lo comentaría? SI NO No sé
- ¿Lo ha comentado en alguna ocasión? SI NO No lo he precisado
- 7 Si un profesional sanitario no realiza la higiene de manos cuando debe:
- ¿Se lo comentaría? SI NO No sé
- ¿Lo ha comentado en alguna ocasión? SI NO No lo he precisado
- 8 Si un profesional sanitario no verifica los fármacos que le va a administrar:
- ¿Se lo comentaría? SI NO No sé
- ¿Lo ha comentado en alguna ocasión? SI NO No lo he precisado
- 9 Si el profesional sanitario no le informa sobre los efectos secundarios que pueden ocasionar los fármacos:
- ¿Se lo comentaría? SI NO No sé
- ¿Lo ha comentado en alguna ocasión? SI NO No lo he precisado
- 10 Antes de participar en este proyecto, en las ocasiones que ha recibido atención sanitaria, sentía que la organización sanitaria era: (Seleccione sólo una opción)
- Totalmente segura
 - Bastante segura
 - Seguridad media
 - Bastante insegura
 - Totalmente insegura

2.2.2.1. Cuestionario evaluativo previo a la formación



Por **evento adverso** se entiende el daño involuntario relacionado con la asistencia sanitaria, por ejemplo infecciones, diagnósticos incorrectos, fallidos o tardíos, problemas relacionados con la medicación, o con el equipamiento médico, etc.

Este cuestionario es parte de un proyecto de investigación.
Las preguntas se refieren EXCLUSIVAMENTE a lo mostrado en el vídeo, no a la asistencia que usted recibe.
Las preguntas siguen la secuencia cronológica del vídeo.
Todas las opciones de respuestas son válidas. ¡Gracias!



PRIMERA PARTE: CONSULTA

	SI	NO	NO SÉ	NO RECUERDO
1 Se identifica correctamente al paciente en el interior de la consulta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Se comprueban las reacciones / efectos secundarios del último tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEGUNDA PARTE: SALA DE TRATAMIENTO


	SI	NO	NO SÉ	NO RECUERDO
3 ¿La enfermera identifica correctamente al paciente cuando llega a la sala de tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ¿La enfermera comprueba que el tratamiento corresponde con el paciente al que se le va administrar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ¿La enfermera realiza la higiene de manos antes de iniciar el proceso de conexión para el inicio del tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 ¿La enfermera informa al paciente sobre los posibles efectos que puede sentir durante el tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ¿La enfermera, realiza la higiene de manos después de haber puesto en marcha la administración de los fármacos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2.2.2. Formulario de percepción de seguridad del paciente tras la formación

Este cuestionario tiene por objetivo medir su **percepción sobre la seguridad de pacientes** en las **condiciones habituales de atención** ("en la vida real")

Expresar su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas



- 1 La probabilidad de que los pacientes tengan un evento adverso como consecuencia de la atención sanitaria recibida es: *(Seleccione sólo una opción)*
 - Ninguna
 - Probabilidad pequeña
 - Probabilidad media
 - Probabilidad alta
- 2 ¿Cree que la probabilidad de que un paciente tenga un evento adverso es diferente si es hombre o si es mujer? *(Seleccione sólo una opción)*
 - Creo que es igual en hombres que en mujeres
 - Creo que es más frecuente en hombres
 - Creo que es más frecuente en mujeres
 - No sé
- 3 ¿Ha observado si los profesionales identifican correctamente al paciente antes de proporcionar tratamiento? *(Seleccione sólo una opción)*
 - Siempre
 - Casi siempre
 - A menudo
 - A veces
 - Nunca
- 4 ¿Ha observado si los profesionales realizan la higiene de manos en las circunstancias en las que deben hacerlo? *(Seleccione sólo una opción)*
 - Siempre
 - Casi siempre
 - A menudo
 - A veces
 - Nunca
- 5 ¿Ha observado si los profesionales identifican correctamente los fármacos que tienen que administrar al paciente? *(Seleccione sólo una opción)*
 - Siempre
 - Casi siempre
 - A menudo
 - A veces
 - Nunca

PQ6 (180807) 7 de 9



TRAS RECIBIR LA FORMACIÓN

- 6 Hoy, tras recibir esta formación sobre seguridad en la atención sanitaria, a la hora de recibir asistencia se siente: *(Seleccione sólo una opción)*
- Totalmente seguro/a
 - Bastante seguro/a
 - Seguridad media
 - Bastante inseguro/a
 - Totalmente inseguro/a
- 7 Considera que sabría reconocer si los profesionales sanitarios:
- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Identifican correctamente a los pacientes | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Realizan la higiene de manos cuando deben | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Verifican los fármacos que administran a los pacientes | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Informan sobre los efectos secundarios que pueden ocasionar los fármacos | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
- 8 Si un profesional sanitario no le identifica con su nombre y apellidos:
- ¿Se lo comentaría? SI NO No sé
- 9 Si un profesional sanitario no realiza la higiene de manos cuando debe:
- ¿Se lo comentaría? SI NO No sé
- 10 Si un profesional sanitario no verifica los fármacos que le va a administrar:
- ¿Se lo comentaría? SI NO No sé
- 11 Si el profesional sanitario no le informa sobre los efectos secundarios que pueden ocasionar los fármacos:
- ¿Se lo comentaría? SI NO No sé
- 12 Las **consecuencias** que pueda tener **en su salud** el que no se realice una medida de seguridad, ¿le influye para que se lo comente al profesional?
- SI NO



13 Tras la formación, le gustaría poder **evaluar de forma anónima** a los profesionales que le atienden en el cumplimiento de las siguientes prácticas

Identificación de pacientes	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Higiene de manos:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Verificación de los medicamentos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Información sobre los efectos secundarios que pueden ocasionar los fármacos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

14 Si detecta que el profesional no realiza alguna de las acciones anteriores, **se sentiría más cómodo** comentándolo si: *(Seleccione sólo una opción)*

- El profesional es un hombre
- El profesional es una mujer
- Me daría lo mismo
- No lo sé

15 Si detecta que el profesional no realiza alguna de las acciones anteriores, **se sentiría más cómodo** comentándolo si: *(Seleccione sólo una opción)*

- El profesional es un/a médico/a
- El profesional es un/a enfermero/a
- El profesional es un/a auxiliar de enfermería
- Me daría lo mismo
- No lo sé

16 Unas preguntas sobre la realización de este estudio

- Las respuestas expresan sólo mi opinión
- He expresado mis opiniones y el acompañante me ha ayudado a entender la pregunta o escribir / marcar las respuestas en el documento.
- Las respuestas expresan mi opinión y la de mi acompañante

Muchas gracias por su colaboración en el proyecto

2.2.3. Acompañante

2.2.3.1. Variables



VARIABLES (ANTINEOPLÁSTICOS)

CÓDIGO PARTICIPACIÓN		
FECHA		
CONSENTIMIENTO INFORMADO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
PROFESIONAL SANITARIO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
EDAD (años cumplidos)		
GÉNERO	<input type="checkbox"/> HOMBRE	<input type="checkbox"/> MUJER

CUALIFICACIÓN	<input type="checkbox"/> Estudios universitarios o equivalentes
	<input type="checkbox"/> Enseñanzas profesionales superiores
	<input type="checkbox"/> Enseñanza general secundaria, 2º ciclo
	<input type="checkbox"/> Enseñanza profesional de 2º grado, 2º ciclo
	<input type="checkbox"/> Enseñanza general secundaria, 1º ciclo
	<input type="checkbox"/> Estudios primarios o equivalentes
	<input type="checkbox"/> Sin estudios
	<input type="checkbox"/> Analfabeto por otras razones
<input type="checkbox"/> Analfabeto por problemas físicos o psíquicos	

ADECUACIÓN PROYECTO	Consciente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Orientado en tiempo y espacio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Colaborador	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Náuseas o vómitos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Adormilado	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Con dolor	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Mareado	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO


N.º ASISTENCIAS EN HD EN ÚLTIMO AÑO	
N.º INGRESOS EN EL ÚLTIMO AÑO	


Observaciones del encuestador

AQ3 (180807)
1 de 9


ACOMPañANTE

2.2.3.2. Formulario de percepción de seguridad del paciente inicial





Por **evento adverso** se entiende el daño involuntario relacionado con la asistencia sanitaria, por ejemplo infecciones, diagnósticos incorrectos, fallidos o tardíos, problemas relacionados con la medicación, o con el equipamiento médico, etc.

Expresé su opinión COMO ACOMPAÑANTE. No hay respuestas correctas o incorrectas 

1 La probabilidad de que los pacientes tengan un evento adverso como consecuencia de la atención sanitaria recibida es: *(Seleccione sólo una opción)*

- Ninguna
- Probabilidad pequeña
- Probabilidad media
- Probabilidad alta

2 ¿Ha sufrido el paciente al que acompaña un evento adverso mientras recibía atención sanitaria?

- NO
- SI

2.1 Si ha sufrido un evento adverso, este ha sido:
(Responder SOLO si la respuesta a la pregunta 2 ha sido "SI")
Seleccione todas las opciones que considere)

- Relacionado con la administración de medicación
- Relacionado con el diagnóstico
- Relacionado con la identificación de pacientes
- Relacionado con los procedimientos, técnicas
- Relacionado con los cuidados

3 ¿Ha observado si los profesionales identifican correctamente al paciente antes de proporcionar tratamiento? *(Seleccione sólo una opción)*

- Siempre
- Casi siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

4 ¿Ha observado si los profesionales se lavan las manos en las circunstancias en las que deben hacerlo? *(Seleccione sólo una opción)*

- Siempre
- Casi siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

ACOMPAÑANTE

AQ3 (180807)

2 de 9



5 ¿Ha observado si los profesionales identifican correctamente los medicamentos que administran a los pacientes? (Seleccione sólo una opción)

- Siempre
- Casi siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

6 Si un profesional sanitario no identifica al paciente con su nombre y apellidos:

- ¿Se lo comentaría? SI NO No sé
- ¿Lo ha comentado en alguna ocasión? SI NO No lo he precisado

7 Si un profesional sanitario no realiza la higiene de manos cuando debe:

- ¿Se lo comentaría? SI NO No sé
- ¿Lo ha comentado en alguna ocasión? SI NO No lo he precisado

8 Si un profesional sanitario no verifica los fármacos que va a administrar al paciente:

- ¿Se lo comentaría? SI NO No sé
- ¿Lo ha comentado en alguna ocasión? SI NO No lo he precisado

9 Si el profesional sanitario no le informa al paciente sobre los efectos secundarios que pueden ocasionar los fármacos:

- ¿Se lo comentaría? SI NO No sé
- ¿Lo ha comentado en alguna ocasión? SI NO No lo he precisado

10 Antes de participar en este proyecto, sentía que la organización sanitaria era: (Seleccione sólo una opción)

- Totalmente segura
- Bastante segura
- Seguridad media
- Bastante insegura
- Totalmente insegura

ACOMPañANTE



Tras ver la película, indique aquellos aspectos que son importantes para usted y que no aparecen en el vídeo:

ACOMPañANTE

AQ3 (180807)

4 de 9

2.2.3.3. Cuestionario evaluativo previo a la formación



Por **evento adverso** se entiende el daño involuntario relacionado con la asistencia sanitaria, por ejemplo infecciones, diagnósticos incorrectos, fallidos o tardíos, problemas relacionados con la medicación, o con el equipamiento médico, etc.

Este cuestionario es parte de un proyecto de investigación. Las preguntas se refieren EXCLUSIVAMENTE a lo mostrado en el vídeo, no a la asistencia que usted recibe. Las preguntas siguen la secuencia cronológica del vídeo. Todas las opciones de respuestas son válidas. ¡Gracias!

PRIMERA PARTE: CONSULTA					
		SI	NO	NO SÉ	NO RECUERDO
1	Se identifica correctamente al paciente en el interior de la consulta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Se comprueban las reacciones / efectos secundarios del último tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEGUNDA PARTE: SALA DE TRATAMIENTO					
		SI	NO	NO SÉ	NO RECUERDO
3	¿La enfermera identifica correctamente al paciente cuando llega a la sala de tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	¿La enfermera comprueba que el tratamiento corresponde con el paciente al que se le va administrar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿La enfermera realiza la higiene de manos antes de iniciar el proceso de conexión para el inicio del tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	¿La enfermera informa al paciente sobre los posibles efectos que puede sentir durante el tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	¿La enfermera, realiza la higiene de manos después de haber puesto en marcha la administración de los fármacos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACOMPañANTE

2.2.3.4. Cuestionario evaluativo tras la intervención formativa



Por **evento adverso** se entiende el daño involuntario relacionado con la asistencia sanitaria, por ejemplo infecciones, diagnósticos incorrectos, fallidos o tardíos, problemas relacionados con la medicación, o con el equipamiento médico, etc.

Este cuestionario es parte de un proyecto de investigación. Las preguntas se refieren EXCLUSIVAMENTE a lo mostrado en el vídeo, no a la asistencia que usted recibe. Las preguntas siguen la secuencia cronológica del vídeo. Todas las opciones de respuestas son válidas. ¡Gracias!

PRIMERA PARTE: CONSULTA

	SI	NO	NO SÉ	NO RECUERDO
1 Se identifica correctamente al paciente en el interior de la consulta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Se comprueban las reacciones / efectos secundarios del último tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEGUNDA PARTE: SALA DE TRATAMIENTO

	SI	NO	NO SÉ	NO RECUERDO
3 ¿La enfermera identifica correctamente al paciente cuando llega a la sala de tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ¿La enfermera comprueba que el tratamiento corresponde con el paciente al que se le va administrar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ¿La enfermera realiza la higiene de manos antes de iniciar el proceso de conexión para el inicio del tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 ¿La enfermera informa al paciente sobre los posibles efectos que puede sentir durante el tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ¿La enfermera, realiza la higiene de manos después de haber puesto en marcha la administración de los fármacos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AQ5 (180807)

6 de 9

ACOMPañANTE

1.1.1.1. Cuestionario evaluativo tras la intervención formativa



Por **evento adverso** se entiende el daño involuntario relacionado con la asistencia sanitaria, por ejemplo infecciones, diagnósticos incorrectos, fallidos o tardíos, problemas relacionados con la medicación, o con el equipamiento médico, etc.

Este cuestionario es parte de un proyecto de investigación.
Las preguntas se refieren EXCLUSIVAMENTE a lo mostrado en el vídeo, no a la asistencia que usted recibe.
Las preguntas siguen la secuencia cronológica del vídeo.
Todas las opciones de respuestas son válidas. ¡Gracias!

PRIMERA PARTE: CONSULTA

	SI	NO	NO SÉ	NO RECUERDO
1 Se identifica correctamente al paciente en el interior de la consulta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Se comprueban las reacciones / efectos secundarios del último tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


SEGUNDA PARTE: SALA DE TRATAMIENTO

	SI	NO	NO SÉ	NO RECUERDO
3 ¿La enfermera identifica correctamente al paciente cuando llega a la sala de tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ¿La enfermera comprueba que el tratamiento corresponde con el paciente al que se le va administrar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ¿La enfermera realiza la higiene de manos antes de iniciar el proceso de conexión para el inicio del tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 ¿La enfermera informa al paciente sobre los posibles efectos que puede sentir durante el tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ¿La enfermera, realiza la higiene de manos después de haber puesto en marcha la administración de los fármacos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


PQ5 (180807)

6 de 9

1.1.1.2. Formulario de percepción de seguridad el paciente tras la formación



Este cuestionario tiene por objetivo medir su **percepción sobre la seguridad de pacientes** en las **condiciones habituales de atención** ("en la vida real")

Expresa su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas 

1 La probabilidad de que los pacientes tengan un evento adverso como consecuencia de la atención sanitaria recibida es: *(Seleccione sólo una opción)*

- Ninguna
- Probabilidad pequeña
- Probabilidad media
- Probabilidad alta

2 ¿Cree que la probabilidad de que un paciente tenga un evento adverso es diferente si es hombre o si es mujer? *(Seleccione sólo una opción)*

- Creo que es igual en hombres que en mujeres
- Creo que es más frecuente en hombres
- Creo que es más frecuente en mujeres
- No sé

3 ¿Ha observado si los profesionales identifican correctamente al paciente antes de proporcionar tratamiento? *(Seleccione sólo una opción)*

- Siempre
- Casi siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

4 ¿Ha observado si los profesionales realizan la higiene de manos en las circunstancias en las que deben hacerlo? *(Seleccione sólo una opción)*

- Siempre
- Casi siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

5 ¿Ha observado si los profesionales identifican correctamente los fármacos que tienen que administrar al paciente? *(Seleccione sólo una opción)*

- Siempre
- Casi siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

AQ6 (180807)

7 de 9

ACOMPañANTE



TRAS RECIBIR LA FORMACIÓN

- 6 Hoy, tras recibir esta formación sobre seguridad en la atención sanitaria, a la hora de recibir asistencia se siente: *(Seleccione sólo una opción)*
- Totalmente seguro/a
 - Bastante seguro/a
 - Seguridad medio/a
 - Bastante inseguro/a
 - Totalmente inseguro/a
- 7 Considera que sabría reconocer si los profesionales sanitarios:
- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Identifican correctamente a los pacientes | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Realizan la higiene de manos cuando deben | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Verifican los fármacos que administran a los pacientes | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Informan sobre los efectos secundarios que pueden ocasionar los fármacos | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
- 8 Si un profesional sanitario no identifica al paciente con nombre y apellidos:
- ¿Se lo comentaría? SI NO No sé
- 9 Si un profesional sanitario no realiza la higiene de manos cuando debe:
- ¿Se lo comentaría? SI NO No sé
- 10 Si un profesional sanitario no verifica los fármacos que va a administrar:
- ¿Se lo comentaría? SI NO No sé
- 11 Si el profesional sanitario no informa sobre los efectos secundarios que pueden ocasionar los fármacos:
- ¿Se lo comentaría? SI NO No sé
- 12 Las **consecuencias** que pueda tener **en la salud** el que no se realice una medida de seguridad, ¿le influye para que se lo comente al profesional?
- SI NO

ACOMPañANTE

13 Tras la formación, le gustaría poder **evaluar de forma anónima** a los profesionales que le atienden en el cumplimiento de las siguientes prácticas

Identificación de pacientes	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Higiene de manos:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Verificación de los medicamentos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Información sobre los efectos secundarios que pueden ocasionar los fármacos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

14 Si detecta que el profesional no realiza alguna de las acciones anteriores, **se sentiría más cómodo** comentándolo si: *(Seleccione sólo una opción)*

- El profesional es un hombre
- El profesional es una mujer
- Me daría lo mismo
- No lo sé

15 Si detecta que el profesional no realiza alguna de las acciones anteriores, **se sentiría más cómodo** comentándolo si: *(Seleccione sólo una opción)*

- El profesional es un/a médico/a
- El profesional es un/a enfermero/a
- El profesional es un/a auxiliar de enfermería
- Me daría lo mismo
- No lo sé

Muchas gracias por su colaboración en el proyecto

ACOMPañANTE

2.3. PADRES Y MADRES

2.3.1. Etapa 1

En esta etapa el padre o la madre participante cumplimentaba un formulario de variables sociodemográficas y de percepción de la seguridad del paciente. Visualizaba el vídeo evaluativo y respondía al cuestionario evaluativo previo a la intervención formativa.

CaPacES

Presentación Quiénes somos El proyecto Participar en el proyecto **Participante**

Hola, participante [Desconectar](#)

Participante

Gracias por participar en este proyecto.

Su colaboración se desarrolla en tres etapas. Cada una de ellas tiene una duración aproximada de entre 10 y 15 minutos.

Primera etapa 15 minutos Segunda etapa 15 minutos Tercera etapa 15 minutos

La participación es anónima y no se le va a solicitar ninguna información sobre usted o el niño /niña.

El consentimiento se considera como afirmativo al responder al formulario.

Pulse sobre el siguiente enlace para comenzar la primera etapa.

[1](#)

Acceso a siguientes etapas

En el caso de que no pueda realizar las tres etapas seguidas (es recomendable), podrá continuar las siguientes fases mediante estos botones

Etapa 2


[2](#)

Etapa 3

[3](#)

Validación del paciente como auditor de prácticas seguras.
Factores facilitadores desde una triple perspectiva: pacientes, profesionales y gestores

Primera etapa



Mediante una carta le invitamos a colaborar en el proyecto **CAPACES** que se está llevando a cabo en el Complejo Hospitalario de Navarra. El objetivo del proyecto es conocer la posibilidad de que los pacientes, o sus acompañantes habituales, participen en acciones sobre la Seguridad de los Pacientes mientras reciben la atención sanitaria.

La participación, **voluntaria y anónima**, consiste en ir completando diversos formularios y actividades

Su colaboración y participación será de **gran utilidad** para asegurar y mejorar la seguridad de los pacientes durante su atención sanitaria. ¡Le animamos!

Hay 28 preguntas en la encuesta.

TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Su participación es voluntaria y el consentimiento se otorga al aceptar responder a un formulario.

Acepto la participación y comprendo que la información es anónima

Siguiente

A lo largo de todo el proyecto no se le va a solicitar ningún dato que permita identificarle.

Para una correcta gestión y análisis de la información que nos proporciona, necesitamos que usted cree su **código personal, con 4 letras y 2 números**.

Se lo solicitaremos en cada formulario que cumplimente.

Es muy importante que **indique siempre el mismo cada vez que se lo solicitemos**, ya que si no, a pesar de su colaboración, no podremos obtener conclusiones fiables.

* 1

Cree su CÓDIGO DE PARTICIPACIÓN

Indique un código formado por 4 letras y 2 números.

Este será su identificador a lo largo del proyecto.

Es muy importante que lo anote y lo guarde ya que se lo solicitaremos en varias ocasiones a lo largo del proyecto.

No tenemos ningún dato sobre su identidad y si lo olvida no podremos ayudarle a recordarlo. Su participación es muy importante para que el desarrollo proyecto de Seguridad de Pacientes pueda continuar.

¡GRACIAS!

Siguiente

2.3.1.1. Formulario de percepción de seguridad del paciente


 **Participante: Borrar**

La información que le solicitamos a continuación tiene la finalidad de poder agrupar los datos para su análisis.

* 2 Indique su edad en años cumplidos:

 Sólo se pueden introducir números en este campo.

Siguiente

 **Participante: Borrar**

La información que le solicitamos a continuación tiene la finalidad de poder agrupar los datos para su análisis.

★ 4 Indique su nivel de formación académica:


📌 Seleccione una de las siguientes opciones

Enseñanza superior (universitaria, formación profesional grado superior)

Enseñanza media (bachillerato, ciclos formativos grado medio)

Enseñanza general básica (secundaria, EGB, formación profesional básica)

Siguiente

 **Participante: Borrar**

La información que le solicitamos a continuación tiene la finalidad de poder agrupar los datos para su análisis.

★ 5 Indique, en los últimos 12 meses, el número aproximado de ocasiones en las que ha acompañado a su hijo / hija para recibir asistencia sanitaria: (ej: consultas de atención especializada, revisiones, urgencias...)

Si no lo ha precisado, indique 0.

📌 Sólo se pueden introducir números en este campo.

Siguiente

 **Participante: Borrar**

La información que le solicitamos a continuación tiene la finalidad de poder agrupar los datos para su análisis.

★ 7 ¿Es usted un/una profesional sanitario?


📌 Seleccione una de las siguientes opciones

Si

No

Siguiente

Validación del paciente como auditor de prácticas seguras.
Factores facilitadores desde una triple perspectiva: pacientes, profesionales y gestores

 **Participante: Borrar.**

Expresar libremente su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas

Este proyecto se dirige a mejorar la Seguridad de los Pacientes.
Se entiende por evento adverso el daño involuntario al paciente relacionado con la asistencia sanitaria y no con la enfermedad que padece.

* 8 La probabilidad de que los pacientes tengan un evento adverso como consecuencia de la atención sanitaria recibida es:

1 Seleccione una de las siguientes opciones

Ninguna


Probabilidad pequeña

Probabilidad media

Probabilidad alta

2 Se entiende por evento adverso el daño involuntario al paciente relacionado con la asistencia sanitaria y no con la enfermedad que padece.

Siguiente

 **Participante: Borrar.**

Expresar libremente su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas

Este proyecto se dirige a mejorar la Seguridad de los Pacientes.
Se entiende por evento adverso el daño involuntario al paciente relacionado con la asistencia sanitaria y no con la enfermedad que padece.

* 9 ¿Usted o su hijo / hija ha sufrido, un evento adverso mientras recibía atención sanitaria?


1 Seleccione una de las siguientes opciones

SI

NO

2 Se entiende por evento adverso el daño involuntario al paciente relacionado con la asistencia sanitaria y no con la enfermedad que padece.

Siguiente

 Participante: Borrar.

Expresa libremente su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas

Este proyecto se dirige a mejorar la Seguridad de los Pacientes.

Se entiende por evento adverso el daño involuntario al paciente relacionado con la asistencia sanitaria y no con la enfermedad que padece.


* 10 Si ha sufrido un evento adverso, este ha sido:

● Marque las opciones que correspondan

- Relacionados con el diagnóstico o pruebas diagnósticas
- Relacionados con una valoración del estado general del paciente
- Relacionados con la monitorización del paciente o los cuidados que necesita
- Relacionados con infección nosocomial
- Relacionados con procedimientos e intervención quirúrgica
- Relacionados con medicamentos
- Relacionados con maniobras de reanimación
- Otros
- Otro:

● Seleccione todas las opciones que precise

Siguiente

 Participante: Borrar.

Expresa libremente su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas

Este proyecto se dirige a mejorar la Seguridad de los Pacientes.

Se entiende por evento adverso el daño involuntario al paciente relacionado con la asistencia sanitaria y no con la enfermedad que padece.


* 11 ¿Ha observado si los profesionales identifican correctamente al paciente antes de administrar un tratamiento?

● Seleccione una de las siguientes opciones

- Siempre
- Casi siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

Siguiente

Validación del paciente como auditor de prácticas seguras.
Factores facilitadores desde una triple perspectiva: pacientes, profesionales y gestores

 Participante: **Borrar.**

Expresar libremente su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas

Este proyecto se dirige a mejorar la Seguridad de los Pacientes.
Se entiende por evento adverso el daño involuntario al paciente relacionado con la asistencia sanitaria y no con la enfermedad que padece.

* 12 ¿Ha observado si los profesionales se lavan las manos en las circunstancias en las que deben hacerlo?

● Seleccione una de las siguientes opciones

Siempre


Casi siempre

A menudo

A veces

Nunca

Siguiente

 Participante: **Borrar.**

Expresar libremente su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas

Este proyecto se dirige a mejorar la Seguridad de los Pacientes.
Se entiende por evento adverso el daño involuntario al paciente relacionado con la asistencia sanitaria y no con la enfermedad que padece.

* 13 ¿Ha observado si los profesionales sanitarios comprueban que el tratamiento que van a administrar es el que corresponde al niño / niña?

● Seleccione una de las siguientes opciones

Siempre


Casi siempre

A menudo

A veces

Nunca

Siguiente

 Participante: **Borrar.**

Expresar libremente su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas

Este proyecto se dirige a mejorar la Seguridad de los Pacientes.

Se entiende por evento adverso el daño involuntario al paciente relacionado con la asistencia sanitaria y no con la enfermedad que padece.

* 14 ¿Ha observado si los profesionales pesan al niño / niña antes de determinar la dosis de un tratamiento?

● Seleccione una de las siguientes opciones

Siempre


Casi siempre

A menudo

A veces

Nunca

Siguiente

 Participante: **Borrar.**

Expresar libremente su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas

Este proyecto se dirige a mejorar la Seguridad de los Pacientes.

Se entiende por evento adverso el daño involuntario al paciente relacionado con la asistencia sanitaria y no con la enfermedad que padece.

* 15 Cuando le han indicado un tratamiento al niño / niña ¿le han informado sobre los posibles efectos secundarios del mismo?

● Seleccione una de las siguientes opciones

Siempre

Casi siempre


A menudo

A veces

Nunca

Siguiente

Validación del paciente como auditor de prácticas seguras.
Factores facilitadores desde una triple perspectiva: pacientes, profesionales y gestores

 **Participante: Borrar.**

Expresar libremente su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas

Este proyecto se dirige a mejorar la Seguridad de los Pacientes.
Se entiende por evento adverso el daño involuntario al paciente relacionado con la asistencia sanitaria y no con la enfermedad que padece.

* 16 Si un profesional sanitario no identifica al niño / niña con su nombre y apellido, ¿se lo recordaría?


● Seleccione una de las siguientes opciones

No

Si

No sé

[Siguiente](#)

 **Participante: Borrar.**

Expresar libremente su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas

Este proyecto se dirige a mejorar la Seguridad de los Pacientes.
Se entiende por evento adverso el daño involuntario al paciente relacionado con la asistencia sanitaria y no con la enfermedad que padece.

* 17 Si alguna vez un profesional sanitario no ha identificado al niño / niña con su nombre y apellido, ¿se lo ha recordado?


● Seleccione una de las siguientes opciones

No

Si

No lo he precisado

[Siguiente](#)

 Participante: **Borrar.**

Expresar libremente su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas

Este proyecto se dirige a mejorar la Seguridad de los Pacientes.
Se entiende por evento adverso el daño involuntario al paciente relacionado con la asistencia sanitaria y no con la enfermedad que padece.

* 18 Si observa que un profesional sanitario no realiza la higiene de manos cuando debe, ¿se lo diría?


● Seleccione una de las siguientes opciones

Sí

No

No sé

[Siguiente](#)

 Participante: **Borrar.**

Expresar libremente su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas

Este proyecto se dirige a mejorar la Seguridad de los Pacientes.
Se entiende por evento adverso el daño involuntario al paciente relacionado con la asistencia sanitaria y no con la enfermedad que padece.

* 19 Si alguna vez un profesional sanitario no ha realizado la higiene de manos cuando debía ¿se lo ha comentado?

● Seleccione una de las siguientes opciones


No

Sí

No lo he precisado

[Siguiente](#)

Validación del paciente como auditor de prácticas seguras.
Factores facilitadores desde una triple perspectiva: pacientes, profesionales y gestores

 **Participante: Borrar.**

Exprese libremente su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas

Este proyecto se dirige a mejorar la Seguridad de los Pacientes.
Se entiende por evento adverso el daño involuntario al paciente relacionado con la asistencia sanitaria y no con la enfermedad que padece.

★ 20 Si observa que un profesional sanitario no ha comprobado que el tratamiento que va a administrar es el que corresponde al niño / niña, ¿se lo comentaría?


● Seleccione una de las siguientes opciones

Sí

No

No sé

[Siguiete](#)

 **Participante: Borrar.**

Exprese libremente su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas

Este proyecto se dirige a mejorar la Seguridad de los Pacientes.
Se entiende por evento adverso el daño involuntario al paciente relacionado con la asistencia sanitaria y no con la enfermedad que padece.

★ 21 En alguna ocasión, ¿le ha dicho a un profesional sanitario que no ha comprobado que el tratamiento que va a administrar al niño / niña es el que le corresponde?


● Seleccione una de las siguientes opciones

Sí

No

No lo he precisado

[Siguiete](#)

 Participante: **Borrar.**

Expresar libremente su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas

Este proyecto se dirige a mejorar la Seguridad de los Pacientes.
Se entiende por evento adverso el daño involuntario al paciente relacionado con la asistencia sanitaria y no con la enfermedad que padece.

★ 22 Si un profesional sanitario no pesa al niño /niña para calcular la dosis de una medicación, ¿se lo diría?


● Seleccione una de las siguientes opciones

Sí

No

No sé

[Siguiete](#)

 Participante: **Borrar.**

Expresar libremente su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas

Este proyecto se dirige a mejorar la Seguridad de los Pacientes.
Se entiende por evento adverso el daño involuntario al paciente relacionado con la asistencia sanitaria y no con la enfermedad que padece.

★ 23 Si alguna vez un profesional sanitario no ha pesado al niño / niña para calcular la dosis de la medicación, ¿se lo ha comentado?

● Seleccione una de las siguientes opciones


No

Sí

No lo he precisado

[Siguiete](#)

Validación del paciente como auditor de prácticas seguras.
Factores facilitadores desde una triple perspectiva: pacientes, profesionales y gestores

 **Participante: Borrar.**

Expresar libremente su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas

Este proyecto se dirige a mejorar la Seguridad de los Pacientes.
Se entiende por evento adverso el daño involuntario al paciente relacionado con la asistencia sanitaria y no con la enfermedad que padece.

★ 24 Si el profesional sanitario no le informa sobre los efectos secundarios que puede ocasionar una medicación en el niño / niña, ¿se lo preguntaría?


● Seleccione una de las siguientes opciones

Sí

No

No sé

[Siguiente](#)

 **Participante: Borrar.**

Expresar libremente su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas

Este proyecto se dirige a mejorar la Seguridad de los Pacientes.
Se entiende por evento adverso el daño involuntario al paciente relacionado con la asistencia sanitaria y no con la enfermedad que padece.

★ 25 Si alguna vez el profesional sanitario no le ha informado sobre los efectos secundarios, en el niño o la niña, de una medicación, ¿le ha preguntado?

● Seleccione una de las siguientes opciones

No

Sí

No lo he precisado

[Siguiente](#)

Formularios capacidad evaluación participantes



Participante: **Borrar.**

Exprese libremente su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas

Este proyecto se dirige a mejorar la Seguridad de los Pacientes.

Se entiende por evento adverso el daño involuntario al paciente relacionado con la asistencia sanitaria y no con la enfermedad que padece.


* 26 Antes de participar en este proyecto, le parecía que la organización sanitaria, era:

● Seleccione una de las siguientes opciones


- Totalmente segura
- Bastante segura
- Seguridad media
- Bastante insegura
- Totalmente insegura

Siguiente

2.3.1.2. Visualización del video evaluativo

★ 27  PARTICIPANTE: Borrar

A continuación, le presentamos un vídeo que muestra una situación ficticia en la que se administra un fármaco
Preste mucha atención a lo que ocurre en el vídeo.
Tiene una duración aproximada de 5 minutos y es muy importante que lo vea sólo una vez.




¿Ha visto el vídeo completo?

● Seleccione una de las siguientes opciones

SI

NO

2.3.1.3. Cuestionario evaluativo previo a la formación

* 28  PARTICIPANTE: Borrar

Responda a las siguientes cuestiones **únicamente según lo que ha observado en el vídeo**.
Las respuestas no deben darse según su experiencia y vivencias personales.

	Si	No	No sé	No recuerdo
La enfermera identifica correctamente al niño / niña en la entrevista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La enfermera explica para qué sirve el tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La enfermera explica los posibles efectos secundarios y el tratamiento más habitual si estos suceden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La enfermera informa de la importancia del momento de administrar la "vacuna" para que sea eficaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La enfermera calcula la dosis en función del peso real del niño / niña	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La enfermera realiza la higiene de manos antes de ponerle la inyección al niño / niña	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La enfermera desinfecta la piel del niño / niña antes de ponerle la inyección	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La enfermera programa las citas para asegurar que el niño / niña recibe a tiempo las dosis que necesita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Enviar

 Borrar

Muchas gracias
Ha completado la primera etapa del proyecto
Pulse en el siguiente botón para continuar



Si no puede continuar en este momento y lo retoma más adelante, recuerde su código de participación.
CÓDIGO DE PARTICIPACIÓN: Borrar 

Es muy importante que siga el orden de la secuencia del proyecto.
Su próxima etapa es la número 2. Podrá acceder a ella desde la página web



<https://capacesporlaseguridad.com/index.php/es/participante>
Gracias

2.3.2. Etapa 2

2.3.2.1. Intervención educativa

El padre o madre podía visualizar el video formativo tantas veces como quisiera. Tras el vídeo disponía de una infografía formativa.

Segunda etapa



Bienvenido / bienvenida a la segunda etapa del proyecto.
Completarla le llevará aproximadamente unos 10 - 15 minutos.

Hay 3 preguntas en la encuesta.

Siguiente

* 1 Indique su código personal de identificación en el proyecto. Para un análisis correcto de la información, precisamos que sea el mismo que utilizado en la primera etapa.

Siguiente

* 2 PARTICIPANTE: Borrar

En esta etapa, le presentamos una breve formación / información sobre las medidas de seguridad en la atención sanitaria, en los siguientes aspectos:

- Identificación del paciente. En este caso, del niño / niña
- Higiene de manos
- Ajustar la dosis del tratamiento a las características individuales del niño / niña
- Información sobre posibles efectos secundarios del tratamiento y cómo actuar
- Consideraciones especiales a tener en cuenta en relación con el tratamiento. En este caso la importancia del tiempo entre una dosis y la siguiente.

Como medio de divulgación de estos aspectos el equipo investigador ha elaborado un video de formación, en el que se muestran los anteriores elementos realizados correctamente. Como apoyo, se ha elaborado una síntesis de los contenidos, a modo de folleto.

La duración del vídeo es un poco mayor, entorno a los 8 minutos y puede verlo tantas veces como precise.



Si le surge cualquier duda al respecto, puede contactar con nosotros en esta dirección de correo: capacesenseguridad@gmail.com, o si lo prefiere, en el teléfono 848425012.

Si le surge cualquier duda al respecto, puede contactar con nosotros en esta dirección de correo: capacesenseguridad@gmail.com, o si lo prefiere, en el teléfono 848425012, en horario de 8:00 a 15:20.

¿Cuántas veces ha visto el vídeo?

● Sólo se pueden introducir números en este campo.

Siguiente

3 En el folleto que les presentamos a continuación, están recogidos los elementos claves de las medidas de seguridad mostradas en el vídeo anterior.



¿Considera que sirve de refuerzo para comprender los elementos claves de estas medidas de seguridad?

1 Seleccione una de las siguientes opciones

- SI
- NO

Enviar

 Borrar

Muchas gracias
Ha completado la segunda etapa del proyecto
Pulse en el siguiente botón para continuar



Si no puede continuar en este momento y lo retoma más adelante, recuerde su código de participación.

CÓDIGO DE PARTICIPACIÓN: Borrar 

Es muy importante que siga el orden de la secuencia del proyecto.

Su próxima etapa es la número 3. Podrá acceder a ella desde la página web



<https://capacesporlaseguridad.com/index.php/es/participante>

Gracias

2.3.3. Etapa 3

Corresponde al periodo tras intervención educativa.

Se iniciaba visualizando una vez el vídeo evaluativo. De forma consecutiva se presentaba el cuestionario de evaluación. Por último, se mostraba el formulario de percepción de seguridad del paciente

Tercera etapa

Procedimiento 1

Video

Procedimiento 2

Bienvenido, bienvenida a esta tercera y última parte del proyecto.
El tiempo estimado para completarla es de unos 15 minutos.


Hay 24 preguntas en la encuesta.

[Siguiente](#)


* 1 Indique su código personal de identificación en el proyecto. Para un análisis correcto de la información, precisamos que sea el mismo que utilizado en la primera etapa.

[Siguiente](#)


2.3.3.1. Visualización del vídeo evaluativo

* 2  **PARTICIPANTE: Borrar**

Se encuentra en la tercera y última etapa del proyecto.
Nuevamente, le presentamos un vídeo, con una duración aproximada de unos 5 minutos. Es muy importante que lo vea sólo una vez.



¿Ha visto el vídeo completo?


 Seleccione una de las siguientes opciones

SI

NO

Siguiente

2.3.3.2. Cuestionario evaluativo tras la formación


* 3  PARTICIPANTE: Borrar

Responda a las siguientes cuestiones **únicamente según lo que ha observado en el vídeo**.
Las respuestas no deben darse según su experiencia y vivencias personales.

	Si	No	No sé	No recuerdo
La enfermera identifica correctamente al niño / niña en la entrevista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La enfermera explica para qué sirve el tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La enfermera explica los posibles efectos secundarios y el tratamiento más habitual si estos suceden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La enfermera informa de la importancia del momento de administrar la "vacuna" para que sea eficaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La enfermera calcula la dosis en función del peso real del niño / niña	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La enfermera realiza la higiene de manos antes de ponerle la inyección al niño / niña	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La enfermera desinfecta la piel del niño / niña antes de ponerle la inyección	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La enfermera programa las citas para asegurar que el niño / niña recibe a tiempo las dosis que necesita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Siguiente

2.3.3.3. Formulario de percepción de seguridad de pacientes tras la intervención formativa

 Participante: Borrar

Las siguientes preguntas se basan en sus percepciones y experiencias. Exprese libremente su opinión.
No responda en relación a lo observado en los vídeos que le hemos mostrado.
No hay respuestas correctas o incorrectas

* 4 La probabilidad de que los pacientes tengan un evento adverso como consecuencia de la atención sanitaria recibida es:

● Seleccione una de las siguientes opciones

Ninguna


Probabilidad pequeña

Probabilidad media

Probabilidad alta

Siguiente

Validación del paciente como auditor de prácticas seguras.
Factores facilitadores desde una triple perspectiva: pacientes, profesionales y gestores

 Participante: [Borrar](#)

Las siguientes preguntas se basan en sus percepciones y experiencias. Exprese libremente su opinión.
No responda en relación a lo observado en los vídeos que le hemos mostrado.
No hay respuestas correctas o incorrectas

★ 5 La probabilidad de que un paciente tenga un evento adverso ¿cree que es diferente si es hombre o mujer?

● Seleccione una de las siguientes opciones


Creo que es igual en hombres que en mujeres

Creo que es más frecuente en hombres

Creo que es más frecuente en mujeres

No sé

[Siguiete](#)

 Participante: [Borrar](#)

Las siguientes preguntas se basan en sus percepciones y experiencias. Exprese libremente su opinión.
No responda en relación a lo observado en los vídeos que le hemos mostrado.
No hay respuestas correctas o incorrectas

★ 6 ¿Ha observado si los profesionales identifican correctamente al niño/a antes de administrar un tratamiento?

● Seleccione una de las siguientes opciones

Siempre


Casi siempre

A menudo

A veces

Nunca

[Siguiete](#)

 Participante: Borrar

Las siguientes preguntas se basan en sus percepciones y experiencias. Exprese libremente su opinión.
No responda en relación a lo observado en los vídeos que le hemos mostrado.
No hay respuestas correctas o incorrectas

★ 7 ¿Ha observado si los profesionales se lavan las manos en las circunstancias en las que deben hacerlo?

● Seleccione una de las siguientes opciones

Siempre


Casi siempre

A menudo

A veces

Nunca

Siguiente

 Participante: Borrar

Las siguientes preguntas se basan en sus percepciones y experiencias. Exprese libremente su opinión.
No responda en relación a lo observado en los vídeos que le hemos mostrado.
No hay respuestas correctas o incorrectas

★ 8 ¿Ha observado si los profesionales sanitarios comprueban que el tratamiento que van a administrar es el que corresponde al niño / niña?

● Seleccione una de las siguientes opciones

Siempre

Casi siempre


A menudo

A veces

Nunca

Siguiente

Validación del paciente como auditor de prácticas seguras.
Factores facilitadores desde una triple perspectiva: pacientes, profesionales y gestores

 **Participante: Borrar**

Las siguientes preguntas se basan en sus percepciones y experiencias. Exprese libremente su opinión.
No responda en relación a lo observado en los videos que le hemos mostrado.
No hay respuestas correctas o incorrectas

★ 9 ¿Ha observado si los profesionales pesan al niño / niña antes de determinar la dosis de un tratamiento?

● Seleccione una de las siguientes opciones

Siempre


Casi siempre

A menudo

A veces

Nunca

Siguiente

 **Participante: Borrar**

Las siguientes preguntas se basan en sus percepciones y experiencias. Exprese libremente su opinión.
No responda en relación a lo observado en los videos que le hemos mostrado.
No hay respuestas correctas o incorrectas

★ 10 Cuando le han indicado un tratamiento al niño / niña ¿le han informado sobre los posibles efectos secundarios del mismo?

● Seleccione una de las siguientes opciones

Siempre


Casi siempre

A menudo

A veces

Nunca

Siguiente

 **Participante: Borrar**

Las siguientes preguntas se basan en sus percepciones y experiencias. Exprese libremente su opinión.
No responda en relación a lo observado en los vídeos que le hemos mostrado.
No hay respuestas correctas o incorrectas

★ 11 Si un profesional sanitario no identifica al niño / niña con su nombre y apellido, ¿se lo recordaría?


● Seleccione una de las siguientes opciones

Sí

No

No sé

Siguiente

 **Participante: Borrar**

Las siguientes preguntas se basan en sus percepciones y experiencias. Exprese libremente su opinión.
No responda en relación a lo observado en los vídeos que le hemos mostrado.
No hay respuestas correctas o incorrectas

★ 12 Si observa que un profesional sanitario no realiza la higiene de manos cuando debe, ¿se lo diría?

● Seleccione una de las siguientes opciones

Sí

No

No sé

Siguiente

Validación del paciente como auditor de prácticas seguras.
Factores facilitadores desde una triple perspectiva: pacientes, profesionales y gestores

 Participante: [Borrar](#)

Las siguientes preguntas se basan en sus percepciones y experiencias. Exprese libremente su opinión.
No responda en relación a lo observado en los vídeos que le hemos mostrado.
No hay respuestas correctas o incorrectas

* 13 Si observa que un profesional sanitario no ha comprobado que el tratamiento que va a administrar es el que corresponde al niño / niña, ¿se lo comentaría?

● Seleccione una de las siguientes opciones

Sí

No

No sé

[Siguiente](#)

 Participante: [Borrar](#)

Las siguientes preguntas se basan en sus percepciones y experiencias. Exprese libremente su opinión.
No responda en relación a lo observado en los vídeos que le hemos mostrado.
No hay respuestas correctas o incorrectas

* 14 Si un profesional sanitario no pesa al niño /niña para calcular la dosis de una medicación, ¿se lo diría?

● Seleccione una de las siguientes opciones

Sí

No

No sé

[Siguiente](#)



Participante: **Borrar**

Las siguientes preguntas se basan en sus percepciones y experiencias. Exprese libremente su opinión.
No responda en relación a lo observado en los vídeos que le hemos mostrado.
No hay respuestas correctas o incorrectas

★ 15 Si el profesional sanitario no le informa sobre los efectos secundarios que puede ocasionar una medicación en el niño / niña, ¿se lo preguntaría?

● Seleccione una de las siguientes opciones

- Sí
- No
- No sé

Siguiente



Participante: **Borrar**

Las siguientes preguntas se basan en sus percepciones y experiencias. Exprese libremente su opinión.
No responda en relación a lo observado en los vídeos que le hemos mostrado.
No hay respuestas correctas o incorrectas


★ 16 Tras participar en este proyecto sobre seguridad en atención sanitaria, le parece que la organización sanitaria es:

● Seleccione una de las siguientes opciones

- Totalmente segura
- Bastante segura
- Con un nivel de seguridad media
- Bastante insegura
- Totalmente insegura

Siguiente

Validación del paciente como auditor de prácticas seguras.
Factores facilitadores desde una triple perspectiva: pacientes, profesionales y gestores


 **Participante: Borrar**

Las siguientes preguntas se basan en sus percepciones y experiencias. Exprese libremente su opinión.
No responda en relación a lo observado en los vídeos que le hemos mostrado.
No hay respuestas correctas o incorrectas

★ 17 Tras la formación, considera que sabría reconocer si los profesionales sanitarios

	Sí	Dudoso	No
Identifican correctamente a los pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realizan la higiene de manos cuando deben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verifican los medicamentos que van a administrar a los niños/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pesan a los niños/as para calcular la dosis de los medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informan sobre los efectos secundarios que pueden ocasionar los medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Siguiente

 **Participante: Borrar**

Las siguientes preguntas se basan en sus percepciones y experiencias. Exprese libremente su opinión.
No responda en relación a lo observado en los vídeos que le hemos mostrado.
No hay respuestas correctas o incorrectas


★ 18 Las consecuencias que puede tener para la salud que no se apliquen las medidas de seguridad ¿le influye para que se lo comente al profesional?

● Seleccione una de las siguientes opciones

Sí

No

Siguiente


 **Participante: Borrar**

Las siguientes preguntas se basan en sus percepciones y experiencias. Exprese libremente su opinión.
No responda en relación a lo observado en los vídeos que le hemos mostrado.
No hay respuestas correctas o incorrectas

★ 19 Imagine que este proyecto se pusiera en marcha. ¿Participaría para evaluar de forma anónima estas prácticas seguras?

	Sí	Dudoso	No
Identificación de pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Higiene de manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verificación de medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pesaje del niño/a para cálculo de dosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Información de efectos secundarios de los tratamientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Siguiendo

 **Participante: Borrar**

Las siguientes preguntas se basan en sus percepciones y experiencias. Exprese libremente su opinión.
No responda en relación a lo observado en los vídeos que le hemos mostrado.
No hay respuestas correctas o incorrectas


★ 20 Si detecta que el profesional sanitario no realiza alguna de las acciones anteriores. Se sentiría más cómodo si...

📌 Seleccione una de las siguientes opciones

- El profesional es un hombre
- La profesional es una mujer
- Me daría lo mismo
- No lo sé

Siguiendo

Validación del paciente como auditor de prácticas seguras.
Factores facilitadores desde una triple perspectiva: pacientes, profesionales y gestores

 Participante: **Borrar**

Las siguientes preguntas se basan en sus percepciones y experiencias. Exprese libremente su opinión.
No responda en relación a lo observado en los vídeos que le hemos mostrado.
No hay respuestas correctas o incorrectas

★ 21 Si detecta que el profesional no realiza alguna de las acciones anteriores, se sentiría más cómodo si...

● Seleccione una de las siguientes opciones

El profesional es un médico/a

El profesional es un enfermero/a

El profesional es un/a auxiliar de enfermería

Me daría lo mismo

No lo sé

Siguiente

★ 23 ¿Estaría interesado en participar en futuras acciones o actividades de este proyecto de investigación?

Sí

No

Siguiente

★ 24 Gracias por su interés:

Indíquenos una dirección de correo electrónico para contactar con usted

Enviar

Muchas gracias



Ha completado su participación en el proyecto capaces.

Sus aportaciones son muy importantes y sin duda contribuirán a mejorar la seguridad en la atención sanitaria.

Gracias por dedicarnos su tiempo.

<https://capacesporlaseguridad.com/>



Participante: Borrar

Las siguientes preguntas se basan en sus percepciones y experiencias. Exprese libremente su opinión.

No responda en relación a lo observado en los vídeos que le hemos mostrado.

No hay respuestas correctas o incorrectas

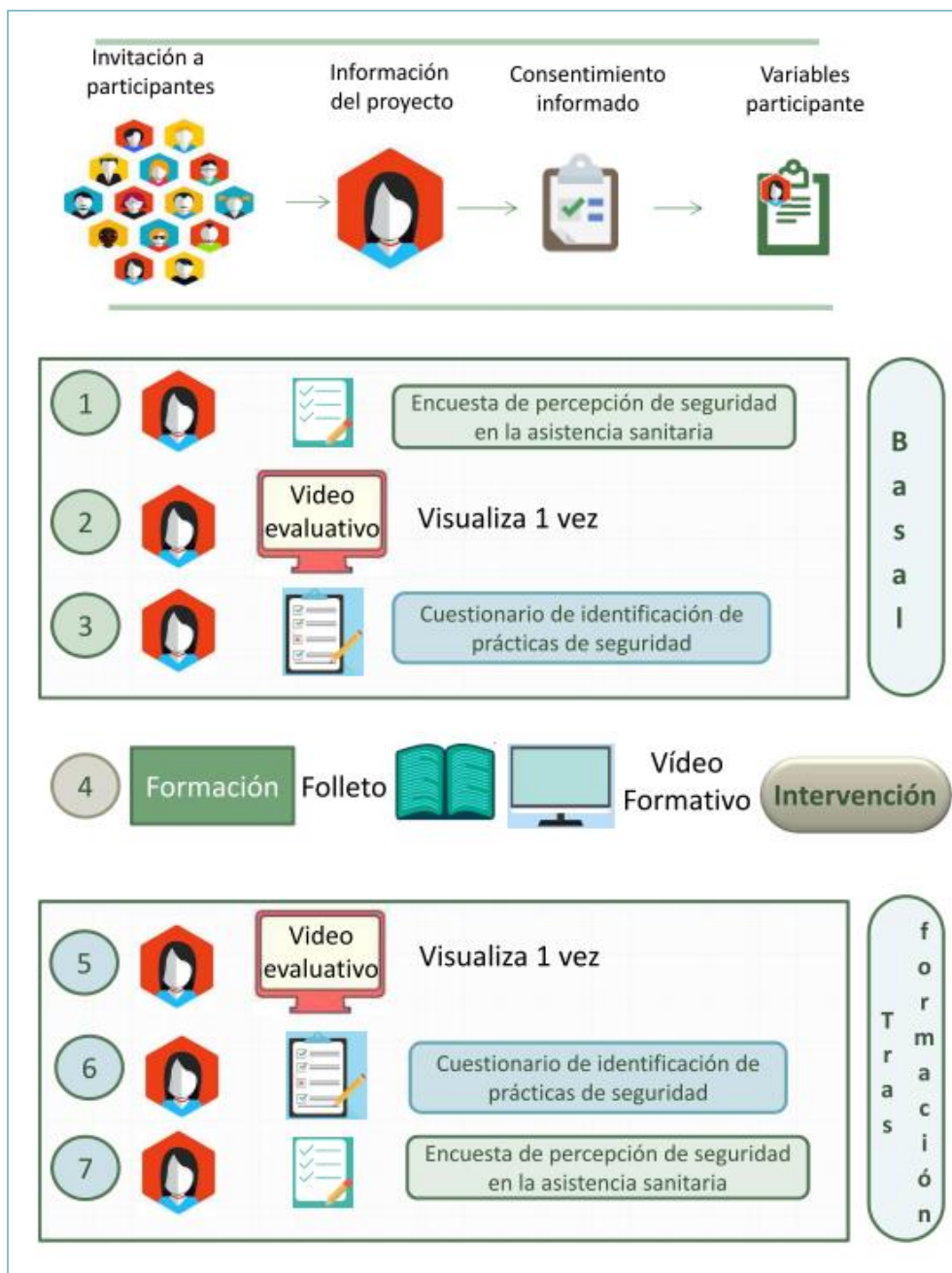
★ 22 Seleccione la respuesta que mejor defina la **sensación de seguridad** que le ha producido la atención sanitaria recibida durante el tiempo que su hijo/hija estuvo hospitalizado/a (preocupación por que se haya producido o se hubiera podido producir un incidente por algún fallo en el proceso de atención sanitaria durante su hospitalización)

● Seleccione una de las siguientes opciones

- Muy seguro/a
- Bastante seguro/a
- Ligeramente seguro/a
- Ni seguro/a ni inseguro/a
- Ligeramente inseguro/a
- Bastante inseguro/a
- Muy inseguro/a

Siguiente

3. PROTOCOLO DEL TRABAJO DE CAMPO DEL GRUPO DE PACIENTES Y ACOMPAÑANTES



4. VÍDEOS

4.1. HEMATOLOGÍA

4.1.1. Vídeo evaluativo

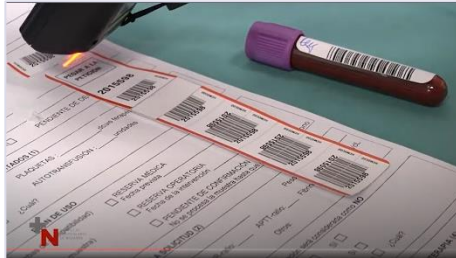


Identificación del paciente



Identificación de la muestra y procedimiento de seguridad transfusional

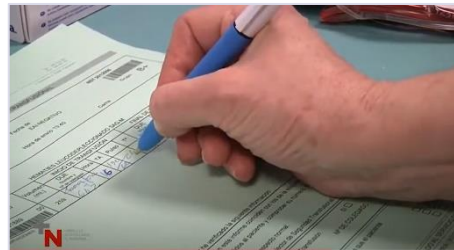




Inicio de transfusión



Registro de parámetros y valoración estado basal del paciente



Higiene de manos previa



Comprobación identidad del paciente



Seguridad transfusional: comprobación hemoderivado - paciente



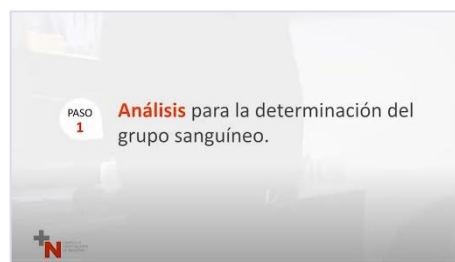
Inicio de la infusión. Información de efectos secundarios y signos de alarma



Higiene de manos final



4.1.2. Vídeo formativo





Vídeos



Resumen final. Refuerzo formativo de prácticas seguras

Validación del paciente como auditor de prácticas seguras.
Factores facilitadores desde una triple perspectiva: pacientes, profesionales y gestores



4.2. QUIMIOTERAPIA

4.2.1. Vídeo evaluativo



CONSULTA

Identificación del paciente y valoración



Sala de tratamiento

Identificación del paciente



Valoración y preparación



4.2.2. Video formativo

Comprobación del tratamiento



Inicio de infusión



Higiene de manos posterior

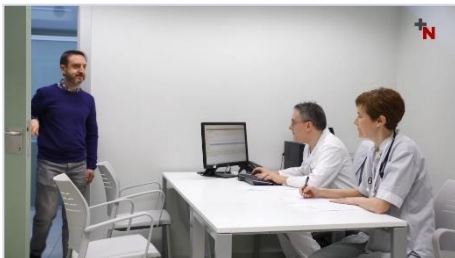


Información de efectos secundarios y signos de alarma



Consulta

Identificación del paciente



Valoración y registro de parámetros



Sala de tratamiento

Identificación del paciente



Valoración de efectos secundarios



Comprobación del tratamiento



Higiene de manos

Información al paciente de efectos secundarios y signos de alarma durante la infusión



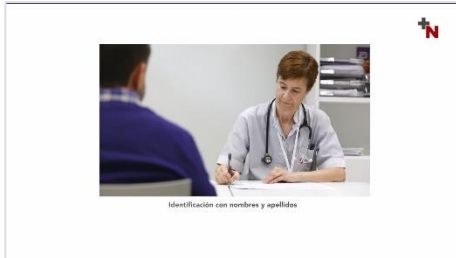
Preparación e inicio de la infusión

Higiene de manos final

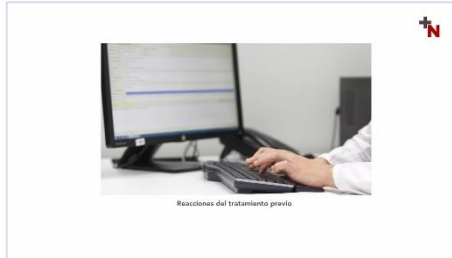


Resumen final. Refuerzo formativo de prácticas seguras

Identificación del paciente



Reacciones del tratamiento previo



Identificación con nombre y apellidos



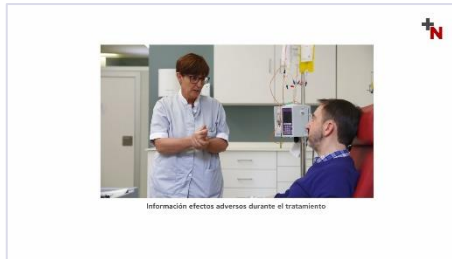
Comprobación del tratamiento



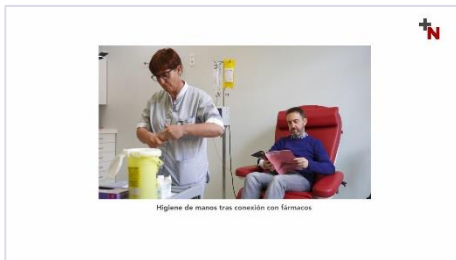
Higiene de manos antes de la infusión



Información de efectos secundarios



Higiene de manos final

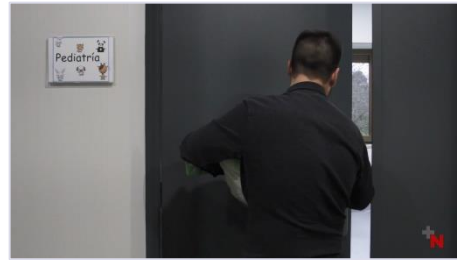


4.3. PADRES Y MADRES

4.3.1. Vídeo evaluativo



Identificación del niño o niña



Información sobre el fármaco y cuidados ante efectos secundarios



Preparación de dosis



Higiene y preparación de la piel



Inyección intramuscular



Cita de siguiente dosis



4.3.2. Vídeo formativo



Identificación del niño - niña



Información sobre el tratamiento



Peso para el cálculo de la dosis



Higiene de manos previa



Preparación de la medicación



Higiene y preparación de la piel



Inyección



Higiene de manos posterior



Programación de la siguiente consulta



Resumen final. Refuerzo formativo de prácticas seguras

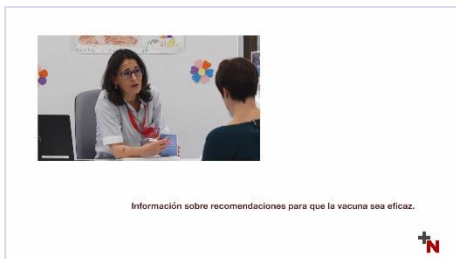
Identificación correcta del niño - niña



Información sobre el tratamiento



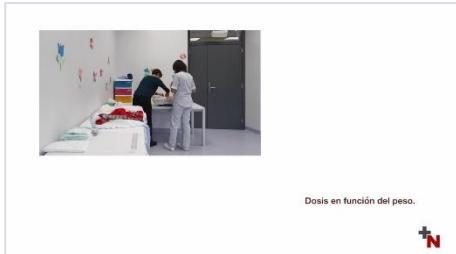
Recomendaciones



Posibles efectos secundarios y tratamiento



Peso para el cálculo de la dosis



Desinfección de la piel



Programación de la siguiente consulta



5. INFORMES COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

 <p>Gobierno de Navarra Departamento de Salud</p>	 <p>Gobierno de Navarra Comité Ético de Investigación Clínica</p> <p>29 JUN. 2015</p> <p>SALIDA N.º <u>167</u></p>	<p>Comité Ético de Investigación Clínica Pabellón de Docencia Iruñeara, 3 31008 PAMPLONA Tlfno. 848 42 24 95 Fax 848 42 20 09</p>
---	--	--

INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Doña OLGA DÍAZ DE RADA PARDO, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica de Navarra

CERTIFICA

Que este Comité, de conformidad con la Orden Ley 14/2007, de 4 de julio, de Investigación Biomédica, por la que se regulan los proyectos de investigación, y con el resto de la normativa aplicable, ha evaluado en sesión plenaria del día 10 de junio de 2015, la propuesta para la realización del estudio:

Pyto2015/62	
Validación del paciente como auditor de prácticas seguras. Factores facilitadores y barreras desde una triple perspectiva: pacientes, profesionales y gestores	
Presentado por: Isabel Rodrigo Rincón	Centro: Departamento de Salud del Gobierno de Navarra

Procede emitir **INFORME FAVORABLE** para la realización de dicho proyecto, dado que el Comité ha considerado que se ajusta a las normas éticas esenciales y a los criterios deontológicos necesarios para el desarrollo del mismo.

El CEIC, tanto en su composición como en los PNT, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95).
Que a la fecha de aprobación de dicho ensayo, la composición del CEIC era la siguiente:

Presidente:	Jesús M ^a Arteaga Coloma	Nefrología
Vicepresidente:	Gonzalo Morales Blanquez	Neurofisiología
Secretaria:	Olga Diaz de Rada Pardo	Med. Prevent. y Salud Pública
Vocales:	Idoia Gaminde Inda	Sociología
	Belén Sádaba Díaz de Rada	Farmacología Clínica
	José Juan Rifón Roca	Hematología
	Victoria Gonzalez Toda	Asoc. Cons. Sta. M ^a la Real
	Ferrán Capdevila Bastons	Farmacia
	Sonsoles Martín Pérez	Enfermería
	Marta Fernández Lana	Derecho
	José Javier Elizondo Armendáriz	Farmacia

Y para que así conste, expido el presente certificado en Pamplona, a 25 de junio de 2015,



Gobierno de Navarra
Departamento de Salud

Comité Ético de
Investigación Clínica

Nafarroako Gobernua Osasun Departamentua	 Gobierno de Navarra Departamento de Salud	Botiketikiko Ikerketaren Etika Batzordea Comité de Ética de la Investigación con medicamentos
--	---	--

INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

Doña Olga Díaz de Rada Pardo, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica de Navarra.

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado con fecha 19 de junio de 2019, la propuesta relativa a la **modificación**:

Ampliación del estudio a padres/tutores de niños atendidos en el CHN

Perteneiente al estudio:

Pyto2015/62

Validación del paciente como auditor de prácticas seguras. Factores facilitadores y barreras desde una triple perspectiva: pacientes, profesionales y gestores

Investigador: Isabel Rodrigo Rincón	Centro: Departamento de Salud del Gobierno de Navarra
-------------------------------------	---

Este Comité, emite un **INFORME FAVORABLE** para la realización de esta modificación relevante al estudio.
El CEIm, tanto en su composición como en los PNT, cumple con las normas de BPC CPMP/ICH/135/95).
Que a la fecha de evaluación de dicha modificación, la composición del CEIm era la siguiente:

Presidente	Jesús M ^º Arteaga Coloma	Nefrología
Vicepresidente	Antonio Viúdez Berral	Oncología Médica
Secretaria	Olga Díaz de Rada Pardo	Med. Prevent. y Salud Pública
Vocales	Idoia Gaminde Inda	Sociología
	Belén Sádaba Díaz de Rada	Farmacología Clínica
	Victoria Gonzalez Toda	Asoc. Consumi. Sta. M ^º la Real
	José Juan Rifón Roca	Hematología
	Isabel Gil Aldea	Farmacología Clínica
	Raquel Astiz Lizarraga	Farmacia
	Alicia Resano Gurpegui	Enfermería

Lo que firmo en Pamplona, a 21 de junio de 2019




21 JUN 2019
Iteera zk.:
Salida N.º: 347

Irakaskuntza Pabilioia • Pabellón de Docencia
Inunlarrea, 3 • 31008 PAMPLONA/IRUIÑA • Tel. 848 42 24 95 • Faxe-Fax 848 42 20 09

6. CARTAS DE INVITACIÓN A PARTICIPAR EN EL ESTUDIO. GRUPO DE PADRES - MADRES

Estimado padre/madre,

En el Complejo Hospitalario de Navarra, en colaboración con el Servicio de Pediatría, estamos realizando un proyecto de investigación para mejorar la seguridad del paciente. El objetivo principal del estudio es analizar el **papel del cuidador en la prevención** del daño involuntario al paciente relacionado con la asistencia sanitaria que recibe.

La participación consiste en responder a unas preguntas antes y después de visualizar dos vídeos en los que se **simula, a modo película**, la administración de un medicamento. En uno de ellos se indica la forma correcta de atender a los pacientes y en el otro se omite algunos pasos de los protocolos que tienen que seguir los profesionales. Cada vídeo tiene una duración aproximada de 7 minutos.

Su opinión es muy importante y puede ayudarnos a mejorar, por ello, nos gustaría invitarle a participar. En ningún caso vamos a solicitar información de ningún tipo sobre su hijo/a ni información sobre datos de salud de ustedes en el caso de que deseen participar.

Toda la información que pueda necesitar sobre este proyecto está en la página web capacesporlaseguridad.com. Para acceder a la zona restringida de participación se ha establecido el usuario **capaces**, con contraseña **seguridad**, común para todos los participantes.

Si desea resolver dudas y contactar con el equipo de investigación, puede enviarnos un correo electrónico a la dirección gesclinchn@navarra.es o contactar telefónicamente con nosotros al teléfono 848- 42 50 12.

En nombre del todo el equipo, agradezco de antemano su colaboración. Reciba un cordial saludo.

Dra. Isabel Rodrigo

Responsable de Seguridad del Complejo Hospitalario de Navarra.

Investigadora Principal del Proyecto "Capaces".

Proyecto para la participación activa de los pacientes y acompañantes en la seguridad de los pacientes

La fecha límite para participar es el 15 de diciembre de 2019

Página web: <https://capacesporlaseguridad.com/index.php/es/>

Usuario:

Contraseña:



Aita/ama agurgarria,

Nafarroako Ospitale Gunean, gaixoen segurtasuna hobetzeko ikerketa bat burutzen ari gara, Pediatriako Zerbitzudeekin batera. Ikerketaren helburu nagusia, osasun asistentziak eragindako nahigabeko **kalteak sahiesteko**, pazientearen **zaintzaileak bete dezakeen papera** aztertzea da.

Ikerketan parte hartzen duenak, **pelikulak izango balira bezala grabatutako bi bideo** ikusiko ditu, non medikazio baten administrazioa antzezten den. Partehartzaileak, bideoak ikusi baino lehenago eta ondoren, galdetegi bat bete beharko du. Bideo batean, adituek pazientek zaintzeko modu egokia agertzen da; bestean, berriz, adituek jarraitu behar dituzten protokoloetako urrats batzuk ezabatuak izan dira. Bideo bakoitzaren iraupena 7 minutu ingurukoa da.

Zure iritzia oso garrantzitsua da, eta hobetzen lagun gaitzake, horregatik, ikerketan parte hartzeko gonbitea luzatzen dizugu. Hala izatekotan, ez dizugu zuri buruzko osasun daturik edo zure seme-alabei buruzko informaziorik eskatuko.

Proiektu honi buruzko informazio gehiago behar baduzu, XXXXXX web orrian aurki dezakezu. Web orriaren zonalde mugatura sartu ahal izateko, partehartzaile guztientzat amankomunak diren XXX erabiltzailea eta XXX pasahitza idatzi beharko dituzu.

Galderaren bat izatekotan edo ikertzaileekin kontaktuan jarri nahi baduzu, gesclinchn@navarra.es helbidera korreo bat idatzi edo 848 42 50 12 telefonora dei dezakezu.

Eskerrak ematen dizkizut aldeztetik zure laguntzagatik. Besarkada bero bat.

Isabel Rodrigo doktorea.

Nafarroako Ospitale Guneko Segurtasun arduraduna.

“Capaces” Proiektuko Ikertzaile Nagusia.

Pazienteen segurtasunerako gaixoen eta zaintzaileen partehartze aktiboaren aldeko proiektua

Parte hartzeko azken eguna 2019ko abenduaren 15a da

Webgunea: <https://capacesporlaseguridad.com/index.php/es/>

Erabiltzaile:

Pasahitza:



6.1. TARJETEROS

Tarjeteros enviados en las cartas de invitación a padres y madres para participar en el estudio.



7. EQUIPO DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN VINCULADO: GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE PACIENTES. NAVARRABIOMED

Investigador principal

M^a Isabel Rodrigo Rincón

Equipo de investigadores

M^a Luisa Antelo Caamaño M

M^a Isabel Irigoyen Aristorena

Joaquín Lobo Palanco

Marta Martín Vizcaíno

Fabiola Oteiza

Maite Sarobe Carricas

Belén Tirapu León

Nicolás Zaballos Barcala

<https://www.navarrabiomed.es/es/investigacion/unidades-de-investigacion/gestion-de-calidad-y-seguridad-de-pacientes>

8. PUBLICACIONES DERIVADAS DE ESTA INVESTIGACIÓN

8.1. DO PATIENTS AND RELATIVES HAVE DIFFERENT DISPOSITIONS WHEN CHALLENGING HEALTHCARE PROFESSIONALS ABOUT PATIENT SAFETY? RESULTS BEFORE AND AFTER AN EDUCATIONAL PROGRAM

Rodrigo-Rincon, I., Irigoyen-Aristorena, I., Tirapu-Leon, B., Zaballos-Barcala, N., Sarobe-Carricas, M., Antelo-Caamaño, M., Lobo-Palanco, J., & Martin-Vizcaino, M. (2022). Do Patients and Relatives Have Different Dispositions When Challenging Healthcare Professionals About Patient Safety? Results Before and After an Educational Program. *Journal of patient safety*, 18(1), e45–e50. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000703>

The screenshot shows the article page on the Wolters Kluwer website. At the top, there are navigation links for 'Log in or Register', 'Subscribe to journal', and 'Get new issue alerts'. The journal title 'JOURNAL OF PATIENT SAFETY' is prominently displayed. A search bar is located on the right side. Below the journal title, there are navigation options: 'Articles & Issues', 'In The News', 'For Authors', and 'Journal Info'. The article title is 'Do Patients and Relatives Have Different Dispositions When Challenging Healthcare Professionals About Patient Safety? Results Before and After an Educational Program'. The authors listed are Rodrigo-Rincon, Isabel PhD, MD¹; Irigoyen-Aristorena, Isabel RN²; Tirapu-Leon, Belen RN²; Zaballos-Barcala, Nicolás MD²; Sarobe-Carricas, Maite Hospital Pharmacist²; Antelo-Caamaño, May MD, PhD²; Lobo-Palanco, Joaquin MD¹; Martin-Vizcaino, Marta MD². The article is from the 'Journal of Patient Safety: January 2022 - Volume 18 - Issue 1 - p e45-e50' with a DOI of 10.1097/PTS.0000000000000703. On the right, 'Article Level Metrics' are shown: 3 views, 4 tweets, and 7 readers on Mendeley. There are buttons for 'Outline', 'Images', 'Download', 'Cite', 'Share', 'OPEN', and 'Metrics'.

ORIGINAL ARTICLE

OPEN

Do Patients and Relatives Have Different Dispositions When Challenging Healthcare Professionals About Patient Safety? Results Before and After an Educational Program

Isabel Rodrigo-Rincon, PhD, MD,* Isabel Irigoyen-Aristorena, RN,†
Belen Tirapu-Leon, RN,‡ Nicolás Zaballos-Barcala, MD,‡ Maite Sarobe-Carricas, Hospital Pharmacist,§
May Antelo-Caamaño, MD, PhD,|| Joaquín Lobo-Palanco, MD,¶ and Marta Martín-Vizcaino, MD‡

Background: There is a universal interest in evaluating the new roles of patients to improve patient safety. However, relatively little is known about the contribution of family caregivers. The purposes of this study was to determine whether patients and relatives (P&Rs) have different dispositions when challenging healthcare professionals about patient safety and to measure the influence of an educational program.

Methods: An interventional before-and-after design was used to determine the P&Rs' basal level of willingness and the influence of a training program. One hundred thirty-six participants were recruited, 90 patients and 46 relatives, from the Day Hospital of a Tertiary Hospital in Spain, in 2018.

The safe practices selected were as follows: patient identification, hand hygiene, blood or chemotherapy identification, and secondary effects of treatment. The educational materials comprised brochures and story-type videos. A questionnaire measured participants' willingness to speak up before and after the training.

Results: One hundred thirty-six P&Rs (65% response rate) agreed to participate. The hypothesis that relatives are more willing to challenge healthcare professionals could not be proven. Their willingness to speak up depended on the type of safe practice both before and after training, ranging from 42% to 87%. The percentage of items that P&Rs were willing to challenge increased after the training among both the patients and the relatives, but statically significant differences were only seen among patients.

Conclusions: After the training, participants' willingness to challenge healthcare workers was high for all safe practices analyzed but hand hygiene. Patients and relatives had very similar willingness. After the training, participants felt confident with their knowledge about safe practices, thereby increasing their challenging attitude.

Key Words: speak-up, patient safety, educational program, safe practices
(*J Patient Saf* 2020;00: 00-00)

All over the world, the participation of patients and relatives (P&Rs) to improve patient safety has become an area of increasing interest in policymaking, research, and healthcare management and practice.¹ Among others, the Council of Europe and the Alliance for the Safety of Patients of the World Health Organization underline the importance of the participation of P&Rs to improve the safety of healthcare. General campaigns such as "Speak up" and "Please ask," or more specific initiatives, e.g., the safe administration of medicines and reducing the control of infections, have been launched in different organizations.²

However, despite substantial investment in researching and improving patient safety, the desired level of progress was not reached.³

Despite the important role that family caregivers can play, relatively little is known about their specific contribution to patient safety and whether their interactional behavior is different from that of the patients. Most of the existing studies focus on patients' participation.

Patients and relatives are uniquely placed and sometimes are the only ones who can observe the care or the consequences of the care offered by healthcare workers. For that reason, different organizations are trying to encourage and empower P&Rs to play an active role in patient safety. However, patient participation is a complex concept. No single definition exists and various terms such as patient collaboration, patient involvement, partnership, patient empowerment, or patient-centered care are used as synonyms.⁴

Patients and relatives can play a wide variety of roles through the entire process of patient care. Some examples include helping design more safety-oriented healthcare settings; detecting errors in preparation, monitoring, and follow-up; and promoting the use of safety systems, training healthcare workers, reporting adverse events, and speaking up if there are any safety-related concerns about the care received.^{5,6} In summary, we could say that there are 3 roles in improving patient safety: helping ensure the patient's own safety, working with healthcare organizations to improve safety at the organization and unit level, and citizen advocacy for public reporting and accountability of hospital and health system performance.⁷ However, there is a lack of information on P&Rs' preferences and willingness to play this new role.⁸

To participate, P&Rs need to fulfill 3 requirements: knowledge and awareness of participation, ability to participate, and willingness to participate.⁶ Health organizations can improve knowledge through educational programs. Knowledge also confers confidence: patients are more likely to trust their capacity to make decisions when thoroughly informed.⁴

The influence of educational programs not only improves health literacy but also may modify P&Rs' awareness of safety perception and their willingness to participate in their own safety.

In addition, it is important to note that most patients want to give their relatives the opportunity to be involved in their important health decisions. Some even prefer their relatives to make decisions for their treatment.⁹ This involvement goes beyond clinical

From the *Jefa de Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial Complejo Hospitalario de Navarra; †Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial Complejo Hospitalario de Navarra; ‡Servicio de Anestesia y Reanimación Complejo Hospitalario de Navarra; §Servicio de Farmacia Complejo Hospitalario de Navarra; ¶Servicio de Hematología y Hemoterapia Complejo Hospitalario de Navarra; and ¶Servicio de Cuidados Intensivos Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Spain.

Correspondence: Isabel Rodrigo-Rincon, PhD, MD, Subdirectora Asistencial de Procesos Ambulatorios y Diagnóstico, Complejo Hospitalario de Navarra, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, Inularrea, 3, Pabellón G, 31008 Pamplona, Spain (e-mail: mi.rodrigo.rincon@cfnavarra.es).

The authors disclose no conflict of interest.
This study was supported with a grant from Instituto de Salud Carlos III (PI15-02217, Fondos FEDER).

Copyright © 2020 The Author(s). Published by Wolters Kluwer Health, Inc. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial-No Derivatives License 4.0 (CCBY-NC-ND), where it is permissible to download and share the work provided it is properly cited. The work cannot be changed in any way or used commercially without permission from the journal.

decisions. Relatives can serve as patients' eyes and mouth and play a very important role in their safety. Thus, recognition of the influences relatives have within the clinical encounter can lead to safer, more efficient, and more effective healthcare.¹⁰ Nonetheless, the influence and preferences of the relatives in patient safety has not received the attention it deserves.

Many health organizations provide "educational" materials to support P&Rs in playing a more active role in patient safety and encourage them to "speak up". However, there is insufficient research to (a) measure the effect of educational programs for P&Rs on their challenging attitude and (b) determine whether this effect is different depending on whether they are patients or relatives.

Thus, the purposes of this study were to increase our understanding of the different willingness of P&Rs when challenging healthcare professionals about patient safety and to measure the influence of an educational program on the challenging behavior.

Hypotheses

Relatives are more willing to challenge healthcare professionals than are patients both before and after the training.

A training program can increase participants' willingness to challenge healthcare professionals

The willingness of P&Rs to challenge depends on the safe practices.

METHODS

Design

This study used an interventional before-and-after design to determine the influence of a training program.

Participants

A consecutive sample of 136 participants was recruited between March and October, 2018, from the Day Hospital of a Tertiary Hospital in Navarra, Spain. Participants included 90 oncological and hematological patients and 46 relatives. Patients were eligible to participate if they were older than 18 years, it was not their first treatment appointment, their treatment lasted several hours, the healthcare professionals in charge considered their physical and psychological status as acceptable, and they were able and willing to give their informed consent to participate.

Patients' relatives were recruited after being informed and providing their consent to participate. For this study, we considered not only family members but also friends or informal carers as relatives.

Measures

The safe practices selected for evaluation were as follows: patient identification, hand hygiene, blood or chemotherapy identification, and secondary effects of chemotherapy/transfusion.

A survey tool was developed to assess P&Rs' willingness to challenge healthcare professionals. Six additional demographic variables captured patients' characteristics age, sex, education, number of day hospital and hospital stays during last year, and whether they were healthcare professionals.

Two variables captured healthcare characteristics that can influence patient-reported willingness to challenge healthcare professionals: professional category and sex.

Categorical or dichotomous scales were used.

Two questionnaires with similar items were used: one for oncological P&Rs and one for transfusion P&Rs. The items were formulated depending on whether the participant was a patient or a relative.

A composite item called "willingness to challenge" was created to analyze the P&Rs' degree of willingness to challenge healthcare professionals.

The percentage of willingness to challenge healthcare professionals was measured for each participant depending on the number of challenging questions with a positive answer. Participants were classified into 4 groups depending on their willingness to challenge with 0%–25%, 26%–50%, 51%–75%, and more than 75%, representing low, medium, high, and very high challenging profiles, respectively.

Procedure

The research materials (questionnaires, brochures, and videos) on chemotherapy and transfusion were pretested on 29 and 19 individuals chosen as convenience samples, respectively. Their answers helped improve the material but were not included in the final results.

One member of the research team, after explaining the purpose of the study, guided each participant on an individual basis through the different steps of the study. To begin with, the P&Rs answered a questionnaire about their willingness to challenge healthcare professionals' in case they observed nonadherence to a safe practice.

Then, they were provided with a training brochure explaining the importance of healthcare professionals adhering to safety protocols to ensure patient safety and the protocols they have to follow to implement the 4 safe practices selected for evaluation.

Afterward, participants watched a video that was played on a tablet. It showed a patient who goes to the Day Hospital to receive chemotherapy (for chemotherapy P&Rs) or to receive transfusion (for transfusion P&Rs). Both videos were in a story-like format (movie-type video) intending to show, in the most realistic way, the interaction between a patient and healthcare professionals during treatment. The right way to implement the safe practices was highlighted in the video. Participants could watch the video as many times as they wished.

After reading the material and watching the videos, the participants once again filled out the questionnaire about their willingness to challenge these professionals. The whole process lasted approximately 60 minutes. The participants could ask questions during this process.

Data Analyses

Data were analyzed using IBM SPSS Statistics 25 for Windows. Nonparametric tests, such as the Mann-Whitney *U* test, Fisher exact test, and Pearson χ^2 test, were used to compare differences between the patients and the relatives; Wilcoxon and McNemar tests were used to compare before-after results.

To analyze P&Rs' willingness to challenge, we analyzed the variables: age, sex, educational level, type of participants, type of treatment, number of Day Hospital visits, number of hospital stays, adverse events suffered, hospital safety perception, and number of safe practices participants are able to recognize after training.

RESULTS

Participant Characteristics

In total, 136 P&Rs agreed to participate (63% response rate). Table 1 represents their characteristics.

The percentage of females was higher than that of males, and the mean age was lower in the groups of relatives than in the group of patients, with statistically significant differences.

TABLE 1. Participants' Characteristics

Sociodemographic Variables	Patients	Relatives	P
	n = 90 (%)	n = 46 (%)	
Sex			
Male	50 (55.6)	14 (30.4)	0.007
Female	40 (44.4)	32 (69.6)	
Education			
Basic level	43 (47.8)	22 (47.8)	0.091
Medium level	25 (27.8)	7 (15.2)	
High level	19 (21.1)	17 (37.0)	
Missing	3 (3.3)		
Healthcare professional			
Yes	9 (10.0)	5 (10.9)	0.068
No	64 (71.1)	39 (84.8)	
Missing	17 (18.9)	2 (4.3)	
Age	Range = 20–87 y (Mean = 59.8, SD = 12.7)	Range = 20–79 y (Mean = 52.5, SD = 14.5)	0.003
No. day hospital visits during last 12 mo	Range = 1–50 (Mean = 10.2, SD = 8.9)	Range = 1–50 (Mean = 9, SD = 9.1)	0.460
No. hospital stays during 12 mo	Range = 0–9 (Mean = 1.1, SD = 1.4)	Range = 0–30 (Mean = 0.6, SD = 0.9)	0.054

Patients' Versus Relatives' Challenging Behavior

Relatives were not more willing to challenge healthcare professionals than were patients both before and after the training.

Patients and relatives' willingness to challenge healthcare professionals depended on the type of safe practice. They were less willing to challenge healthcare professionals on hand hygiene (47.2% [P] and 42.2% [R] before training, 52.3% [P] and 50% [R] after training) and more willing to challenge if the treatment matches with the right patient (73.5% [P] and 68.7% [R] before training, 87.5% [P] and 87.0% [R] after training). See Table 2 for further details.

TABLE 2. Patients' Versus Relatives' Intentional Challenging Behavior

	Before Training		After Training	
	Patients	Relatives	Patients	Relatives
Would you tell the healthcare professional in charge of your care if he/she does not identify you by your name and last name?	67.2	76.1	76.1	78.3
Would you tell a healthcare professional in charge of your care if he/she does not wash his or her hands when necessary?	47.0	42.2	52.3	50.0
Would you tell a healthcare professional in charge of your care if he/she does not check whether the transfusion or chemotherapy matches with the patient's identification?	73.5	68.7	87.5	87.0
Would you tell a healthcare professional in charge of your care if he/she does not inform you about the secondary effects of the treatment?	68.2	73.2	75.9	80.4

Percentage of affirmative answers for each item.

On the other hand, P&Rs were asked whether they really challenged health professionals in case they observed nonadherence to a safe practice.

The percentage of affirmative answers was much lower for all the safe practices evaluated (Table 3). There were considerable differences between what P&Rs stated that they would challenge and what they had already done.

We asked P&Rs whether health consequences had an influence in challenging healthcare professionals about nonadherence to a safe practice. In total, 88.5% of the patients and 89.1% of the relatives agreed on the importance of health consequences to challenge healthcare workers.

Patients and Relatives' Willingness to Challenge

The percentage of items that P&Rs were willing to challenge increased after training among both patients (73.4% after; 64% before) and relatives (71.9% after; 65.6% before).

The percentage of participants' willingness to challenge 4 safe practices simultaneously is revealed in Table 4.

Patients' Versus Relatives' Perceived Challenging Behavior and Hospital Safety Perceptions Before and After Training

P&Rs felt more confident challenging healthcare professionals after the training, but the difference was statistically significant only among patients for the challenging composite (Table 5). When each of the safe practices was analyzed independently, checking whether transfusion or chemotherapy was a good match for the patient was statistically significant among both the patients and the relatives.

The results revealed that after the training, both the patients and the relatives changed their perception about proper patient identification by healthcare professionals and about healthcare professionals' hand hygiene in the right circumstances.

Ability to Recognize Safe Practices After Training

The P&Rs' confidence in identifying 3 out of 4 practices was 85.4% for the patients and 96% for the relatives.

Adverse Events

In total, 20% of the patients and 26.1% of the relatives answered that they have had an adverse event during their care process.

Of these adverse events, 13 were related to treatments, 11 to techniques or procedures, 4 to care, and 4 to diagnoses.

TABLE 3. Patients' Versus Relatives' Past Challenging Behavior

	Patients			Relatives		
	Yes	No	Not Needed	Yes	No	Not Needed
Have you ever told the healthcare professionals responsible for your care when they did not identify you by your name and last name?	10.5	33.3	56.1	4.8	31.0	64.3
Have you ever told the healthcare professionals responsible for your care when they did not wash their hands when necessary?	3.6	42.9	53.6	0.0	43.9	56.1
Have you ever told the healthcare professionals responsible for your care when they did not check whether the transfusion or chemotherapy matches with the patient identification?	1.9	31.5	66.7	4.7	37.2	58.1
Have you ever told the healthcare professionals responsible for your care when they did not inform you about the secondary effects of the treatment?	7.3	32.7	60.0	9.8	41.5	48.8

Percentage of affirmative answers for each item.

Characteristics of Healthcare Professionals

Neither professional category (76% of the participants answered that it would not make any difference) nor sex (90% of answers) influenced participants in terms of challenging healthcare professionals about their nonadherence to safe practices. There were no statistically significant differences between the opinions of the patients and those of the relatives (χ^2 test statistic = 0.646 and 0.292, respectively).

DISCUSSION

In our study, the patients and their relatives would challenge healthcare professionals in the same way. Thus, our hypothesis relatives are more willing to challenge healthcare professionals than are patients both before and after the training was not proven.

Their willingness to speak up depended on the type of safe practice both before and after training, ranging from 42% to 87%. The percentage of items that P&Rs were willing to challenge increased after the training among both the patients and the relatives, but statically significant differences were only seen among patients.

Unlike a recent study's finding, which revealed that most family members of patients were hesitant to express their safety concerns even in intensive care units,¹¹ in our study, the relatives' willingness to challenge was high, especially after training. This indicates that relatives may not have perceived themselves as patient advocates but that training may have raised this awareness.

It is true that the data were nuanced when these relatives were asked about their actual participation in cases of healthcare professionals' nonadherence to the implementation of the patient safety protocol.

Our study showed that after the training, participants felt confident with their knowledge about safe practices, which boosted their challenging attitude. This is consistent with findings from other studies that emphasize the importance of educational strategies to decrease the hesitancy to speak up.¹¹

This could be considered as a type of interventions that can strength patient activation described as skills and confidence that equip patients to become actively engaged in their healthcare.¹²

After the training, participants' willingness to challenge healthcare workers about their nonadherence to safe practices was high with regard to all safe practices analyzed with the exception of hand hygiene. This shows that challenging practice behaviors depends on the type of safe practice. This could be explained by the perceived impact of the safe practice on participants' health and their unwillingness to engage in the confrontational type of behavior required challenging healthcare professionals.^{8,13}

These findings are consistent with those of other studies that showed that patients feel more comfortable with staff verifying their identity than with asking the staff to wash their hands.⁴ The readiness to ask healthcare workers to wash their hands ranges from 45% to 80% in different studies.¹²⁻¹⁵ However, the proportion of willingness can be overestimated depending on how the question is framed. In a study conducted in the United Kingdom, the proportion of respondents who supported patient participation dropped considerably when the question was changed from a theoretical to a real basis.^{15,16} We obtained similar results, with the percentage dropping dramatically when the participants were asked whether they had ever confronted their healthcare workers when they observed nonadherence to a safety protocols. For example, the data showed that before training 47% of the patients and 42.2% of the relatives would challenge professionals on hand hygiene but only 3.6% of the patients and none of the relatives issued

TABLE 4. Patients' Versus Relatives' Challenging Profile Before and After Training

	Patients		Relatives	
	Before Training, %	After Training, %	Before Training, %	After Training, %
Willingness to Challenge 4 Safe Practices Simultaneously				
Low challenging profile	22.2	13.0	17.4	13.0
Medium challenging profile	17.8	13.0	21.7	13.0
High challenging profile	21.1	30.4	32.6	30.4
Very high challenging profile	38.9	43.5	28.3	43.5

The willingness to challenge is measured for the 4 safe practices simultaneously.

TABLE 5. P Values for the Items That Measured Challenging Behavior and Hospital Safety Perceptions Representing the Comparison of P&Rs Before and After Training

	P	Patients Versus Relatives*		After Versus Before†	
		Before	After	Patient	Relatives
Challenging behavior					
	Would you tell the healthcare professional in charge of your care if he/she does not identify you by your name and last name?	0.573	0.570	0.709	0.720
	Would you tell a healthcare professional in charge of your care if he/she does not wash his/her hands when necessary?	0.871	0.052	0.485	0.522
	Would you tell a healthcare professional in charge of your care if he/she does not check whether the transfusion or chemotherapy matches with the patient's identification?	0.408	0.083	0.002	0.049
	Would you tell a healthcare professional in charge of your care if he/she does not inform you about the secondary effects of the treatment?	0.855	0.132	0.260	0.431
	Challenging behavior composite	0.792	0.846	0.011	0.070

*Mann-Whitney U test, Fisher exact test, and Pearson χ^2 test.

†Wilcoxon and McNemar tests.

a challenge. These data suggest that P&Rs did not follow a behavioral intention, defined as a person's perceived likelihood or subjective probability that he or she will engage in a given behavior. There is a disconnection between willingness and action.

The fact that more than 1 in 5 participants had experienced an adverse event during their care process could have influenced the participants' level of comfort while speaking up about breakdowns in care.¹⁷

Some studies have proven that the desire to participate in decision-making is inversely proportional to the patient's disease severity.⁴ In this study, despite all the patients experiencing a severe disease, the percentage of those who had the willingness to challenge healthcare professionals was very high. Older patients are usually less interested, and women are more involved in this kind of process.⁴ Education level is also believed to play a role, although we failed to demonstrate such an association. Thus, our findings did not support those of previous related studies.

In our study, in contrast to others,¹⁵ healthcare's professional category (doctors versus nurses) and sex did not have a significant influence on the P&Rs' behavior.

Increasing patient safety through patient engagement may seem paradoxical because some patients and their families may consider this new role a burden too heavy to carry.¹⁸ As a matter of fact, there is a debate about the appropriateness and effectiveness of this involvement, with concerns that healthcare professionals may unreasonably transfer responsibility onto the already disadvantaged patients or their relatives.¹⁹ This is the reason why some experts in patient engagement are deemphasizing development of motivational and educational materials for patients in favor of prioritizing the role of healthcare practitioners and organizations in enabling safety-oriented behaviors among patients.¹⁸

As "The Safety is Personal" report indicates,²⁰ "While patients and families can play a critical role in preventing medical errors and reducing harm, the responsibility for safe care lies primarily with the leaders of health care organizations and the clinicians and staff who deliver care."

There are associated risks with implementing a strategy where the public is responsible for the safety of its own care.¹⁸ If this was viewed as a trustworthy mechanism, there is a risk that clinicians

would no longer perceive the need to adhere to safety protocols that require for example double checks. Furthermore, in no way can it be perceived that the responsibility for safety rests with the patient or relative and not in the healthcare organization. Finally, healthcare organizations are under such pressure with staff experiencing high workload that there is a risk that professionals deliberately and inappropriately burden patients with responsibilities for care beyond their abilities and intentions.

However, patient safety strategies more patient focused²¹ should not only encourage actions to support patients and families understand the legitimacy and relevance of their interventions but also prepare clinicians and the entire health organization to respond meaningfully when patients speak up.¹¹ Furthermore, patients' participation has been associated with favorable judgments about hospital quality and a reduction of the risk of experiencing an adverse event.^{22,23} Bell and Martinez²³ propose at least 3 changes to create an environment in which patients and their families can play a more active role: changing the research, changing the listening, and changing the norms. They state, "Empowering every patient and family to speak up, with clear instructions and a genuine invitation, may get messy and may even 'decrease productivity' before it improves care. Patient and family speaking up will be viewed as meaningful if we hold up the right yardsticks, which may include organizational learning, patient experience, respect and prevention of emotional/psychological distress."

Study Limitations

Our study has several limitations. There were differences in age and sex between relatives and patients in our study group. Other aspects as educational traits or culture differences between relatives or patients or among them that could affect their willingness to speak up were not measured.^{13,24} For example, we did not ask questions related to personality traits because to measure it could be a burden for an organization; in addition, we admit that it may not be practical to make decisions.

Most of the research on patient empowerment for patient safety has been conducted in Anglo-Saxon countries. This research was conducted in a big hospital in the South of Europe. We are

aware that cultural factors may have influenced the responses of the participants.

Because we focused on patients experiencing oncological and hematological diseases and their relatives, the results represent the points of view of those with only chronic and severe diseases. This profile of patients was chosen to highlight the possible fatal consequences of nonadherence to safe practices and also because they could be part of a cohort of participants with several health contacts and on whom it was possible to perform training.

The study could have a sample selection bias. The inclusion criteria were very restrictive. Healthcare professionals who were in charge upon the patients' physical and psychological status did the patient selection. Thus, participants that finally gave the consent may not be representative of all patients. There is also a possibility of desirability bias. Participants may be willing to give more positive answers to support the goals of the study. The measurement of the durability of the training program in the willingness to speak up would require a follow-up study.

After training, participants' willingness to challenge healthcare professionals was high for all the safe practices analyzed, except hand hygiene. After the training, they felt confident with their knowledge about safe practices, which thereby increased their challenging attitude. However, it is well known that there is a gap between intention and action that must be considered.

CONCLUSIONS

After the training, both P&Rs' willingness to challenge healthcare workers was similar and high for all safe practices analyzed but hand hygiene. Hand hygiene may need supplementary approach to encourage P&Rs to speak up. After the training, participants felt confident with their knowledge about safe practices, thereby increasing their challenging attitude.

The findings of this research emphasize the importance of the implementation of training programs intended to empower P&Rs on patient safety in organizations. Relatives are very important agents in patient safety and they can speak up on behalf of the patients.

ACKNOWLEDGMENT

The authors thank Eduardo Martín Díez de Oñate, Asun Cortés Elgart, Pedro Zabalza Lopez, M^a Luisa Antelo Caamaño, M^a José Urra Fernández, Marta Martín Vizcaino, Guillermo Espeleta Lobato, Carmen Zubeldía Inchaurren, M^a José Lainez Milagro, Matie Sarobe Carricas, Nicolás Zaballos Barcala, and Isabel Irigoyen Aristorena for the acting work in the videos. We also thank Jorge Tellechea, José María Cutillas, and Elisa Reta Zubiri, for their support video recording and editing.

The authors are grateful for the availability of the location for filming in the Centro de Experiencias Sanitarias, Servicio de Planificación, Evaluación y Gestión del Conocimiento of the Navarra Health Department and the Unidad de Comunicación y Diseño of Navarrabiomed.

REFERENCES

- Schildmeijer K, Nilsen P, Ericsson C, et al. Determinants of patient participation for safer care: a qualitative study of physicians' experiences and perceptions. *Health Sci Rep*. 2018;1:e87.
- The Joint Commission. Speak up initiatives. Available at: <https://www.jointcommission.org/speakup.aspx>. Accessed February 14, 2019.
- Classen DC, Resar R, Griffin F, et al. "Global trigger tool" shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30:581-589.
- Longtin Y, Sax H, Leape LL, et al. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc*. 2010;85:53-62.
- Pittet D, Pinesar SS, Wilson K, et al. Involving the patient to ask about hospital hand hygiene: a National Patient Safety Agency feasibility study. *J Hosp Infect*. 2011;77:299-303.
- Davis RE, Sevdalis N, Jacklin R, et al. An examination of opportunities for the active patient in improving patient safety. *J Patient Saf*. 2012;8:36-43.
- Gibson R. The role of the patient in improving patient safety. *Morbidity and Mortality Rounds on the Web: Agency for Healthcare Research and Quality 2007*. Available at: <https://psnet.ahrq.gov/perspective/role-patient-improving-patient-safety>. Accessed March 13, 2020.
- Davis RE, Sevdalis N, Vincent CA. Patient involvement in patient safety: how willing are patients to participate? *BMJ Qual Saf*. 2011;20:108-114.
- Shin DW, Cho J, Roter DL, et al. Preferences for and experiences of family involvement in cancer treatment decision-making: patient-caregiver dyads study. *Psychooncology*. 2013;22:2624-2631.
- Siminoff LA. Incorporating patient and family preferences into evidence-based medicine. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2013;13(Suppl 3):S6.
- Bell SK, Roche SD, Maeller A, et al. Speaking up about care concerns in the ICU: patient and family experiences, attitudes and perceived barriers. *BMJ Qual Saf*. 2018;27:928-936.
- Hibbard JH, Peters E, Slovic P, et al. Can patients be part of the solution? Views on their role in preventing medical errors. *Med Care Res Rev*. 2005; 62:601-616.
- Landers T, Abusaleem S, Cory MB, et al. Patient-centered hand hygiene: the next step in infection prevention. *Am J Infect Control*. 2012;40(4 Suppl 1): S11-S17.
- McGuckin M, Waterman R, Shubin A. Consumer attitudes about health care-acquired infections and hand hygiene. *Am J Med Qual*. 2006;21: 342-346.
- Waterman AD, Gallagher TH, Garbutt J, et al. Brief report: hospitalized patients' attitudes about and participation in error prevention. *J Gen Intern Med*. 2006;21:367-370.
- National Patient Safety Agency. Achieving Our Aims: Evaluating the Results of the Pilot CleanyourHands Campaign. In: London, England: NPSA; 2004.
- Fisher KA, Smith KM, Gallagher TH, et al. We want to know: patient comfort speaking up about breakdowns in care and patient experience. *BMJ Qual Saf*. 2019;28:190-197.
- Lyons M. Should patients have a role in patient safety? A safety engineering view. *Qual Saf Health Care*. 2007;16:140-142.
- Entwistle VA, Mello MM, Brennan TA. Advising patients about patient safety: current initiatives risk shifting responsibility. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2005;31:483-494.
- Safety is personal: partnering with patients and families for the safest care: the National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute; 2014.
- Jorm CM, Dunbar N, Sudano L, et al. Should patient safety be more patient centred? *Aust Health Rev*. 2009;33:390-399.
- Weingart SN, Zhu J, Chiappetta L, et al. Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety. *International J Qual Health Care*. 2011;23:269-277.
- Bell SK, Martinez W. Every patient should be enabled to stop the line. *BMJ Qual Saf*. 2019;28:172-176.
- Buetow S, Davis R, Callaghan K, et al. What attributes of patients affect their involvement in safety? A key opinion leaders' perspective. *BMJ Open*. 2013;3:e003104.

8.2. PATIENTS AND RELATIVES AS AUDITORS OF SAFE PRACTICES IN ONCOLOGY AND HEMATOLOGY DAY HOSPITALS

Rodrigo Rincón, I., Irigoyen Aristorena, I., Tirapu León, B. *et al.* Patients and relatives as auditors of safe practices in oncology and hematology day hospitals. *BMC Health Serv Re* **21**, 31 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06018-3>

The screenshot shows the article page on BMC Health Services Research. The header includes the BMC logo and navigation links. The article title is prominently displayed, followed by the authors' names and their affiliations. A 'Download PDF' button is visible. A sidebar on the right lists various sections of the article, such as Abstract, Background, Methods, Results, Discussion, Conclusions, and Availability of data and materials. The main content area shows the start of the Abstract and Methods sections.


BMC Part of Springer Nature Search Q Explore journals Get published About BMC Login

BMC Health Services Research

Home About Articles Submission Guidelines Join The Board

Research article | Open Access | Published: 07 January 2021

Patients and relatives as auditors of safe practices in oncology and hematology day hospitals

Isabel Rodrigo Rincón  Isabel Irigoyen Aristorena, Belén Tirapu León, Nicolás Zaballos Barcala, Maitte Sarobe Carricas, Joaquín Lobo Palanco, María Luisa Antelo Caamaño, Marta Patricia Martín Vizcaino & Susan Burnett

BMC Health Services Research **21**, Article number: 31 (2021) | [Cite this article](#)

731 Accesses | 4 Altmetric | [Metrics](#)


Abstract

Background

When there is a gap in professionals' adherence to safe practices during cancer treatment, the consequences can be serious. Identifying these gaps in order to enable improvements in patient safety can be a challenge. This study aimed to assess if cancer patients and their relatives can be given the skills to audit reliably four safe practices, and to explore whether they are willing to play this new role.

Methods

We recruited 136 participants in 2018, from the oncology and haematology day hospital of a tertiary hospital in Spain. Patient identification, hand hygiene, blood or chemotherapy identification, and side effects related to transfusion and chemotherapy, were the safe practices selected for evaluation.

Download PDF 

Sections | [Figures](#) | [References](#)

- [Abstract](#)
- [Background](#)
- [Methods](#)
- [Results](#)
- [Discussion](#)
- [Conclusions](#)
- [Availability of data and materials](#)
- [Abbreviations](#)
- [References](#)
- [Acknowledgements](#)
- [Funding](#)
- [Author information](#)
- [Ethics declarations](#)
- [Additional information](#)
- [Rights and permissions](#)
- [About this article](#)

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Patients and relatives as auditors of safe practices in oncology and hematology day hospitals



Isabel Rodrigo Rincón^{1*}, Isabel Irigoyen Aristorena², Belén Tirapu León², Nicolás Zaballos Barcala³, Maite Sarobe Carricas⁴, Joaquín Lobo Palanco⁵, María Luisa Antelo Caamaño², Marta Patricia Martín Vizcaino³ and Susan Burnett⁶

Abstract

Background: When there is a gap in professionals' adherence to safe practices during cancer treatment, the consequences can be serious. Identifying these gaps in order to enable improvements in patient safety can be a challenge. This study aimed to assess if cancer patients and their relatives can be given the skills to audit reliably four safe practices, and to explore whether they are willing to play this new role.

Methods: We recruited 136 participants in 2018, from the oncology and haematology day hospital of a tertiary hospital in Spain. Patient identification, hand hygiene, blood or chemotherapy identification, and side effects related to transfusion and chemotherapy, were the safe practices selected for evaluation. The study comprised two parts: an interventional educational program and a cross-sectional design to collect data and assess to what degree participants are able and willing to be auditors depending on their characteristics using multivariate logistic regression models. A participant's auditing skill were assessed pre and post the educational intervention.

Results: The model was seeking predictors of being a good auditor. 63 participants (46.3%) were classified as good auditors after the training. To have younger age, higher educational level and to have had an experience of an adverse event were associated with a higher probability of being a good auditor. Additionally, 106 (77.9%) participants said that they would like to audit anonymously the professionals' compliance of at least three of four safe practices. The willingness to audit safe practices differed depending on the safe practice but these differences did not reach statistical significance.

Conclusions: The data gathered by patients and relatives acting as auditors can provide healthcare organizations with valuable information about safety and quality of care that is not accessible otherwise. This new role provides an innovative way to engage patients and their families' in healthcare safety where other methods have not had success. The paper sets out the methods that healthcare organizations need to undertake to enrol and train patients and relatives in an auditor role.

Keywords: Patient safety, Audit and feedback, Safe practices, Patient-centred care

* Correspondence: mi.rodigoincon@chnavarra.es
¹ Complejo Hospitalario de Navarra, Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea, REDISSEC, IISNA, Pabelón G, Inulárrrea, 3, 31008 Pamplona, Spain
Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2021 **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

Background

Improving patient safety is one of the major targets for healthcare organizations. Studies have shown that adverse events in hospitals can vary between 3 to 17% of all hospital admissions [1–3]. World Health Organization (WHO) safety programme and Spanish Ministry of Health safety programme; as well as other European organizations like the European Patient Safety Foundation (EPSF), medical societies and healthcare providers, encourage the development tools to ensure that healthcare is both safe and patient-centered [4]. There has been quite a lot of work to engage patients in safety, for example in medication safety. The WHO Alliance for Patient Safety also emphasized that the patients' family members could play an important role in the improvement of care. Nevertheless, despite the emphasis and importance of patients' involvement in promoting safety and reducing adverse events, there has been insufficient progress in this area [5, 6]. Retrospective chart audit studies of acute care in several countries have shown that patients experience one or more harmful adverse events while hospitalized and that about half of these events are preventable [7].

Cancer care is complex and requires particular effort to assure safety in care delivery for patients. It is known that cancer patients are vulnerable to breaches of safe practices because of their health conditions (for example immune suppression) and the nature and risks associated with their usual treatments. The areas of cancer care where gaps in adherence to safe practices can lead to adverse events with potentially serious consequences include patient identification; correct choice, dose and route for the delivery of chemotherapy and transfusion medication; and infection control.

Walsh et al. estimated the rate of error in the administration of chemotherapy as 8.2 per 1000 orders in oncology adult patients in the outpatient setting, causing damage in one error for every 1000 orders [8]. A considerable fraction of these occur in the phase of administration, which is observable by patients.

The National Haemovigilance Report published in Spain, in 2016, recorded 332 errors in the administration of blood products, and 32% of them happened at "the bedside of the patient." [9]. However, studies on patients' involvement in transfusion safety are scarce [10].

Between 5 and 10%, patients admitted to a hospital will develop at least one nosocomial infection. Hand hygiene is one of the main measures to prevent these infections [2]. However, according to international studies, the adherence of professionals to hand hygiene is less than 50% [11]. Multimodal strategies are being implemented to improve their adherence. These strategies have had a variable effectiveness (51–83%) and there is

some evidence that patients can play an important role in improving the compliance [12].

Proper patient identification at every step of clinical care is vital to ensure patient safety. However, despite the priority placed on addressing this issue, significant problems persist. "Wrong patient," "wrong site," and "wrong procedures" continue to be among the most frequently submitted sentinel events reported to The Joint Commission in the USA [13].

Such data has the potential to allow clinical teams and services to consider the reasons for non-adherence and to make changes to improve patient safety.

Furthermore, it is well established that patients and their families (including friends and informal caregivers) have unique knowledge and are able to detect if their care is safe and patient-centred [6, 14, 15]. Patients and their families are present during the whole care episode and often are the only members who are aware of lapses in safety thus being a useful source of information about patient safety. Information gathered by patients and their families (P&Fs) gives healthcare organizations an opportunity to learn and improve the system of care [15–17]. One way of playing the auditor's role is through the patient-as-observer approach [18, 19]. This approach involves recruiting a cohort of patients with multiple healthcare contacts who report on a continuous basis whether health professionals correctly follow patient safety protocols. However, there is little evidence collected directly from patients about their willingness or ability to be involved in this new patient safety role [11, 20].

The aims of this study were to assess if in controlled conditions, a) P&Fs can be given the skills and reliably audit safe practices; b) to determine the characteristics of good auditors; and c) to explore if P&Fs are willing to play this new role anonymously.

Based on the evidence from real-time safety audits performed during routine work, it is known that such audits can detect a broad range of errors [17]. From this it was considered that the patients' participation in the role of an auditor could assist in identifying gaps in safety and this could lead to work to improve patient safety [6, 17, 21]. The safe practices selected for evaluation were

- patient identification,
- hand hygiene,
- blood or chemotherapy identification, and
- secondary effects of chemotherapy/transfusion.

These practices were selected as they can be observed by P&Fs and because of the serious risks to patients if the protocols are not followed.

Methods

The methods involved an interventional educational program to improve the participants' skills to audit safe practices and a cross-sectional study using a questionnaire to collect data on the participants' perceptions about their willingness to be auditors. Navarra's Department of Health Research Ethics Committee's approval was obtained for the study (approval number: Pyto2015/62), and all participants provided written informed consent. Two focus groups were organized during the development phase of the study involving 33 patients who were not involved in the main study. The opinions of the patients in these focus groups were used to design the study including the development of the training methods and materials (sent for publication pending acceptance).

Main study participants

A consecutive sample of 136 participants was recruited between March and October 2018 from the oncology and haematology day hospital of a tertiary hospital in Spain. Patients were eligible to participate if: they were older than 18 years; it was not their first treatment appointment; the treatment lasted several hours; the healthcare professionals in charge considered their physical and psychological status as acceptable for participation; and they were able and willing to give their informed consent to participate.

Patients' family members were recruited after being informed about the study and providing their consent to participate. For this study, we considered as relatives not only family but also friends or informal caregivers. The research was conducted while patients were being treated or just immediately after being treated in order to emulate real conditions.

We selected day hospital oncology P&Fs because they have multiple contacts with the healthcare organization and thus it can be feasible to train them. Likewise, non-compliance of professionals with safe practices can have serious consequences for the patients' health.

Educational material production

The research materials comprised: training brochures, videos (assessment and evaluation), evaluation grids, and a questionnaire to assess P&Fs' willingness to audit. The training brochures explained how healthcare professionals must implement the four safe practices selected for evaluation. The videos were filmed in the real places where patients receive treatment. There were two different stories, depending on the type of P&F. They showed a patient who goes to the day hospital to receive chemotherapy or to receive transfusion. Both videos were in a story-like format intending to show, in the most realistic way, the interaction between a patient and healthcare

professionals during treatment. The right way to implement the safe practices was highlighted in the training video. The actors were different in all videos in order to make a distinction between the training and the assessment video. Additionally, the content of the materials used were adapted according to the treatment (oncology or haematology).

The evaluation grid had 7 or 8 questions depending on the treatment (Fig. 1). The questions dealt with the observation of the fulfilment of the four safe practices studied in the video.

All the materials were validated through testing with 48 convenience individuals (not involved in the main study) to ensure that a) all the materials were easily comprehensible and b) that the training enabled the individuals to detect the patient safety incidents in the videos.

The videos and training leaflets were produced in the hospital by personnel working on the study and volunteers that collaborate as actors in our medical installations. The digitization unit helped with video recording and editing.

Procedure and data collection

Initially, the P&Fs watched an assessment video only once. Immediately after viewing it, they completed an evaluation grid. Then, they were provided with a training brochure. Afterwards, participants watched a training video. Participants could watch this last video as many times as they wished. After reading the material and watching the videos, the participants once again watched the assessment video and filled a second evaluation grid. Later, they completed the questionnaire about their willingness to become auditors.

The participants could ask questions during this process. All the videos were played on a tablet. The whole process lasted between 60 and 90 min. Depending on the time availability of the participants, debriefing (feedback) was done once the process had finished. Due to their time not all participants were able to take part in this feedback process. The benefit, or otherwise, of this debriefing was not studied here but is something that would be of interest in future research.

Measures

A variable named "potential auditor" was created in order to analyse the P&Fs' degree of willingness to audit healthcare professionals practice. Participants who answered that they would audit at least 3 out of 4 safe practices were considered potential auditors. A variable called "good auditor" was also created to measure participants who correctly answered more than 75% of the items. This cut-off point was chosen based on the margin of error that the organization was willing to assume.

FIRST SCENE					
Type of treatment*	Items	Yes	No	I don't know	I don't remember
1,2	Does the healthcare professional correctly identify the patient inside the medical office?				
2	Does the nurse perform hand hygiene before drawing blood from the patient?				
1	Does the healthcare professional check the reactions and side effects of the last treatment?				
2	Does the nurse check the patient's wristband to ensure correct blood transfusion?				
SECOND SCENE					
Type of treatment*	Items	Yes	No	I don't know	I don't remember
1	Does the nurse correctly identify the patient in the treatment room?				
2	Does the nurse correctly identify the patient before transfusion?				
1	Does the nurse check if the medication matches the patient before administering it?				
2	Does the nurse match the transfusion bag with the patient by reading the barcode on the wristband?				
1	Does the nurse practice hand hygiene before starting the connection process to begin with the treatment?				
2	Does the nurse perform hand hygiene before connecting the transfusion bag to the patient?				
1,2	Does the nurse perform hand hygiene after starting drug/blood administration?				
1,2	Does the nurse inform patients about the possible effects they may experience during treatment?				

*1=chemotherapy; 2=blood transfusion

Fig. 1 Items included in the evaluation grid

The dependent variables were: "potential auditor" and "good auditor." The independent variables were gender, age, type of participants, type of treatment, and number of healthcare encounters, adverse events suffered, education level, and general perception of hospital safety.

Data analyses

Data were analysed using SPSS version 20.0 for Windows. Wilcoxon and McNemar tests were used to compare before-after results; Pearson's chi-square test or Fisher's exact test was used for discrete variables and Student's t-test for continuous ones; and logistic regression (backstep) was used to measure the influence of different variables on P&Fs' willingness to audit and being a good auditor. A p value < 0.05 was considered to be significant.

Results

Participant characteristics

In total, 136 P&Fs agreed to participate (63.0% response rate). The characteristics of the participants are set out in Table 1. These included age, gender, education level, number of health encounters during last year, type of participants, type of treatment, healthcare professionals, if they have suffered any adverse event, and perception about hospital's safety.

The proportion of patients participating (66.0%) was much higher than that of relatives because often patients come to the day hospital on their own. Almost half of the P&Fs had a basic level education (just primary and secondary school studies) and the others university or superior studies. The proportion of women and men was very similar. As expected, most P&Fs were not healthcare professionals although 14 were. The number

Table 2 Characteristics of “good” and “poor” auditors from the bivariate analysis. Variables that predict being a “good” auditor from logistic regression analysis

Bivariate analysis of the P&Fs characteristics between “good” and “poor” auditors				Logistic regression analysis of the variables that predict being a “good” auditor				
* Good auditors (> 75% correct answers)								
** Poor auditors (= < 75% correct answers)								
		Good auditors* n = 63	Poor auditors** n = 73	p value	Beta	p value	Odds Ratio	95% CI
Age: mean (sd)		51.4 (12.5)	62.5 (12.7)	0.000	-0.061	0.001	0.940	0.908 0.974
Gender: n (%)	Female	33 (46.5)	39 (53.5)	0.903				
	Male	30 (47.6)	34 (52.4)					
Education: n (%)	Basic level	20 (31.7)	45 (68.2)	0.000		0.006	1 (referent)	
	Medium level	14 (43.8)	18 (56.3)		0.652	0.208	1.920	0.696 5.301
	High level	28 (77.8)	8 (22.2)		1.738	0.001	5.684	1.947 16.591
Adverse events suffered n (%)	No	22 (73.3)	8 (26.7)	0.001	0		1 (referent)	
	Yes	41 (38.7)	65 (61.3)		1.658	0.002	5.250	1.861 14.806
General perception of hospital safety	Totally safe	19 (31.7)	41 (68.3)	0.002				
	Other categories	43 (57.3)	32 (42.7)					
					2.388	0.027	10.894	Constant
					R ² Nagelkerke = 0.411			
					X ² Hosmer and Lemeshow = 3.530 Sig = 0.897			
Type of participants: n (%)	Companions	27 (60.0)	19 (40.0)	0.046				
	Patients	36 (40.4)	54 (59.6)					
Type of treatment: n (%)	Chemotherapy	52 (52.5)	49 (47.5)	0.05				
	Transfusion	11 (31.4)	24 (68.6)					
Healthcare professional n (%)	Yes	8 (57.1)	6 (42.9)	0.783				
	No	54 (53.5)	49 (46.5)					
Number of Day Hospital visits: median (IQR)		6 (15-3)	7 (12-3)	0.649				
Number of hospital stays: median (IQR)		1 (2-0)	0 (1-0)	0.108				

variables age, adverse events, and education level had statistically significant coefficients (see Table 2).

Younger age, high educational level and experience of an adverse event are the characteristics that best predict a P&Fs being a “good auditor”. The value that indicates the area under curve was 0.838 indicating that the variables included in the model have a strong effect (see Fig. 2).

Willingness to be an auditor

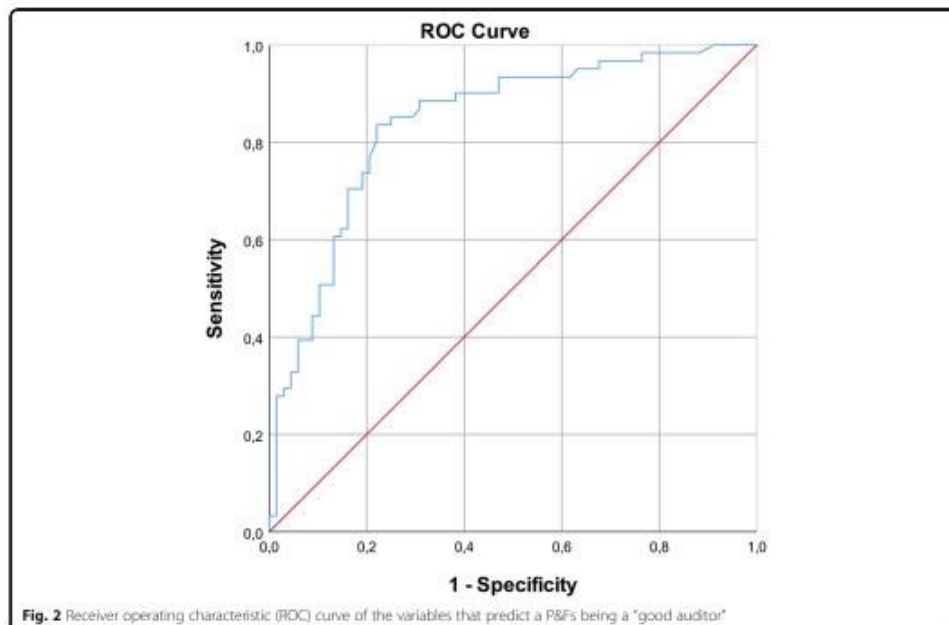
The percentage of willing and therefore “potential auditors” varied for each safe practice. It was 72.1% for hand hygiene, 75.0% for secondary effects of chemotherapy/transfusion, 79.1% for patient identification, and 80.1% for blood or chemotherapy identification. Moreover, 106 participants (77.9%) said that they would like anonymously to audit the professionals’ degree of compliance for at least 3 out of 4 safe practices.

Only the number of hospital visits was statistically different among participants who were willing to audit and those who were not in the bivariate analysis tests (Table 3). Consequently, the logistic regression only included the covariate ‘number of hospital visits’, with an associated Odds ratio (OR = 2.120 (95%CI: 1.467–3.065)). Participants who had more visits were more willing to audit.

Among 104 participants who were willing to participate, 45 (43.3%) were “good auditors”. Of 63 participants categorized as “good auditors”, 45 (71.4%) were willing to audit.

Discussion

It is known from research that there is a gap in professionals’ adherence to safe practices [6]. Qualitative studies have shown that patients are aware of the medication errors that are occurring and are prepared to participate



actively in their prevention [22, 23]. Also, some works show that healthcare professionals, like patients, generally view patient involvement positively [24]. These suggest that new methods are needed to assess professionals' adherence to safe practices.

Some authors highlight that a video could be an important educational tool for increasing patients' knowledge of the role they can play during hospitalization [25].

In this context, the study had the main objectives of finding out if patients and family members could learn the skills and were willing to audit safe practices anonymously.

In our study, sixty-three participants (46.3%) were classified as "good auditors" after the training. Younger age, high educational level, experience of an adverse event are the characteristics that best predict a P&Fs being a "good auditor".

A recent Korean publication has shown similar results to ours when examining socio-demographic variables in a study over 600 individuals to analyse patient engagement with patient safety. Their results showed that older subjects and lower educational level participants felt less confidence to engage in patient safety activities [26].

Our study showed that P&Fs with higher education status, a proxy for health literacy [27], were better

equipped to identify non-compliance with safety protocols, however this was not exclusive and, albeit a smaller proportion, some patients with basic education levels were also found to be good auditors (see Table 2).

We recruited all kinds of patients, so making simple and clear training materials (video and leaflets) was a requisite for us. In fact, 19 out of 48 volunteers (39.5%) who evaluated the material before the study had not completed higher education and after the debriefing, their feedback about the training materials was good. Training carried out based on videos and brochures may facilitate the acquisition of knowledge for people with certain characteristics. It would be necessary to explore whether another type of training allows them to achieve the same competencies regardless their age or education level.

In addition, in this study, relatives had better skills to play the role of the auditor in the bivariate analysis and they improved after the training more than patients did but the result did not reach statistically significant differences in the regression model, probably due to the relatives' sample size.

Our research showed that more than 3 out of 4 participants were willing to play the role of the safety auditor. Several reasons can explain this finding, some of which are related to the process of reporting data to healthcare

Table 3 Characteristics of P&Fs "willing" and "not willing" to become auditors as shown from the bivariate analysis

	Willing to audit (>= 3 safe practices)	Not willing to audit (< 3 safe practices)	p value
Age: mean (sd)	57.1 (14.1)	57.8 (12.8)	0.799
Gender: n (%)			
Female	52 (72.2)	20 (27.8)	0.101
Male	54 (84.4)	10 (15.6)	
Education: n (%)			
Basic level	51 (78.5)	14 (21.5)	0.821
Medium level	26 (81.2)	6 (18.8)	
High level	27 (75.0)	9 (21.8)	
Type of participants: n (%)			
Companions	36 (78.3)	10 (21.7)	0.949
Patients	70 (77.8)	20 (22.2)	
Type of treatment: n (%)			
Chemotherapy	80 (79.2)	21 (20.8)	0.637
Transfusion	26 (74.3)	9 (25.7)	
Healthcare professional n (%)			
Yes	10 (71.4)	4 (28.6)	0.509
No	81 (78.6)	22 (21.4)	
Number of day hospital visits: mean (sd)	10.5 (9.6)	7.3 (5.9)	0.030
Number of hospital stays mean (sd)	1.03 (1.37)	0.9 (0.76)	0.217
Adverse events: n (%)			
Yes	21 (70)	9 (30)	0.318
No	85 (80.1)	21 (19.8)	
General perception of hospital safety: n (%)			
Totally safe	51 (85)	9 (15)	0.075
All other categories	55 (73.3)	20 (26.7)	

organizations. In the first place, we proposed that the assessment must be done anonymously so the participants would not have to confront healthcare professionals. Second, the participants received training and this induced more confidence in their skills. In fact, 89% participants answered that they knew how to assess safe practices after the training offered. Other reasons are related to the participants' characteristics. Oncology patients may perceive a high risk of an error and thus be more willing to play an active role in patient safety. All these are enablers of patient involvement in patient safety [20, 28, 29]. In the study P&Fs' participation was intended to simulate a continuous assessment during their process of care. Their willingness here may be different to a more conventional audit team, in which the P&F is a member along with healthcare professionals.

On the other hand, our research showed that the willingness to audit safe practices was different depending

on the safe practice and whilst these differences did not reach statistical significance, it is interesting to note which practices were selected. Transfusion or chemotherapy identification were the safe practices that P&Fs were more willing to audit while hand hygiene was the least selected practice. There are many reasons that could influence P&Fs preference and willingness to engage in their healthcare. Some studies revealed that there is a general expectation that healthcare professionals, "know what they are supposed to be doing" and a common assumption that they always did what they were supposed to do, specially the most basic duties as washing their hands properly or administering the correct medications [14, 28–30]. Also, some studies suggest that checking to ensure that healthcare professionals were doing their job correctly could be embarrassing and damage relationship with them [20, 29].

Participants were offered training, including videos and reading material, before assessing their observation skills to increase their health literacy. Previous research has indicated that videos can be an important educational tool for increasing patients' knowledge of the role they can play during hospitalization [25]. After the training, almost half of participants were considered to have the skills to be an auditor. It means that not every P&F willing to be auditor could or should be. Younger participants with high education level who have experienced an adverse event made the best auditors. Here we recommend that organizations develop methods to assess the skills of P&Fs before they are fully engaged in this audit process.

P&Fs' assessment of gaps in safe practices gives the organization real-time data in order to engage them in the plan-do-check-act cycle. Furthermore, the fact that professionals may feel observed could encourage their adherence to safe practices.

Further research is needed a) to find ways to engage patients across the full range of age and educational levels, and b) to assess the full impact of this type of training in real situations, for example on patients and relatives willingness to question health carers about patient safety during their ongoing cancer treatment.

Limitations

Although P&Fs as well as the environmental frame are real-world entities, the evaluation of the professionals' safe practice adherence was undertaken by watching videos. To know the validity of involving P&Fs as auditors, it is necessary to compare the observations of P&Fs against a gold standard. The research project required an evaluation under controlled conditions because it was not possible to add additional observers to the P&Fs themselves in order to avoid the Hawthorne effect.

The evaluation of the role of the P&Fs as auditors of safe practices is an innovative approach. Therefore, from an ethical point of view, it seems more reasonable to assess safe practice under real conditions only if minimum guarantees of success are met. Further, the acceptance of the role of P&Fs as auditors implies, not only that the P&Fs themselves have accepted this function, but also that the healthcare professionals and the management team accept it. Using data to demonstrate that P&Fs are able to audit correctly facilitates the acceptance of this new role by health professionals and P&Fs.

Conclusions

Using P&Fs as auditors of safe practices has many advantages. It goes beyond P&Fs giving an opinion or filling a perception questionnaire. Auditing goes directly to the quality assessment of healthcare organizations [29]. Using patients and family members in auditing allows

for continuous monitoring and highlighting the importance of the inherent and essential agents in every health-care process: the patient and the companion. Furthermore, it allows organizations to assess areas and departments that it would otherwise be impossible or that would require extraordinary efforts.

This new role has advantages not only for the organization but also for the P&Fs themselves. In order to play this new role P&Fs have to acquire the necessary skills. These new skills can enable them to adopt more active behaviours towards professionals such as "speaking up" and thus add new safety layers in providing a safer care [11].

Our research has shown that P&Fs are willing to play the safety auditor role and can be trained to perform this role. The research also highlights the characteristics of a good auditor and this will be of benefit to organizations that want to implement this strategy.

Patients' participation in auditing safe care can be an innovative and viable approach to helping organisations improve the safety of the care they deliver.

Abbreviations

EPSF: European Patient Safety Foundation; P&F: Patients and their families; WHO: World Health Organization

Acknowledgements

The authors want to thank Eduardo Martín Díez de Oñate, Asun Cortés Elgart, Pedro Zabalza Lopez, M^a Luisa Antelo Caamaño, M^a José Urra Fernández, Marta Martín Vizcaino, Guillermo Ezpeleta Lobato, Carmen Zubeldia Inchaurren, M^a José Lainez Millago, Maite Sarobe Carricas, Nicolás Zaballos Barcala, and Isabel Ingoyen Aristorena for the acting work in the videos. We also thank Jorge Tellechea, José María Cutilas, and Elisa Irieta Zubiri, for their support video recording and editing. We are grateful for the availability of the location for filming in the Centro de Experiencias Sanitarias, Servicio de Planificación, Evaluación y Gestión del Conocimiento de the Navarra Health Department and the Unidad de Comunicación y Diseño of Navarabiomed.

Authors' contributions

Conception and design of study was done by IRR, MLAC, MMV, NZB, JLP, MSC and BTL. Acquisition of data was provided by IA, BTL, MLAC, IRR and MMV. Analysis and/or interpretation of data: IRR and IA. Manuscript Draft: IRR, IA, MLAC and SB. Revision of the manuscript for important intellectual content: IRR, IA, MLAC, SB, MMV, NZB, JLP, MSC and BTL. All authors have read and approved the manuscript.

Funding

Acknowledgments of research support for the study
This work was supported by Ministerio de Economía y Competitividad, Instituto de Salud Carlos III- Fondos FEDER, Grant Number PI15-02217.

Availability of data and materials

The datasets generated and/or analyzed during the current study are not publicly available but are available from the corresponding author on reasonable request via email: mirodrigo.rincon@cfnavarra.es

Ethics approval and consent to participate

Navarra's Department of Health Research Ethics Committee's approval was obtained and all participants provided written informed consent. IRB number: Pytc2015/62.

Consent for publication

Not applicable.

Table 1 Participants' characteristics

Socio-demographic variables		Total sample N = 136 (%)
Age		Range 20–87 years (Mean 57.3, SD 13.8)
Gender	Male	64 (47.1)
	Female	72 (52.9)
Education*	Basic level	65 (47.8)
	Medium level	32 (23.5)
	High level	36 (26.5)
	Missing	3 (2.2)
Type of participant	Patients	90 (66%)
	Relatives	46 (34%)
Type of treatment	Chemotherapy	101 (74.3)
	Transfusion	35 (25.7)
Healthcare professional	Yes	14 (10.29)
	No	103 (81.74)
	Missing	19 (13.28)
Number of day hospital visits during the last 12 months		Median 6 (Interquartile range: 3–14.5)
Number of hospital stays during the 12 months		Median 1 (Interquartile range 0–2)
Adverse events	Yes	30 (22.1)
	No	106 (77.9)
General perception of hospital safety	Not safe enough	3 (2.1)
	Quite safe	72 (53.3)
	Absolutely safe	60 (44.4)

*Education level: basic level means no formal education or primary education, medium level means high school or vocational education and training diploma, and high-level means university degree and above

of healthcare encounters (mean: 10 hospital visits and 1 hospital stay) indicated that the P&Fs had plenty of experience of visiting the hospital.

Ability to recognize safe practices after training

Of the P&Fs, 88.6% answered that they felt confident in identifying 3 out of 4 practices after the training.

Participants' skills to be auditors

The variable "good auditor" was measured before and after the training to analyse the baseline skills of the participants to be auditors and the improvement achieved after the training. The overall percentage of this variable increased from 30.4% before training to 46.3% after it

(McNemar $p = 0.000$). P&Fs had similar baseline skills (30.0% patients vs. 30.4% relatives). After the training, relatives improved more than did the patients (58.7% vs. 40.0%; p bilateral exact Fisher = 0.046).

Characteristics of good auditors

Sixty-three participants (46.3%) were classified as "good auditors" after the training (% of correct answers > 75%). Age, education level, type of participants, type of treatment, and adverse events showed statistically significant differences in the bivariate analysis tests (Table 2).

A multivariable logistic regression model was developed to simultaneously consider all the variables in order to predict the outcome of "good auditor." The

Table 1 Participants' characteristics

Socio-demographic variables		Total sample N = 136 (%)
Age		Range 20–87 years (Mean 57.3, SD 13.8)
Gender	Male	64 (47.1)
	Female	72 (52.9)
Education ^a	Basic level	65 (47.8)
	Medium level	32 (23.5)
	High level	36 (26.5)
	Missing	3 (2.2)
Type of participant	Patients	90 (66%)
	Relatives	46 (34%)
Type of treatment	Chemotherapy	101 (74.3)
	Transfusion	35 (25.7)
Healthcare professional	Yes	14 (10.29)
	No	103 (81.74)
	Missing	19 (13.28)
Number of day hospital visits during the last 12 months		Median 6 (Interquartile range: 3–14.5)
Number of hospital stays during the 12 months		Median 1 (Interquartile range 0–2)
Adverse events	Yes	30 (22.1)
	No	106 (77.9)
General perception of hospital safety	Not safe enough	3 (2.1)
	Quite safe	72 (53.3)
	Absolutely safe	60 (44.4)

^aEducation level: basic level means no formal education or primary education, medium level means high school or vocational education and training diploma, and high-level means university degree and above

of healthcare encounters (mean: 10 hospital visits and 1 hospital stay) indicated that the P&Fs had plenty of experience of visiting the hospital.

Ability to recognize safe practices after training

Of the P&Fs, 88.6% answered that they felt confident in identifying 3 out of 4 practices after the training.

Participants' skills to be auditors

The variable "good auditor" was measured before and after the training to analyse the baseline skills of the participants to be auditors and the improvement achieved after the training. The overall percentage of this variable increased from 30.4% before training to 46.3% after it

(McNemar $p = 0.000$). P&Fs had similar baseline skills (30.0% patients vs. 30.4% relatives). After the training, relatives improved more than did the patients (58.7% vs. 40.0%; p bilateral exact Fisher = 0.046).

Characteristics of good auditors

Sixty-three participants (46.3%) were classified as "good auditors" after the training (% of correct answers > 75%). Age, education level, type of participants, type of treatment, and adverse events showed statistically significant differences in the bivariate analysis tests (Table 2).

A multivariable logistic regression model was developed to simultaneously consider all the variables in order to predict the outcome of "good auditor." The

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests for this article.

Author details

¹Complejo Hospitalario de Navarra, Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea, REDISSEC, IdISNA, Pabelón G, Iruñlarrea, 3, 31008 Pamplona, Spain. ²Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial, Complejo Hospitalario de Navarra / IdISNA, Pamplona, Spain. ³Servicio de Anestesia y Reanimación, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Spain. ⁴Servicio de Cuidados Intensivos, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Spain. ⁵Department of Surgery & Cancer, Medical School, Faculty of Medicine, Imperial College London, St Mary's Campus, London, UK

Received: 19 May 2020 Accepted: 14 December 2020

Published online: 07 January 2021

References

- Leavitt M. Medicare's response to the Institute of Medicine Report: crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. *MedGenMed*. 2001;3(2):2.
- Kohn L, Corrigan JM, Donaldson M. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
- Zegers M, De Bruijne MC, Spreeuwenberg P, Wagner C, Van Der Wal G, Groenewegen PP. Variation in the rates of adverse events between hospitals and hospital departments. *Int J Qual Health Care*. 2011;23(2):126–33.
- Edwards IR. The WHO World Alliance for patient safety: a new challenge or an old one neglected? *Drug Saf*. 2005;28(5):379–86.
- Lawton R, O'Hara JK, Sheard L, et al. Can patient involvement improve patient safety? A cluster randomised control trial of the patient reporting and action for a safe environment (PRAISE) intervention. *BMJ Qual Saf*. 2017; 26(8):622–31.
- Severinsson E, Holm AL. Patients' role in their own safety—a systematic review of patient involvement in safety. *Open J Nurs*. 2015;5:642–53. <https://doi.org/10.4236/ojn.2015.57068>.
- Norton PG, Baker GR. Patient safety in cancer care: a time for action. *J Natl Cancer Inst*. 2007;99(8):579–80. <https://doi.org/10.1093/jnci/dkj161>.
- Walsh KE, Dodd KS, Seetharaman K, et al. Medication errors among adults and children with cancer in the outpatient setting. *J Clin Oncol*. 2009;27(6): 891–6.
- Hemoterapia UdHád. Hemovigilancia. Año 2016. Subdirección General de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/hemovigilancia/docs/Informe2016.pdf>. Accessed June 13rd 2019, 2019.
- Davis RE, Vincent CA, Murphy MF. Blood transfusion safety: the potential role of the patient. *Transfus Med Rev*. 2011;25(1):12–23.
- Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc*. 2010;85(1):53–62.
- McGuckin M, Ston J, Longtin Y, Allegrani B, Pittet D. Patient empowerment and multimodal hand hygiene promotion: a win-win strategy. *Am J Med Qual*. 2011;26(1):10–7.
- Commission J. Data of Sentinel Events Reviewed by The Joint Commission. Sentinel Events Reviewed by The Joint Commission 1995 Through 2018. https://www.jointcommission.org/assets/1/18/Summary_4Q_2017.pdf. Published 2018. Accessed June 13rd 2019, 2019.
- Fisher KA, Smith KM, Gallagher TH, Huang JC, Borton JC, Mazor KM. We want to know: patient comfort speaking up about breakdowns in care and patient experience. *BMJ Qual Saf*. 2019;28(3):190–7.
- Iedema R, Allen S, Britton K, Gallagher TH. What do patients and relatives know about problems and failures in care? *BMJ Qual Saf*. 2012;21(3):198–205.
- Fisher K, Smith K, Gallagher T, Burns L, Morales C, Mazor K. We want to know: eliciting hospitalized Patients' perspectives on breakdowns in care. *J Hosp Med*. 2017;12(8):603–9.
- Ursprung R, Gray JE, Edwards WH, et al. Real time patient safety audits: improving safety every day. *Qual Saf Health Care*. 2005;14(4):284–9.
- Le-Abuyen S, Ng J, Kim S, et al. Patient-as-observer approach: an alternative method for hand hygiene auditing in an ambulatory care setting. *Am J Infect Control*. 2014;42(4):439–42. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2013.10.102>.
- van Gelderen S, Hesselink G, Westert G, Ribben P, Boeijen W, Zegers M. Optimal governance of patient safety: a qualitative study of barriers to and facilitators for effective internal audit. *J Hosp Admin*. 2017;6. <https://doi.org/10.5430/jha.v6n3p15>.
- Doherty C, Stavropoulou C. Patients' willingness and ability to participate actively in the reduction of clinical errors: a systematic literature review. *Soc Sci Med*. 2012;75(2):257–63.
- Davis RE, Sevdalis N, Jacklin R, Vincent CA. An examination of opportunities for the active patient in improving patient safety. *J Patient Saf*. 2012;8(1):36–43. <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e31823ca31894>.
- Schwappach DL, Wernli M. Chemotherapy patients' perceptions of drug administration safety. *J Clin Oncol*. 2010;28(17):2896–901.
- Schwappach DL, Wernli M. Predictors of chemotherapy patients' intentions to engage in medical error prevention. *Oncologist*. 2010;15(8):903–12.
- Hrisos S, Thomson R. Seeing it from both sides: do approaches to involving patients in improving their safety risk damaging the trust between patients and healthcare professionals? An interview study. *PLoS One*. 2013;8(11): e80759. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080759>.
- Pinto A, Vincent C, Darzi A, Davis R. A qualitative exploration of patients' attitudes towards the 'Participate inform notice Know' (PINK) patient safety video. *Int J Qual Health Care*. 2013;25(1):29–34. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mz073>.
- Lee HJ, Jang SG, Choi JE, et al. Assessment of Public Perception Regarding Patient Engagement for Patient Safety in Korea [published online ahead of print, 2019 Jan 10]. *J Patient Saf*. 2019; <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000565>.
- Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med*. 2005;20(2): 175–84.
- Ringdal M, Chsboyer W, Ulin K, Bucknall T, Oselmark L. Patient preferences for participation in patient care and safety activities in hospitals. *BMC Nurs*. 2017;16:69.
- Davis RE, Jacklin R, Sevdalis N, Vincent CA. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expect*. 2007;10(3):259–67.
- Carman KL, Dardess P, Maurer M, et al. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(2):223–31.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions



Validación del paciente como auditor de prácticas seguras.

Factores facilitadores desde una triple perspectiva: pacientes, profesionales y gestores

Pamplona, 19 de abril de 2022